

аденому гіпофіза з молниеносним теченням захворювання, що не являється типичним для хвороби Кушинга.

Ключевые слова: хвороба Кушинга, аденома гіпофіза (АГ), адренокортикотропний гормон (АКТГ), гіперкортизолемія, інвазія кавернозного синуса, транссфеноїдальний доступ.

M.O. Guk, O.O. Danevych

Severe clinical course of Cushing's disease in 63-year-old man, caused by aggressive corticotropinoma: a case report
Institute of Neurosurgery named after acad. A.P. Romodanov
NAMS Ukraine, Kiev

Introduction. Cushing's disease is rare enough pathology, that is mainly caused by aggressive corticotropinoma

Purpose. Of this work is research of a unique case of severe clinical course of Cushing's disease in 63-year-old man, caused by aggressive corticotropinoma

Materials and methods. Material is presented by severe clinical course of Cushing's disease in 63-year-old man, caused by aggressive corticotropinoma. Methods: clinical-neurological investigation, measuring of ACTH and cortisol blood level, roentgenography of skull and head MRI.

Conclusions. The feature of this case caused by detection in elderly man aggressive ACTH-secreting pituitary adenoma with blazing clinical course, which is not typical for Cushing's disease.

Key words: cushing's disease, pituitary adenoma, adrenocorticotrophic hormone (ACTH), hypercortisolemia, invasion of sinus cavernous, transsphenoidal approach.

© В.М. ЗАГОРОДНІЙ, 2013

В.М. Загородній

ЕНДОВАСКУЛЯРНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ
МЕНІНГЕОМАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ
ДУ «Науково-практичний центр ендоваскулярної
нейрорентгенохірургії НАМН України», м.Київ

Вступ. Однією з особливостей менінгеом є добре розвинута судинна сітка. В наслідок цього хірургічне видалення менінгеом доволі часто супроводжується масивною крововтратою, інтраопераційним пошкодженням магістральних артерій, вен, черепних нервів, що значно знижує радикальність операційного втручання.

Мета. Вивчити ефективність ендоваскулярних втручань при менінгіомах головного мозку.

Об'єкт та методи. Відібрані 16 пацієнтів з менінгеомами головного мозку, які знаходилися на лікуванні в ДУ «Науково-практичний центр ендоваскулярної

нейрорентгенохірургії НАМН України» з 2003 по 2012 р. Чоловіків було 6 (37,5%), жінок - 10 (62,5%). Вік хворих був від 21 до 53 років. Супратенторіальне розташування менингеом було виявлено у 14 (87,5%) спостережень, субтенторіальне - 2 (12,5%).

Результати. Виконано 16 оперативних втручань - ендovasкулярна керована емболізація менингеоми. В 12 (75%) випадках вдалося досягти тотального виключення новоутворення із кровообігу, в 4 - часткового, це пов'язано з особливостями кровопостачання - дифузний тип, без прямих артеріовенозних шунтів. Ускладнень після ендovasкулярних втручань в нашому спостереженні не було. В подальшому 14 хворим виконане хірургічне видалення менингеоми, при цьому відмічалось значне зменшення інтраопераційної крововтрати.

Висновки. При менингеомах головного мозку ендovasкулярна емболізація є відносно простою, достатньо безпечною та ефективною операцією, яка значно знижує ризик при подальшому хірургічному видаленні пухлини. За нашими спостереженнями найбільш сприятливий час для хірургічного втручання - 7-9 доба після емболізації.

Ключові слова: менингеоми, ендovasкулярні втручання, емболізація.

ВСТУП

Менингіома (арахноїдендотеліома) - екстрацеребральна пухлина, яка росте з клітин павутинної мозкової оболонки, а саме, арахноїдального ендотелію. Сам термін та анатомічну класифікацію, яку використовують і нині, введені американським нейрохірургом Кушингом у 1922 році.

Складають менингеоми - 13-25% від усіх первинних внутрішньочерепних новоутворень. [1] Середня поширеність симптоматичних менингіом (що мають клінічні прояви) в популяції складає 2,0 / 100000 населення. У той же час поширеність асимптоматических (безсимптомних) менингіом становить 5,7 на 100000 населення, асимптоматичні менингіоми є знахідкою 1-2,3% всіх аутопсії [1].

Менингіоми частіше зустрічаються у жінок. Співвідношення чоловіки: жінки в групі пацієнтів з менингіоми становить від 1:1,4 до 1:2,6. Менингеоми частіше за все розташовуються в конвексимальній та парасагітальних областях, хоча можуть виявлятися на крилах основної кістки, супраселлярно, у задній черепній ямці та інших частинах черепу.

Специфічної неврологічної симптоматики у менингіом немає. Найчастіше захворювання може протікати безсимптомно роками, а першим його проявом в більшості випадків стає головний біль. Вона так само не носить специфічного характеру і найчастіше представляється хворому як тупий, ниючий, розпирюючий.

Симптоми захворювання залежать від локалізації пухлини і можуть виражатися у вигляді слабкості в кінцівках (парезів); зниження гостроти зору та випадіння полів зору; появи двоїння в очах і опущення повік; порушень чутливості в різних ділянках тіла; епілептичних нападів; появи психоемоційних розладів; просто головних болів. Запущені стадії захворювання, коли менингіома досягаючи великих розмірів викликає набряк і здавлення мозкової тканини, що призводить до різкого підвищення внутрішньочерепного тиску, проявляються, зазвичай, сильними головними болями з нудотою, блюванням, пригніченням свідомості.

Діагностують менінгеоми з використанням сучасних методів нейровізуалізації: магнітно-резонансна томографія (МРТ), комп'ютерна томографія (КТ), селективна церебральна ангиографія.

Однією з особливостей менінгеом є добре розвинута судинна сітка. В наслідок цього хірургічне видалення менінгеом доволі часто супроводжується масивною крововтратою, інтраопераційним пошкодженням магістральних артерій, вен, черепних нервів, що значно знижує радикальність операційного втручання [2].

В 1970-х роках в літературі з'явилися перші повідомлення об ефективності доопераційної емболізації менінгеом, в наслідок чого відбувалося зменшення пухлини у розмірах, зменшення крововтрати при її видаленні. Пізніше в багатьох наукових роботах була доказана ангиографічна, гістологічна та хірургічна ефективність доопераційної емболізації. В випадках розташування менінгеоми в важкодоступних місцях, емболізація виконувалася з паліативною метою, як альтернатива хірургічному видаленню [2, 3].

Мета. Вивчити ефективність ендovasкулярних втручань при менінгіомах головного мозку.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ

Для нашої роботи були відібрані 16 пацієнтів з менінгеомами головного мозку, які знаходилися на лікуванні в ДУ «Науково-практичний центр ендovasкулярної нейрорентгенохірургії НАМН України» з 2003 по 2012 р. Чоловіків було 6 (37,5%), жінок -10 (62,5%). Вік хворих був від 21 до 53 років. Супратенторіальне розташування менінгеом було виявлено у 14 (87,5%) спостережень, субтенторіальне - 2 (12,5%).

Первинний діагноз ставили за допомогою МРТ, КТ. Покази до проведення ендovasкулярної емболізації ставили за результатами селективної церебральної ангиографії (ЦАГ). ЦАГ виконували за методикою Сельдингера. Обов'язково відокремлено знімали басейни внутрішньої, зовнішньої та хребцевої артерій. Завдяки цьому вдалося виявити інтенсивність кровопостачання пухлини, кількість аферентів, можливість їх безпечної емболізації.

Всі оперативні втручання проводили за умов системної гепаринізації (5-10 тис. МО). Трансфеморальним доступом направляючий катетер встановлюється в магістральній (зовнішня, внутрішня сонні артерії, або хребцева) артерії. Потім по направляючому катетеру у судинне русло заводиться мікрокатетер, за допомогою якого виконується доставка тромбуючої композиції до строми пухлини. В нашій практиці ми використовували мікрокатетери Magic 1,5F, Baltacci 1,5F з провідниками Sor 0,07 (Balt, Франція), Prowler 1,7F, 1,9F з провідником Agility 0.10 (Codman, США). Для емболізації менінгеом ми використовували тільки рідкі емболізуючі речовини - гістоакріл в суміші з ліпоїдом у співвідношенні від 1:4 до 1:8.

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили за допомогою програми Microsoft Excel 2007 за стандартними методиками статистики.

РЕЗУЛЬТАТИ

Завдяки даним ЦАГ було встановлено, що в більшості випадків, у 9 (56,25%) хворих менінгеоми живляться з басейну зовнішньої сонної артерії

(ЗСА). У 5 (31,25%) хворих кровопостачання пухлини було з басейну внутрішньої сонної артерії (ВСА) та ЗСА, і тільки у 2 (12,5%) менингеоми заповнювалися тільки з басейну ВСА. В той же час у 11 (68,75%) хворих ми спостерігали множинні аферентні артерії, і тільки у 5 (31,25%) - поодинокі.

Основними гілками, які живили пухлину з басейну ЗСА, були: а. meningea media, а. occipitalis, а. temporalis superficialis.

Всього було виконано 16 оперативних втручань. В 12 (75%) випадках вдалося досягти тотального виключення новоутворення із кровообігу (рис. 1). В 4 - часткового, це пов'язано з особливостями кровопостачання - дифузний тип, без прямих артеріовенозних шунтів (рис. 2).

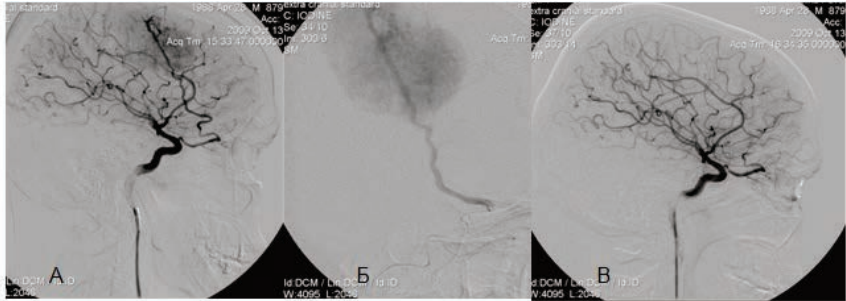


Рис. 1. Менингеома задньолобної області.

Примітка: А - до емболізації, Б - під час емболізації (суперселективна ангіографія), В - після емболізації.

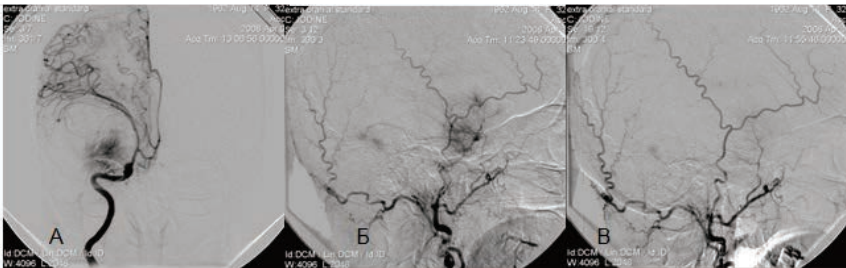


Рис. 2. Менингеома скронево-базальної ділянки. Живиться з гілок ВСА (А), ЗСА (Б), виключені гілки ЗСА (В)

Ускладнень після ендovasкулярних втручань в нашому спостереженні не відмічалось. В подальшому 14 хворим були виконане хірургічне видалення менингеоми, при цьому відмічалось значне зменшення інтраопераційної крововтрати. Двох хворих не оперували в зв'язку з високим ризиком післяопераційних ускладнень. За нашими спостереженнями найбільш сприятливий час для хірургічного втручання - 7-9 доба після емболізації. В цей період значно зменшується післяопераційний набряк, який виникає після емболізації пухлини, відмічається розм'якшення тканин пухлини, що дозволяє видалити менингеому більш безпечно та легко.

ВИСНОВКИ

При менингеомах головного мозку ендovasкулярна емболізація є відносно простою, достатньо безпечною та ефективною операцією, яка значно знижує ризик при подальшому хірургічному видаленні пухлини.

В деяких випадках ендovasкулярна емболізація може бути виконана з паліативною метою, при цьому відмічається затримка росту пухлини, зменшення її розмірів, стабілізується стан хворого.

Перспективи подальшого дослідження. Ендovasкулярна емболізація при менингеомах голови з високим ступенем васкуляризації дозволить значно підвищити радикальність лікування цієї патології.

Література

1. Wiemels J., Wrensch M., Claus E.B.J. Epidemiology and etiology of meningioma. Neurooncol. 2010, 99 (3): 307.
2. Свистов Д.В., Кандыба Д.В., Беншабан А.У. Предоперационная эмболизация вне- и внутричерепных опухолей. Нейрохирургия. 2007, 2: 24-37.
3. Carli D.F.M., Sluzewski M., Beute G.N., and van Rooij W.J. D.F.M. Complications of Particle Embolization of Meningiomas: Frequency, Risk Factors, and Outcome. Am. J. Neuroradiol. 2010, 31: 152-154.

В.Н. Загородний

Эндovasкулярные операции при менингиомах головного мозга

ГУ «Научно-практический центр эндovasкулярной нейрорентгенохирургии НАМН Украины», Киев

Введение. Одной из особенностей менингиом является хорошо развитая сосудистая сеть. Вследствие этого хирургическое удаление менингиом довольно часто сопровождается массивной кровопотерей, интраоперационным повреждением магистральных артерий, вен, черепных нервов, что значительно снижает радикальность оперативного вмешательства.

Цель. Изучить эффективность эндovasкулярных вмешательств при менингиомах головного мозга.

Объект и методы. Отобраны 16 пациентов с менингиомами головного мозга, которые находились на лечении в ГУ "Научно-практический центр эндovasкулярной нейрорентгенохирургии НАМН Украины" с 2003 по 2012 г. Мужчин было 6 (37,5%), женщин -10 (62,5%). Возраст больных был от 21 до 53 лет. Супратенториальное расположение менингиом было обнаружено у 14 (87,5%) наблюдений, субтенториальное - 2 (12,5%).

Результаты. Выполнено 16 оперативных вмешательств - эндovasкулярная управляемая эмболизация менингиомы. В 12 (75%) случаях удалось достичь тотального выключения новообразования из кровообращения, в 4 - частичного. Это связано с особенностями кровоснабжения - диффузный тип, без прямых артериовенозных шунтов. Осложнений после эндovasкулярных вмешательств в нашем наблюдении не было. В дальнейшем 14 больным было выполнено хирургическое удаление менингиомы, при этом отмечалось значительное уменьшение интраоперационной кровопотери.

Висновки. При менингиомах головного мозгу ендovasкулярна емболізація є відносно простою, достатньо безпечною і ефективною операцією, яка значно знижує ризик при подальшому хірургічному видаленні пухлики. По наших спостереженнях найбільш сприятливий час для хірургічного втручання - 7-9 днів після емболізації.

Ключові слова: менингиоми, ендovasкулярні операції, емболізація.

V.N. Zahorodnii

Endovascular surgery for brain meningioma

SI "Scientific and Practical Centre of Endovascular Neuro Roentgenosurgery of the NAMS of Ukraine", Kyiv

Introduction. One of the features of meningioma is a well-developed vasculature. Consequently, the surgical removal of meningioma is often complicated by massive blood loss, intraoperative damage to arteries, veins, cranial nerves, which reduces the radicality of surgery.

Materials and methods. Selected were 16 patients with brain meningioma, which were undergoing treatment at the SI "Scientific and Practical Center of Endovascular neuroradiosurgery NAMS of Ukraine" from 2003 to 2012. There were 6 males (37.5%), 10 females (62.5%). The age of patients was 21-53. Meningioma of supratentorial location was found in 14 (87.5%) cases, subtentorial – in 2 (12.5%) patients.

Results. Guided endovascular embolization of meningioma was performed in 16 cases. A total occlusion of tumor blood flow was achieved in 12 (75%) cases, partial occlusion of tumor blood flow - in 4 cases, which was associated with the characteristics of blood flow - diffuse type, without direct arteriovenous shunts. There were no complications after endovascular intervention. The subsequent surgical removal of meningioma was performed in 14 patients. There was registered significant reduction in intraoperative blood loss occlusion of tumor blood flow.

Conclusions. Endovascular embolization in brain meningioma is a relatively simple, quite safe and effective operation, which reduces the risk of complications in a further surgical removal of the tumor. According to our observations, the best time for surgery is 7-9 days after embolization.

Key words: meningioma, endovascular surgery, embolization.

© I.B. KIT, 2013

I.B. Kim

ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ СУБАРА ХНОЇДАЛЬНОГО КРОВОВИЛИВА

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Вступ. Особливу клінічну проблему серед усіх порушень мозкового кровообігу становить геморагічний інсульт. Незважаючи на тривалість вивчення, фундаментальність досліджень, присвячених проблемі мозкового