

вызванном ГЦА, должна быть произведена эмболизация ДНП. При последующей контрольной визуализации обнаружение резидуального жизнеспособного очага является показанием к резекции.

Заключение. Проанализированы диагностические и дифференциально-диагностические возможности, ПДИ основных методов интраскопии печени, выполненных с в/в контрастным усилением. Если у клиницистов и врачей лучевой диагностики остаются сомнения в результатах проведенной визуализации, целесообразно назначение биопсии или резекция. Инвазивные процедуры связаны с риском возникновения осложнений и должны проводиться после рассмотрения МВК.

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННЫХ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И КРОВОХАРКАНЬЕМ

*Севергин В.Е., Шипулин П.П., Целиков М.Ю.,
Тренина Е.Ю.*

*Одесский Национальный медицинский
университет, г. Одесса, Украина*

Метод рентгенэндоваскулярной эмболизации бронхиальных артерий (РЭЭБА) признан одним из наиболее эффективных методов лечения легочных кровотечений и кровохарканья. Обоснованием к его применению послужил тот факт, что наиболее частым источником ЛК являются бронхиальные артерии.

В клинике РЭЭБА выполняли больным в возрасте от 25 до 82 лет. Среди них было 308 мужчин и 111 женщин. Малое ЛК и кровохарканье отмечено у 88,8% больных. Среди пациентов первичным и метастатическим раком распространены формы злокачественного процесса либо тяжелые сопутствующие патологии, не позволяющих провести радикальное хирургическое лечение. Другая группа пациентов имела в анамнезе следующую патологию: бронхоэктатическая болезнь, артериовенозные мальформации, послевоспалительный легочный фиброз.

Все РЭЭБА выполняли с помощью ангиографического комплекса Allura Xper FD – 20 Phillips. В качестве обезболивания использовалась местная анестезия зоны катетеризации артерии. В подавляющем большинстве случаев в качестве доступа использовалась катетеризация бедренной артерии по Сельдингеру.

Непосредственный положительный эффект РЭЭБА в виде полной остановки кровотечения и кровохарканья наблюдался в 89,8% случаев. В наших наблюдениях неэффективная РЭЭБА с повторением ЛК и кровохарканья отмечены в 10,2%, из них рецидивы в ранние сроки отмечены в 8,3%. Повторное ЛК в более поздние сроки отмечено в 13,5% наблюдений, что требовало повторных РЭЭБА. Согласно собственным данным выполнение РЭЭБА при доброкачественных поражениях легкого, осложненных ЛК, позволяет достичь положительного эффекта в 95,5%. Этот метод дает возможность добиться стабильного клинического эффекта, а в ряде случаев при бронхоэктатической болезни создать благоприятные условия для радикального хирургического лечения. Использование этого метода в паллиатив-

ном лечении рака легкого, осложненного ЛК, остается весьма ограниченным.

Выводы: 1. РЭЭБА является методом выбора лечения ЛК и кровохарканья у большинства больных с доброкачественными заболеваниями легких.

2. Выполнение РЭЭБА при раке легкого, осложненного ЛК, нуждается в дальнейшей клинической оценке выработке четких показаний.

3. Требуется дополнительная оценка эффективности новых эмболизующих материалов.

ЦЕННОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕМОПЕРФУЗИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ ПЕРФУЗИОГРАФИИ В ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВЫ

*Чередниченко Ю.В.¹, Чередниченко Н.А.²,
Мирошниченко А.Ю.¹,*

Зорин Н.А.², Дзяк Л.А.², Куликова Ф.И.²

*¹КУ «Днепропетровская областная клиническая
больница им. И.И. Мечникова», г. Киев, Украина*

*²ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МОЗ Украины», г. Киев, Украина*

Цель – оценить роль динамического контроля изменений гемоперфузии головного мозга с использованием КТ-перфузиографии для определения необходимости, эффективности, достаточности и предикторов осложнений эндоваскулярного лечения пациентов с множественными окклюзионно-стенотическими поражениями магистральных артерий головы.

Методы и материалы. 76 пациентов с множественными окклюзионно-стенотическими поражениями магистральных артерий головы были подвергнуты комплексному лечению с выполнением поэтапных эндоваскулярных операций направленных на реконструкцию пораженных магистральных артерий головы посредством баллонной ангиопластики и стентирования с динамическим КТ-перфузиографическим контролем. КТ-перфузиографию головного мозга проводили до эндоваскулярного лечения и после каждой сессии эндоваскулярного лечения. На основе анализа КТ-перфузиографии определялась степень перфузионного дефицита (по Powers W.J., 1991) и напряженности или декомпенсации компенсаторных механизмов. 101 эндоваскулярная операция была выполнена 76 пациентам (от одной до четырех сессий).

Результаты. Выбор этапности, оптимальных интервалов между этапами и объема эндоваскулярного лечения пациентов с множественными окклюзионно-стенотическими поражениями магистральных артерий головы, подбор адекватного консервативного лечения их в комплексе с эндоваскулярными методами зависит от особенностей гемоперфузии головного мозга и ее перестройки после каждого этапа лечения. Степень перфузионного дефицита была уменьшена на 1-2 градации в итоге во всех наблюдениях. Выявленные паттерны церебральной гиперперфузии и церебрального ангиоспазма при проведении этапной КТ-перфузиографии головного мозга требовали соответствующей медикаментоз-

ной корекції і більш тривалого інтервалу між етапами ендovasкулярного лікування (до моменту исчезновения этих паттернов при выполнении КТ-перфузиографии головного мозга).

Хорошие функциональные результаты были достигнуты в 90,8% случаев (по модифицированной шкале Rankin).

Послеоперационный уровень смертности и инвалидизации — 0%.

Выводы. Использование динамического контроля изменений гемоперфузии головного мозга с использованием КТ-перфузиографии позволяет определить оптимальную этапность, временные интервалы между этапами и объем эндovasкулярного лечения пациентов с множественными окклюзионно-стенотическими поражениями магистральных артерий головы и минимизировать риски периоперационных осложнений. Эндovasкулярные методы лечения пациентов с множественными окклюзионно-стенотическими поражениями магистральных артерий головы с динамическим контролем изменений гемоперфузии головного мозга с использованием КТ-перфузиографии являются безопасными и эффективными.

Ключевые слова: КТ-перфузиография головного мозга, магистральные артерии головы, эндovasкулярные методы.

ОСОБЛИВОСТІ НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЇ, РАДІОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТА МОНІТОРИНГУ ХВОРИХ НА ТРИГЕМІНАЛЬНУ НЕВРАЛГІЮ

Чувашова О. Ю.

Державна установа «Інститут
нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова
НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. Тригемінальна невралгія – це невралгія, яка найчастіше спостерігається серед людей віком старше 50 років, на яку частіше страждають жінки (2:1). Захворюваність становить 4-5 хворих на 100 000 населення. Погіршення самопочуття хворих частіше пов'язане з поступовим прогресуванням симптоматики та наростанням інтенсивності болю до нестерпного. Враховуючи, що ця патологія вражає переважно людей працездатного віку, погіршує їх фізичний та психічний стан, не завжди піддається медикаментозному, мініінвазивному чи мікрохірургічному лікуванню, актуальним є питання вибору коректної та доцільної нейровізуалізації та проведення такого методу лікування, який забезпечить неврологічне збереження хворого при високих показниках контролю болю.

Мета — визначити особливості нейровізуалізації хворих на тригемінальну невралгію. Визначити показання, можливості до застосування та ефективність методу стереотаксичної радіохірургії (СРХ) у лікуванні тригемінальної невралгії та подальшому моніторингу.

Матеріали та методи. Наведені особливості методики МРТ-дослідження та проведення СРХ при лікуванні хворих на тригемінальну невралгію. Проведено дослідження та лікування 37 хворих на тригемінальну невралгію. СРХ проведена з використанням лінійного прискорювача. Приписана доза (ПД) – 68,25-71 Гр. Об'єм мішені, до якого підведена

приписана доза, був у діапазоні 0,019-0,026 см³ цистернальної частини трійчастого нерва, на відстані 3 мм від входу нерва до мосту головного мозку. Катамнестичне спостереження хворих у середньому – 24 місяці.

Результати досліджень та їх обговорення. Описані особливості методики дослідження хворих на тригемінальну невралгію, що включають не тільки стандартні програми дослідження, а і програми поліпшеної візуалізації черепно-мозкових нервів на фоні ліквору, наприклад з опцією керованої рівноваги, що дає можливість забезпечити Т2-контраст з більш високим сигналом від спинно-мозкової рідини при скороченні загального часу сканування та зниженні артефактів від пустот у потоці, можливим поєднанням з випереджаючими імпульсами – SPIR, SPAIR, REST. Визначені та наведені необхідні критерії відбору хворих на тригемінальну невралгію для виконання СРХ, процедура та дози при СРХ, очікувані ефекти, можливі помилки та наслідки, що ґрунтуються на проведеному лікуванні хворих та літературних даних. На клінічних прикладах наведено найближчий час виникнення ефекту від СРХ-лікування хворих на тригемінальну невралгію та дані катамнестичного спостереження.

Висновки. СРХ – перспективний метод лікування хворих на тригемінальну невралгію. Його застосування потребує чіткого розуміння нозологічної форми невралгії, адекватного вибору нейровізуалізації та дози при стереотаксичній радіохірургії, тривалого спостереження за хворим після СРХ.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И РАДИОХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ ГИПОФИЗА

Чувашова О. Ю.

Государственное учреждение «Институт нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова НАМН Украины», г. Киев, Украина

Вступление. Опухоли гипофиза занимают третье место в структуре новообразований ЦНС, составляя 4-17% всех опухолей головного мозга по данным разных источников. Аденомы гипофиза вызывают как локальный масс-эффект, так и системный эффект, поражая преимущественно пациентов молодого трудоспособного возраста (20-40 лет). Работа основана на материале 21 клинического наблюдения радиохирургического лечения больных с аденомами гипофиза, преимущественно как составляющей комплексного лечения, особенностях и аспектах диагностики данной патологии, последующего динамического наблюдения.

Цель — оптимизация и повышение эффективности диагностики и радиохирургического лечения больных с аденомами гипофиза.

Материалы и методы. Радиохирургия проводилась на линейном ускорителе Trilogy (Varian, США) со стереотаксической приставкой Brain Lab (Brain Lab, Германия) с энергией тормозного излучения 6 Мэв. Проведено 23 радиохирургии больным с аденомами гипофиза, из них после двух предшествовавших эндоскопических операций – 6 больных, после трех — 4. У 17 больных наблюдалась акромегалия, у одной – синдром Нельсона, у двух предшествовала лучевая терапия в дозе 50-55 Гр. При планировании