

нерви; 2) такий, що водночас із дислокацією має обгортаючий тип росту, що включає в себе судини і нерви. При 1) типі росту менінгеом доцільним є видалення від місця похідного росту пухлини, що дозволяє виключити кровопостачання пухлини і зменшити ризик кровотечі, а при великих розмірах цих пухлин — видалення від центру до периферії із подальшим звільненням нервів та судин від капсули пухлини. При 2) типі росту доцільно використовувати 12–17-кратне збільшення та виконувати "полишкове" розгорнення ділянок пухлини, що обгортають нерви та судини і поетапне видалення від зон обгортання.

Висновки. При виборі методу хірургічного лікування менінгіом петроклівальної локалізації вирішальними є: місце похідного росту пухлин; зона та напрямок розповсюдження пухлини; гістологічний тип, що впливає на характер росту пухлини. У плануванні хірургічного доступу та його етапів відіграють суттєву роль анатомічні особливості вирізки намету мозочка та великого потиличного отвору, їх форма та розміри. Відмічені особливості росту менінгеом дозволяють покращити функціональні результати хірургічного лікування в плані збереження черепно-мозкових нервів при відповідному застосуванні хірургічної тактики.

Комп'ютерна томографія в ранньому післяопераційному періоді у хворих з гліомами головного мозку

Маринець М.І.*, Смоланка В.І.**

*Обласний центр нейрохірургії та неврології,
**Ужгородський національний університет,
м. Ужгород, 88000, вул. Капушанська, 22
e-mail: smolanka@uzh.ukrtel.net

Вступ. Рання діагностика резидуальних гліом є однією з актуальних проблем сучасної нейроонкології. Радикальність видалення гліальної пухлини є одним із прогностичних факторів, що впливають на тривалість життя хворих в післяопераційному періоді. Застосування КТ протягом перших 24 годин після операції є оптимальним, оскільки гематоенцефалічний бар'єр в цьому часовому проміжку пошкоджений у найменшій ступені, а відтак передбачається, що тканина, яка накопичує контрастну речовину є пухлиною, в той час як після 24 годин, це може бути як пухлина, так і травмована мозкова тканина.

Метою дослідження є оптимізація підходу до застосування комп'ютерної томографії в ранньому післяопераційному періоді у хворих з резидуальними гліальними пухлинами головного мозку.

Матеріали та методи. Обстежено 16 хворих з гліомами головного мозку, із них 6 жінок, 10 чоловіків. Розподіл пацієнтів за віком складав: від 20 до 29 років — 2, від 40 до 49 років — 6, від 50 до 59 років — 6, від 60 до 69 років — 2.

Діагноз верифікований шляхом патологогістологічного дослідження матеріалу, отриманого під час операції з приводу видалення пухлини головного мозку.

Кількісна характеристика за гістологічною структурою пухлин є наступна: астроцитоми низького ступеня злоякісності — 2; астроцитоми високого ступеня злоякісності — 12, із них: анапластичних астроцитом — 7, гліобластом — 5; анапластичних олігодендрогліом — 1; гліом змішаної гістоструктури — 1. У 11 пацієнтів пухлинний процес локалізувався у правій гемісфері головного мозку, у 5 — у лівій. Найбільш часто відмічалось поширення патологічного

процесу на суміжні долі головного мозку: скроневу та тім'яну — у 8 випадках, лобну та скроневу — у 3-х, у інших 5-ти спостереженнях процес обмежувався однією анатомічною областю: скронева доля — 3, тім'яна — 1, потилична — 1.

Всі обстеження виконані на апараті „Somatom CR” фірми „Siemens” в аксіальній проекції з параметрами дослідження: товщина зрізу — 8 мм, крок томографії — 9 мм. На передопераційному етапі протокол КТ головного мозку включав комплексне обстеження головного мозку без застосування контрастної речовини та послідовного внутрішньовенного підсилення (76% розчин урографіна в стандартній дозі). Післяопераційне КТ-обстеження виконувалось протягом першої доби післяопераційного періоду за встановленим вище протоколом КТ-дослідження головного мозку.

Результати та їх обговорення. Проведене КТ-обстеження протягом першої доби після операції виявило контрастне підсилення вздовж країв операційної рани у 8-и пацієнтів, при цьому форма та розташування вказаних ділянок підсиленого ложа відповідали локалізації контрастованої частини пухлини, яка проявлялася на серії передопераційних зображень. Цей факт та відповідно характерні денситометричні показники у виділеній зоні інтереса дозволили інтерпретувати отримані дані як залишкові пухлинні маси. В інших 8-и випадках виявленню залишкових пухлинних мас перешкоджали такі фактори, як гематома ложа, що туго його виповнювала — 2; геморагічне просочування країв операційної рани — 3; відсутність контрастного підсилення стірки пухлини на доопераційному етапі та відповідно в післяопераційному періоді спостерігалось у 3-х пацієнтів, що дозволило виключити їх із основної групи досліджуваних.

Висновки. КТ з контрастним підсиленням, виконаної протягом перших 24 годин в 62 % випадків є інформативним методом в діагностиці залишкових пухлинних мас в ранньому післяопераційному періоді у хворих з гліомами головного мозку.

Применение Wake-up анестезии при удалении глиальных опухолей головного мозга

Усатов С.А., Комаревцев А.С., Панкратьев Н.А., Хатем Баракат Юнис Заллум

Луганский государственный
медицинский университет,
г. Луганск, 91045,

квартал 50 лет обороны Луганска, 14
тел. +380 642 570705, e-mail: npankr@mail.ru

Введение. В нейрохирургии традиционно применяется общая анестезия с глубокой амнезией, миорелаксацией, искусственной вентиляцией легких.

Однако при оперативных вмешательствах, затрагивающих функционально значимые зоны головного мозга, целесообразно проводить интраоперационные тесты сохранности функции данных зон.

С этой целью возможно применение wake-up анестезии, которая подразумевает управляемую глубину наркоза с возможностью пробуждения пациента во время оперативного вмешательства и проведения указанных тестов с участием психики больного.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 20 пациентов с опухолями головного мозга лобно-височной и лобно-теменной локализации в период с 2004 по 2005 год. Всем пациентам