

1. Coagulation of the draining vessels with persistent arterial feeder.
2. Inadequate feeder coagulation.
3. Persistent residual / daughter nidus.
4. Inadequate intraoperative blood pressure control.

**AIM OF AVM SURGEY.** 1. Excision of the nidus only.

2. Preservation of the surrounding brain

**MATERIAL & METHODS.** This presentation is based on personal experience & retrospective analysis of 350 patients who underwent surgery for the excision of arteriovenous malformation in our department.

**SURGICAL TECHNIQUE.** The basic principle of AVM surgery is different from tumor excision. The most important point in AVM surgery is to find a plane between the nidus & the surrounding brain. Once the plane is found, it should be followed around the AVM nidus. The arterial feeders and dilated capillaries encountered should be coagulated first and the main draining vein should be preserved till the end. Feeder more than 1 mm should be occluded by coagulation and hemoclip.

The AVM in eloquent area can also be removed base on the same principles except, plane should be made first in the adjacent non eloquent area and then followed in the eloquent area.

The surgical strategies and management of complications will be presented by video clips,

до 59 лет — 67 (75,3%). Средний возраст составлял 45 лет.

Диагностический комплекс включал определение топографо-анатомического диагноза (АГ, КТ, КТ-АГ, МРТ, МРТ-АГ) и гемодинамическую характеристику (АГ, ТКУЗДГ, ЭЭГ с применением компрессионного теста) аневризм.

Хирургический метод лечения применён у 89 больных. Использованы следующие виды операций: транскраниальные, внутрисосудистые и комбинированные.

**Результаты.** Оценку результатов хирургического лечения выполняли с применением унифицированной шкалы исходов Глазго (Jannet B. 1977) Получены следующие результаты. (1.) — хорошее восстановление: возвращение к нормальной жизни с минимальным дефицитом, частичное возвращение к трудовой деятельности — у 25 больных, что составило (28%).

(2.) — умеренная инвалидизация (инвалидизирован, но независим) — может перемещаться в общественном транспорте — 38 больных, (43%).

(3.) — тяжелая инвалидизация — в сознании, но инвалидизирован, нуждается в постороннем уходе — 22 больных (24%).

(4.) — хроническое вегетативное состояние — указанный исход в данной группе больных не наблюдался.

(5.) — смертельный исход у 4 больных (4.5%).

### Результаты хирургических операций при гигантских артериальных аневризмах головного мозга

*Хиникадзе М.Р., Цімейко О.А.*

*Институт нейрохирургии  
им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины,  
04050, Киев, ул. Мануильского, 32,  
(044) 486-95-03, brain@neuro.kiev.ua*

**Вступление.** Среди АА головного мозга особенную сложность представляет группа так называемых гигантских аневризм. Современное хирургическое лечение внутричерепных гигантских АА включает использование высокоразвитых диагностических и лечебных технологий, поэтому требует высокопрофессиональных специалистов, составляющих активно взаимодействующую команду. Для решения вопросов, связанных с планированием операций, необходим детальный дооперационный анализ данных о расположении аневризмы и окружающих ее сосудов и мозговых структур, выбор оптимального хирургического доступа и метода вмешательства, с учетом конкретной локализации аневризмы.

**Цель работы.** Разработка критериев, позволяющих оптимально использовать существующие хирургические методы или их сочетание при лечении гигантских АА различной локализации.

**Материал и методы.** В Институте нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова с 1998 по 2006г.г. находилось на лечении 89 больных с гигантскими АА головного мозга различной локализации. У 41 больного заболевание дебютировало субарахноидальным кровоизлиянием (46%), у 48 (54%) протекало по псевдотуморозному типу. Большинство больных было женского пола — 56 (63%), мужчин — 33 (37%). Возраст пациентов — от 13 до 78 лет. Основная группа представлена больными в возрасте от 30

### Оцінка змін якості життя після ендovasкулярної ангіопластики і стентування стенотичних уражень магістральних церебральних артерій

*Костюк М.Р., Цімейко О.А.*

*Институт нейрохірургії  
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,  
04050, Київ, вул. Мануїльського, 32,  
(044) 486-95-03, kostiuk@i.com.ua*

**Мета.** Оцінити зміни в неврологічному статусі у хворих після ендovasкулярних реконструктивних втручань з приводу стенотичних уражень сонних і хребтових артерій головного мозку і визначити фактори, які впливають на покращення якості життя внаслідок операції.

**Матеріали і методи.** З 1999 року в судинній клініці інституту проведено 90 операцій ендovasкулярної ангіопластики і стентування (ЕАС) 87 хворим з атеросклеротичними стенозами сонних і хребтових артерій (75 і 15 втручань відповідно). Групу дослідження склали 82 чоловіка і 7 жінок у віці від 46 до 84 років. У 31 (34,8%) хворого стенотичне ураження поєднувалось з оклюзією магістральних церебральних артерій (МЦА). Клінічні симптоми ішемічних порушень мозкового кровообігу (ПМК) визначені у 71 спостереженнях (82,0%), асимптомний перебіг захворювання — у 16 випадках. До операції стійкий неврологічний дефіцит різного ступеню виразності мав місце у 57 хворих, ішемічні ПМК транзиторного характеру — у 14 випадках. Терміни спостереження після втручання склали в середньому 21 місяць. Якість життя хворих оцінювали за шкалою соціальної дезадаптації Ренкіна.

**Результати.** До операції рівень соціальної дезадаптації хворих мав наступний розподіл: відсутність неврологічних симптомів — 30 спостережень