

## ВИКОРИСТАННЯ WAKE-UP АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ІНФІЛЬТРАТИВНИХ ГЛІОМ

Гук А. П., Паламар О. І., Тесленко Д. С., Оконський Д. І., Усатов О. С., Давиденко Б. О., Пилипенко М. М. м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Основний етап лікування інфільтративних гліом головного мозку полягає у якомога радикальнішій їх резекції. При розташуванні пухлин у функціональних ділянках головного мозку їх радикальне видалення часто пов'язане з можливим ушкодженням і, як наслідок, підвищеним ризиком післяопераційного неврологічного дефіциту та інвалідизації пацієнтів. Можливість оборотного мовного контакту з пацієнтом, виконання ним інструкцій під час етапу видалення пухлин при використанні wake-up анестезії дозволяють хірургу локалізувати тканини, які можуть бути видалені з мінімальним ризиком розвитку неврологічних ускладнень в післяопераційному періоді.

**Мета:** поліпшити результати хірургічного лікування хворих з інфільтративними гліомами функціональних ділянок головного мозку шляхом запобігання розвитку неврологічного дефіциту за допомогою використання wake-up анестезії.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 10 хворих з гліомами лобно-скроневої локалізації у домінантній гемісфері (лівої у всіх випадках) – проекційно у зонах Брока та Верніке. Доопераційний стан: за шкалою Карновського у всіх пацієнтів (п.)  $\geq 60$ б. Об'єктивізація афатичних розладів у пацієнтів проводилася за допомогою MAST (Mississippi Aphasia Screening Test). Доопераційний неврологічний дефіцит: моторна афазія (60–80/100 б.) – 6 п., сенсорна афазія (70–75/100 б.) – 2 п., сенсо-амнестична афазія (70/100 б.) – 1 п., елементи сенсо-моторної афазії (60/100 б.) – 1 п., центральний правобічний геміпарез, м'язова сила до 3–4/5 б – 3 п. Всім пацієнтам було проведено мікрохірургічне видалення пухлин з використанням wake-up анестезії. Загальна анестезія забезпечувалася препаратами фентанілу, пропофолу та дексметамедину, регіонарна – комбінацією бупівокаїну з лідокаїном та додаванням адреналіну. Проводився моніторинг глибини анестезії за допомогою апарату BIS (Bispectral index)-моніторингу. Хворим встановлювалася ларингеальна маска, що видалялася після пробудження, та назофарингеальний повітровід. Інтраопераційно під час основного етапу (етапу видалення пухлини) здійснювався постійний мовний контакт з хворими, хворі виконували інструкції (потискання руки, рахунок від 1 до 10 і т. д.).

**Результати.** Радикальність видалення: тотальне видалення пухлини (в межах здорових тканин) – 4 п. (40 %); субтотальне (до 80–90 %) – 5 п. (50 %); часткове – 1 п. (10 %). Післяопераційний стан: за шкалою Карновського у всіх п.  $\geq 80$ –70 б. У 9 п. (90 %) наростання негативної неврологічної симптоматики не було, у 1 п. (10 %) – транзиторне наростання афатичної симптоматики – регрес протягом 3 тижнів після операції. Динаміка неврологічної симптоматики: повний регрес афатичної симптоматики протягом 2 тижнів після операції (95–100 б. за MAST) – 3 п. (30 %), частковий регрес афатичної симптоматики протягом 2 тижнів після операції (< 90 б. за MAST) – 6 п. (60 %), неврологічний дефіцит на доопераційному рівні – 1 п. (10 %), регрес геміпарезу та наростання м'язової сили до 4–5/5 б. протягом 2 тижнів після операції – 3 п.

**Висновки.** Використання wake-up анестезії при видаленні інфільтративних гліом функціональних ділянок головного мозку дозволяє поліпшити результати хірургічного лікування шляхом досягнення максимально можливого об'єму резекції при мінімальному ушкодженні функціональних зон.

## КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ АРТЕРІОВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ 4–5 СТУПЕНЯ ЗА SPETZLER-MARTIN. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Нетлюх А. М., Цицик Г. Я., Сало В. М., Прокопенко Н. А., Суханов А. А.

м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство «1 територіальне медичне об'єднання м. Львова», Відокремлений підрозділ «Лікарня Святого Пантелеймона»

Артеріовенозна мальформація (АВМ) головного мозку – це складне вроджене судинне захворювання з приблизною щорічною частотою крововиливів 1–4 %, але, залежно від клінічних та анатомічних особливостей мальформації, таких як попередні епізоди кровотечі, глибоке розташування в мозку або стовбурі мозку, наявність виключно глибокого венозного дренажу, наявність аневризми (~7 % АВМ), ризик може бути від 1 % до 33 %. Мікрохірургія, як важливий