

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 нейро-
хирургии 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 больным, после трех — 4. У 17 больным наблюдалась акромегалия, у одной – синдром Нельсона, у двух предшествовала лучевая терапия в дозе 50-55 Гр. При планировании

прецизионной радиохирургии использовали данные МРТ головного мозга со стандартными и специальными программами для исследования гипофиза, при внутривенном контрастировании с полной или с половинной дозой, МСКТ при иммобилизации головы пациента стереотаксической маской и с локализатором. Максимальный период наблюдения больных составил 5 лет.

Результаты исследований и их обсуждение. Преобладали больные с инвазивными формами и эндопараселлярным распространением (17 наблюдений), по классификации Knosp – III-IV степень, а также с фармакорезистентными формами — 7. Оценку результатов радиохирургического лечения проводили по МРТ без и с внутривенным контрастированием с таким же протоколом исследования, что и до радиохирургии. При планировании радиохирургии на рабочей станции Brain Lab наиболее актуальным было использование программ с толщиной среза 1 мм без и с контрастом, с опцией подавления жира и сопоставлением с МСКТ в мягкотканном и костном режимах, что давало возможность дифференцировать ткань аденомы от «флепа» и жировой ткани, гемостатика. У 13 пациентов удалось оценить динамику процесса по результатам МРТ головного мозга через 12–24 месяца после стереотаксического лечения. Частичный ответ опухоли в виде уменьшения размеров и снижения уровня гормонов, в частности АКТГ, СТГ и инсулиноподобного фактора роста отмечены у 13 больных, стабилизация — у 6. Прогрессирование роста опухоли не наблюдали. Снижение уровня гормонов прослеживалось на 3–6 месяце после проведенного радиохирургического лечения. В среднем в сроки наблюдения до 6 месяцев после стереотаксического лечения отмечено уменьшение аденом гипофиза на 27%, до 12 месяцев — на 46%. В двух наблюдениях отмечена реакция прилежащего к зоне облучения мозгового вещества с перманентным усилением головных болей у больных, которые купировались медикаментозным лечением в срок до 3 месяцев с нивелированием симптомов.

Выводы. Применение стереотаксической радиохирургии, преимущественно как составляющей комплексного лечения аденом гипофиза, свидетельствует о высокой эффективности метода, особенно при частичном удалении инвазивных и фармакорезистентных форм. К особенностям диагностики аденом гипофиза относятся: использование программ с толщиной среза 1 мм без и с контрастом, с полной или с половинной дозой, а также с опцией подавления жира и сопоставлением с МСКТ в мягкотканном и костном режимах, что дает возможность дифференцировать ткань аденомы от «флепа» и жировой ткани, гемостатика.

**ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА
І ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ
ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ АБСЦЕСІВ ЛЕГЕНЬ
У ДІТЕЙ**

*Чурилін Р.Ю., Вороньжев І.О., Пальчик С.М.
Харківська медична академія післядипломної
освіти, м. Харків, Україна*

Своєчасна діагностика гострого абсцесу легень у дітей є важливою проблемою педіатричної пульмо-

нології. Променеві методи залишаються найбільш об'єктивними під час встановлення діагнозу, але оцінка ступеня тяжкості гострого абсцесу лікарями-рентгенологами проводиться зазвичай візуально і є вельми суб'єктивною.

Мета роботи — уточнення рентгенологічної картини і удосконалення способу діагностики тяжкості перебігу гострих абсцесів легень у дітей.

Матеріали і методи. Вивчені рентгенограми органів грудної клітки (ОГК) 34 хворих (26 хлоп. – 76,5% і 8 дівч. – 23,5%) віком від 4 місяців до 18 років, 5 дітям виконана КТ ОГК.

Результати. Гострі абсцеси легень у дітей мали такі особливості: характерною була одностороння локалізація (100%), переважало ураження правої легень (73,5%), у більшості хворих спостерігалися поодинокі абсцеси, наявність крайових або центральних секвестрів (17,7% хв.), абсцеси були з товстими стінками (більше ніж 4 мм — 76,5%).

Нами виділені 3 ступеня тяжкості перебігу абсцесу легень і отриманий патент № 29691 від 25.01.2008 р. Рекомендується такий розподіл тяжкості перебігу гострого абсцесу легень:

1-й ступінь — помірний перебіг: абсцес поширюється до 35% вертикального розміру легень, займає один або декілька сегментів; товщина перифокального запалення становить 3–5 мм, висота газового міхура переважає над рідиною і становить більше ніж 70% діаметра абсцесу був визначений у 32,4% хворих дітей;

2-й ступінь – перебіг середньої тяжкості: абсцес поширюється до 50% вертикального розміру легень до розмірів частки; товщина перифокального запалення становить 6–20 мм, висота газового міхура становить 40–65% від його діаметра (у 52,9% хворих дітей);

3-й ступінь – тяжкий перебіг захворювання: абсцес поширюється більше ніж на 50% вертикального розміру легень, займає площу більшу, ніж одна частка, товщина перифокального запалення більша за 20 мм, висота газового міхура менше ніж 35% його діаметра (у 14,7%).

У разі невідповідності величини одного з параметрів запропонованому розподілу за ступенем, останній встановлюється за двома переважаючими за величиною параметрами.

Висновки. Променеві методи дослідження дозволяють уточнити семіотику і встановити особливості перебігу абсцесів легень у дитячому віці. Урахування вікових особливостей рентгенологічної картини абсцесів і проведення розрахунків дозволять об'єктивізувати ступінь тяжкості перебігу процесу і, як наслідок, поліпшити лікування даного контингенту хворих.

**ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗУ:
МОЖЛИВОСТІ МЕТОДІВ**

*Шармазанова О.П., Бортний М.О.,
Арсенідзе Т.О., Волковська О.В.*

*Харківська медична академія післядипломної
освіти, м. Харків, Україна*

Вступ. У людей старшого віку остеопороз (ОП) – найпоширеніше захворювання і, на думку експертів ВООЗ, посідає 4-е місце після серцево-судинних, онкологічних захворювань і цукрового діабету. Якщо