

Патогномонічні КТ-, МРТ- ознаки мальформацій великої вени мозку

Робак О.П., Робак К.О., Гетьман О.М.,
Маховський С.В., Вакарюк В.Є., Голубов Є.І.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова
АМН України
Київ
Україна
0444830668
olegrobak@mail.ru

Мета роботи. Визначити особливості комп'ютерно-томографічних та МРТ проявів особливого виду судинних мальформацій головного мозку – мальформацій вени Галена з метою покращення їх диференційної діагностики.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз КТ-, МРТ-обстежень 65 хворих з АГ-верифікованим діагнозом. Вік пацієнтів становив 6 міс-53 роки, з них жінок - 31, чоловіків - 34. Дослідження проводилися на рентгенівських комп'ютерних томографах, магнітно-резонансних томографах, церебральних ангиографах.

Результати і їх обговорення. Нами встановлено два типи мальформації великої вени мозку, які в літературі класифікуються як хоріоїдальний та муральний. Джерелами кровопостачання при хоріоїдальному типі були різко розширені хоріоїдальна, перикальозна та перфоруєча артерії зорового пагорба. Із обстеженої групи хворих такий тип спостерігався у 87%. У 13% випадків (так званій, муральній тип мальформації) джерелом кровопостачання була задня хоріоїдальна артерія. Розмір мальформації даного типу був набагато більшим, а кількість артеріовенозних шунтів – менша. Практично у всіх хворих мальформація супроводжувалась внутрішньою гідроцефалією, вираженість якої була набагато більшою при муральному типі мальформації, внаслідок стенозу водопроводу мозку. При КТ-обстеженні в ділянці цистерни великої вени мозку, пінеальній області спостерігалась наявність широких стрічкоподібних звитих осередків підвищеної щільності, зумовлених розширеними судинами мальформації. Після введення контрастної речовини спостерігається значне підвищення їх щільності. Крім того відмічається контрастування прямого та злиття синусів. При муральному типі аневризми вени Галена відмічаються великих розмірів кулеподібне об'ємне утворення підвищеної щільності, яке значно підсилюється після контрастування. При МР-томографії на T1 і T2 WI спостерігається виражена гіпертрофія вени Галена з фономеном втрати сигналу від току крові, що є диференціально-діагностичною ознакою у порівнянні з пухлинами даної ділянки. МР-АГ, як і церебральна селективна ангиографія, дозволяє ідентифікувати аферентні судини мальформації та шляхи її венозного відтоку. При наявності в мальформації тромботичних мас МРТ виявляє в ній осередки підвищеного сигналу як на T1, так і на T2 WI.

Висновки. Вказані ознаки можна вважати патогномонічними для судинної мальформації ділянки великої вени мозку, що сприяє постановці правильного діагнозу за сукупності використання декількох радіологічних методів.

Відновлення функції суглобів при больових контрактурах у хворих з руховими церебральними дефектами

Розуменко В.Д., Хорошун А.П.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова
АМН України
Київ
Україна
тел./факс (044) 483-92-19
rozumenko.neuro@gmail.com

Мета. Визначити ефективність застосування лазерної терапії (ЛТ) в лікуванні рухових порушень ускладнених больовими контрактурами суглобів у ранньому післяопераційному періоді хворих нейроонкологічного профілю.

Матеріали і методи. Під спостереженням знаходилося 11 хворих із внутрішньомозковими пухлинами півкуль великого мозку, які у післяопераційному періоді мали рухові розлади з проявами больових контрактур суглобів. У клінічній картині основними проявами були: рухові порушення різного ступеня виразності, больовий синдром, зменшення об'єму рухів у суглобах. Лікування призначалось індивідуально з урахуванням ступеня злоякісності пухлини та клінічних проявів захворювання. ЛТ проводилась як складова курсу комплексного лікування. Застосовували лазерне випромінювання з довжиною хвилі 870 нм в імпульсному режимі (80 Гц) та потужністю 3 — 4 Вт/імп. Використовували методику опромінення суглобів. Курс включав 7 — 12 сеансів по 6 — 8 хвилин. Лікування проводилось один раз на день. Курс лікування проводили на фоні масажу та лікувальної фізкультури. Причому масаж проводили через 30 хвилин після сеансу ЛТ, а лікувальну фізкультуру через 1 — 1,5 години після масажу (Патент України №36036, 2008 р.).

Результати і їх обговорення. Проведений курс лікування сприяв зменшенню больового синдрому, збільшенню об'єму рухів у суглобах, розширенню рухового режиму, покращенню загального стану хворого та стану емоційно-вольової сфери. Заходи теплотікування (парафіно- або озокеритотерапія), що традиційно застосовуються в курсі лікування хворих з контрактурами суглобів, мають головний недолік за його відношенням до канцерогенезу, що можна вважати реальним протипоказанням до використання стимулюючої дії теплових процедур у нейроонкології. Задачею було створення способу лікування, що сприяє зменшенню больового синдрому, відновленню рухів у суглобах хворого без ознак стимулювання росту пухлин мозку у ранньому післяопераційному періоді після хірургічного видалення пухлини. Така задача вирішується тим, що у даному способі відновлення рухів у суглобах хворих з руховими церебральними дефектами, що мають больові контрактури суглобів, підібрані оптимальні параметри лазерного випромінювання із відповідною довжиною хвилі, а по закінченні ЛТ організовується захисний лікувально-реабілітаційний режим у відповідності із методиками протинабрякової та медикаментозної відновлюваної терапії.

Висновки. Методика комплексного використання ЛТ, лікувальної фізкультури та масажу є ефективною за своєю дією у клінічній практиці, бо сприяє зменшенню больового синдрому, відновленню рухів та підвищенню якості життя хворих нейроонкологічного профілю.