

## Офтальмоневрологические симптомы в оценке результатов эндоваскулярного лечения каротидно-кавернозных соустьев

Рахматуллаева Д.С., Ахмедиев М.М.

Республиканский Научный Центр Нейрохирургии  
Ташкент  
Узбекистан  
+998712649617  
kariev@bcc.com.uz

Каротидно-кавернозные соустья (ККС) – тяжелая патология сосудов головного мозга, связанная с образованием фистулы внутренней сонной артерии (ВСА) в пещеристом синусе и сбросом артериальной крови в него. Радикально выключить ККС и в большинстве случаев сохранить проходимость ВСА позволяет лишь предложенный Ф.А. Сербиненко эндоваскулярный метод с помощью баллон-катетера.

**Цель исследования:** Изучить клиническую картину заболевания после вмешательства, оценить эффективность проведенного лечения, выделить факторы, определяющие динамику офтальмоневрологических симптомов.

**Материалы и методы:** Клиническая картина до и после эндоваскулярного выключения соустья была изучена у 50 больных с ККС.

**Результаты:** У 80 % больных были выявлены глазодвигательные нарушения. У 52% больных было отмечено повышение внутриглазного давления (ВГД) до 32 мм рт. ст. и выше. Нарастание признаков затруднения венозного оттока из глаза и глазницы помимо ангиопатии сетчатки сопровождалось развитием отека зрительного нерва, появлением кровоизлияний в сетчатку, острым нарушением кровообращения в сосудах зрительного нерва и сетчатки по типу тромбоза центральной вены сетчатки. Понижение зрения у 29 больных, 3 из них были слепы на один глаз. Через сутки после полного закрытия фистулы на 40% уменьшался экзофтальм. Исчезновение хемоза от 1-2 суток до 1 месяца. Восстановление движений глазного яблока происходило параллельно регрессу застойных явлений в глазнице. ВГД нормализовалось к концу первой недели после операции у большинства больных. При полном выключении ККС динамика офтальмоскопических изменений зависела от тяжести их до лечения и длительности заболевания. У больных с ангиопатией сетчатки в 19% наблюдений глазное дно стало нормальным в течение первой недели после операции. Отек диска зрительного нерва регрессировал в 3% наблюдений к концу первой недели после выключения соустья, у остальных – в течение месяца. Грубая патология глазного дна полностью регрессировала через 3-6 месяцев у больных с невретинопатией после закрытия фистулы в ранние сроки заболевания. У больных с острым нарушением кровообращения в сосудах зрительного нерва и сетчатки через 3-4 месяца после выключения соустья определялось развитие атрофии диска зрительного нерва.

**Выводы:** клиническая картина ККС после полного выключения соустья эндоваскулярным методом свидетельствует о высокой эффективности метода. Выключение соустья в ранние сроки заболевания позволяет сохранить и повысить зрение у больных с ККС.

## Применение нейронавигации при опухолях функционально важных двигательных зон полушарий большого мозга

Розуменко В.Д., Розуменко А.В.

ГУ «Институт нейрохирургии  
им. акад А.П. Ромоданова НАМН Украины»  
Киев  
Украина  
+380674426688  
rozumenko.neuro@gmail.com

**Цель.** Повышение эффективности хирургического лечения больных с внутримозговыми опухолями функционально важных зон полушарий большого мозга.

**Материалы и методы.** В клиническое исследование включено 60 пациентов с внутримозговыми опухолями, распространяющимися в двигательные области полушарий большого мозга. Среди пациентов было 32 мужчины и 28 женщин, средний возраст которых составлял 43 (17-66) года. Хирургические доступы и тактика удаления опухоли определялись данными МРТ, фМРТ, МР-АГ, АКТ и ОФЕКТ исследований. Планирование нейрохирургического вмешательства и интраоперационная ориентация осуществлялась с помощью нейронавигационной станции StealthStation Treon Plus (Medtronic, США) совмещенной с системой телемониторинга. В 11 случаях хирургическая резекция опухоли дополнялась лазерной термодеструкцией с использованием полупроводникового лазерного аппарата «Лица-хирург» (808 нм, 18Вт).

**Результаты и обсуждение.** Локализация опухолей: в проекции первичной двигательной зоны (заднелобно-прецентральная область) – 13 (21.7%), вторичной двигательной (среднелобная область) – 24 (40.0%), распространение в первичную и вторичную двигательную зону у 16 (26.7%), первичную двигательную и чувствительную зону (лобно-теменная область) 7 (11.6%) наблюдений. «Тотальное» удаление опухоли было проведено 36 (60.0%) больным, субтотальное – 24 (40.0%). Высоко-дифференцированные глиомы выявлены у 10 (16,7%) пациентов, анапластические глиомы – у 26 (43.3%) пациентов, глиобластомы – у 14 (23.3%) пациентов. В 10 (16,7%) наблюдениях были метастатические опухоли. Удаление опухолей функционально важных зон головного мозга связано с высоким риском возникновения неврологического дефицита. Выбор тактики проведения хирургического вмешательства и объема резекции, определяется взаимоотношением опухоли с прилежащими функционально важными зонами мозга и магистральными сосудами. Комбинированные данные предоперационного обследования позволяют получить реальную картину вовлечения в опухолевый процесс смежных анатомических образований и провести адекватное планирование хирургического доступа и объема хирургического вмешательства. Применение нейронавигации обеспечивает непрерывный контроль хирургических манипуляций в процессе удаления опухоли.

**Выводы:** Применение прогрессивных микрохирургических, лазерных и нейронавигационных технологий обеспечивает радикальность резекции опухоли, снижение травматичности и высокое качество жизни при опухолях функционально важных зон полушарий большого мозга.