

виявлені у 3-х больних, менингиоми крыльев клиновидной кости — у 3-х больних, менингиоми ольфакторной ямки — у 2-х больних, опухолі селлярной локалізації — у 2-х больних. Комплексне обстеження пацієнтів включало КТ, МРТ, СКТА. МРТ — на МР-томографі Magnetom P8 (Siemens) с напруженностью магнитного поля 0,2 Тл. СКТА проводили на аппарате CT/e Dual (General Electric).

Спиральное сканирование выполняли с толщиной среза 2 мм, шагом стола 3 мм, толщиной среза реконструкции 1,5 мм. Контрастное вещество (ультравист-370) в объеме 100 мл при помощи автоматического инжектора вводили болюсно в одну из передних кубитальных вен со скоростью 3–4,5 мл/сек.

Результаты и их обсуждение. Особенностью СКТА является возможность одновременно визуализировать опухоль головного мозга, сосудистые структуры, что позволяет за время одного исследования обнаружить не только источники кровоснабжения, но и выявить топографо-анатомические взаимоотношения между сосудами и опухолью.

Проведение СКТА у больних с менингиомами бугорка турецкого седла позволило установить степень вовлечения в опухоль А1 сегмента ПМА. При менингиомах медиальных отделов малого крыла клиновидной кости четко определялась степень вовлечения в патологический процесс ВСА и степень инвазии кавернозного синуса опухолью. При менингиомах средних и наружных отделов крыльев клиновидной кости на КТ-ангиограммах четко определялся матрикс опухоли, источники кровоснабжения, степень вовлечения в патологический процесс ветвей СМА, наличие разрушения костных структур. При глиомах лобно-височной локалізації проведение СКТА позволило выявить взаимоотношения СМА и опухоли, наличие новообразованных сосудов.

Высокая диагностическая эффективность применения СКТА в распознавании источников кровоснабжения опухоли, взаимоотношения опухоли с церебральными сосудами, при одновременной оценке самой опухоли в сочетании с низким риском возникновения осложнений позволяет считать ее альтернативой инвазивному ангиографическому исследованию.

Выводы. СКТА — высокоинформативный, малоинвазивный и безопасный метод предоперационной диагностики опухолей головного мозга.

Применение СКТА позволяет повысить наглядность исследования и детально проанализировать его результаты, выполнить планирование оперативного вмешательства и виртуальное моделирование всех этапов операции.

Локальна хіміотерапія в комбінованому лікуванні хворих з гліомами лобово-кальозної локалізації

Главацький О., Хмельницький Г., Лисенко С., Кулик О., Данчук С.

*Інститут нейрохірургії
ім. А.П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануйльського, 32
тел. +380 44 4839219,
e-mail: nesegal@neuro.kiev.ua*

Вступ. Радикальність хірургічного втручання при видаленні злоякісних гліом лобово-кальозної локалізації в більшості випадків обмежена.

Використання інтерстиціальної хіміотерапії (ІХТ) поряд з променевою терапією є чи не єдиним методом терапевтичного впливу на резидуальні ділянки пухлини у післяопераційному періоді. За нашими даними найбільш ефективним способом локальної доставки хіміопрепарату (ХП) до резидуальних ділянок пухлини є методика з використанням резервуару Оммауа (РО).

Мета роботи. Покращення ефективності комбінованого лікування хворих з гліомами лобово-кальозної локалізації.

Матеріали та методи. ІХТ з використанням РО проведена у післяопераційному періоді в 22 хворих з гліомами III–IV ступеня анаплазії лобово-кальозної локалізації, з них — 11 чоловіків, 11 — жінок. Середній вік хворих склав 43,6±2,3 роки. 8 пацієнтів з гліомами III ст. ан., 14 — IV ст. ан. ХП вводились у режимах як моно- так і поліхіміотерапії. Використовувались: цисплатин, метотрексат, нуклеоплат, блеомицин, мітоксантрон. Курсові дози ХП: цис-платин, нуклеоплат — 10–30 мг; метотрексат — 60–120 мг; блеомицин — 30–45 мг; мітоксантрон — 4,0 мг.

Результати. Проведення ІХТ суттєво не впливало на якість життя пацієнтів за винятком тих спостережень, при яких використовувались цисплатин та карбоплатин. У цьому разі в 39–40% хворих відмічались помірні прояви нейроінтоксикації із зниженням якості життя на 5–10 балів за шкалою Карновського. Середня ремісія захворювання склала — 19,4±2,6 міс.; при гліомах III ст. ан. — 31,25±4,9 міс., при гліомах IV ст. ан. — 12,6±0,4 міс.

Висновки. Застосування даної методики забезпечує:

- безпосередню доставку ХП до резидуальних ділянок пухлини, оминаючи ГЕБ;
- контрольовану місцеву терапевтичну концентрацію ХП;
- здійснювати динамічний контроль лікування та його корекцію у випадку встановлення хіміорезистентності до певного препарату;
- підвищення ефективності комбінованого лікування хворих при збереженні високої якості життя.

Інтраопераційна ультрасонографія

Григорьев Е.А., Горещак С.П., Ющак И.А., Табинский А.С.

*Областная детская клиническая больница,
г. Одесса, 65031, ул. акад. Воробьева, 3
e-mail: Grigoryevns59@mail.ru*

По данным ряда авторов (А.С. Иова, Ю.А. Гармашев, Санкт-Петербургская академия постдипломного образования, кафедра детской неврологии и нейрохирургии, 1997 г.) применение ультрасонографии во время операции помогает решить проблему визуального мониторинга структур мозга без применения сложных и дорогостоящих стереотаксических КТ, МРТ систем.

Ультрасонография позволяет решать важные задачи:

1. Уточнение особенностей хирургической стереотопографии (глубину залегания патологического объекта, его пространственное взаимоотношение с желудочковой системой и т.д.)
2. Выбор оптимальной зоны рассечения коры мозга и направление хирургического доступа.