

Результаты и их обсуждение. Под сонографическим контролем у 8-ми больных произведена пункция и аспирация глубоких абсцессов головного мозга. У 1-го больного с супраселлярной арахноидальной кистой выполнена кистовентрикулперитонеостомия. В этих случаях ультразвуковое сканирование было применено с целью обеспечения максимальной малоинвазивности хирургических манипуляций. Так, трое из оперированных больных были новорожденными, а у 2-х других был высокий анестезиологический риск, обусловленный сложным врожденным пороком сердца.

Во время операции плоскость сканирования совмещалась с плоскостью движения пункционной иглы или катетера. Пункция абсцессов и кисты проводилась под постоянным визуальным НСГ контролем, что давало возможность с высокой точностью контролировать положение и движение инструментов, предотвратив при этом повреждение близлежащих мозговых структур. Выбранная нами тактика позволила избежать осложнений, связанных с открытым оперативным вмешательством. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений, рецидивов заболевания отмечено не было.

У 6 детей с небольшими (до 2–3см) супратенториальными внутримозговыми опухолями, располагающимися в функционально значимых зонах коры, интраоперационная НСГ выполнялась с целью определения адекватного хирургического доступа. Для определения локализации опухоли и ее соотношения с окружающими мозговыми структурами ориентирами служили хорошо различимые при сонографии серповидный отросток, намет мозжечка, желудочки мозга. Трансдуральная НСГ помогала определять место рассечения твердой мозговой оболочки, а транскортикальная НСГ место рассечения коры. Ультразвуковое сканирование во время операции обеспечивало точную пространственную ориентировку, что является необходимым условием любого миниинвазивного вмешательства. НСГ мониторинг помогал уточнить локализацию патологического очага, соотносить его расположение с желудочковой системой мозга и магистральными сосудами, выбрать оптимальную зону хирургического доступа, контролировать радикальность манипуляций, диагностировать возможные интраоперационные осложнения.

Таким образом, применение интраоперационной НСГ в детской нейрохирургической клинике является высокоинформативной методикой, позволяющей уменьшить травматичность хирургических манипуляций и операций, сократить время оперативного вмешательства.

Новые технологии в хирургическом лечении гидроцефалии, обусловленной множественными ликворосодержащими объёмными образованиями.

Орлов Ю.А. Михалюк В.С.

*Институт нейрохирургии
им. акад. А.П.Ромоданова АМН Украины,
г.Киев, 04050, ул. Мануильского, 32
тел. +380 44 4839614,
e-mail: child@neuro.kiev.ua*

До настоящего времени вызывают значительные затруднения случаи лечения прогрессирующей гидроцефалии, сопровождающиеся наличием интракраниальных ликворосодержащих объёмных

образований, не имеющих сообщения с нормальными ликворными пространствами. Попытки раздельного дренирования таких полостей сопровождаются имплантацией двух и более ЛПДС, что увеличивает риск дисфункции последних, а также риск развития таких грозных осложнений, как латеральное смещение вследствие разницы градиентов давления поддерживаемых клапанами двух независимых ЛПДС. Попытки же объединения всех ликворосодержащих полостей в ходе традиционных оперативных вмешательств сопровождаются неоправданно широкой кранио — и кортикотомией, значительной тракцией мозгового вещества.

Разумной альтернативой, описанным методам, на сегодняшний день, является применение операционных нейроэндоскопов.

Целью нашей работы было улучшение результатов хирургического лечения детей с прогрессирующей гидроцефалией, обусловленной множественными ликворосодержащими объёмными образованиями.

Материалы и методы. В клинике плановой детской нейрохирургии ИНХ им. акад. А.П.Ромоданова АМН Украины с применением нейроэндоскопов проведено 21 операция по поводу интракраниальных ликворосодержащих кистозных образований. В 11-и случаях имело место септирование желудочковой системы вследствие перенесенного ВЖК и вентрикулита (с образованием двух и более изолированных полостей), в 10-и случаях имели место ликворосодержащие кисты дизонтогенетического происхождения (в семи случаях — одиночные арахноидальные кисты, в трех множественные). У 4-х больных выполнены традиционные вмешательства костно-пластическая трепанация и кортикотомия с ассистирующей эндоскопией, у 15-ти больных — эндоскопические вмешательства из унипортального доступа, у 2-х больных из бипортального.

Результаты. Во всех случаях цель операции достигнута — ликворосодержащие полости объединены и дренированы. В 14-ти случаях операция закончена кисто-вентрикулперитонеостомией, в 4-х случаях кистостерно — и кистовентрикулостомией. Регресс гидроцефального синдрома, во всех случаях, отмечен в раннем послеоперационном периоде. Катамнез составил от пяти месяцев до шести лет. Регресс неврологического дефицита в различные сроки в послеоперационном периоде отмечен у 18-и пациентов, в 3-х случаях добиться регресса не удалось ввиду критической атрофии мозгового вещества к моменту операции.

Рецидивов гипертензионно-гидроцефального синдрома не отмечено, при этом следует отметить, что в 14-и из описанных случаев до эндоскопической операции имели место многократные ревизии ЛПДС по поводу дисфункции вентрикулярного катетера.

Таким образом, эндоскопические вмешательства являются операцией выбора для пациентов, страдающих гидроцефалией, которая сопровождается наличием множественных ликворосодержащих кистозных образований, позволяющей добиться удовлетворительных результатов лечения, при минимальном количестве рецидивов заболевания.