

## Рациональная тактика хирургического удаления опухолей дна III желудочка у детей

Берснев В.П., Хачатрян В.А., Маматханов М.Р.

РНХИ им. проф. А.Л. Поленова,  
Россия, г. Санкт-Петербург, 192104,  
ул. Маяковского, 12  
e-mail: kitoza@mail.ru

**Материалы и методы:** Проведен анализ хирургического лечения 97 пациентов детского возраста с данной патологией за период с 1980 по 2005 год. Методы обследования включали результаты комплексного исследования (неврологическое, нейроофтальмологическое, отоневрологическое, КТ, МРТ, МРТ-АГ, ПЭТ).

**Результаты:** Особенности распространения опухолей дна III желудочка (антеселлярный, внутрижелудочковый, параселлярный, ретроселлярный), характер роста опухоли, наличие блокады ликворопроводящих путей определяли выбор хирургического доступа, от которого зависела степень удаления опухоли. Основным видом подхода являлся субфронтальный, реализованный у 69,5% оперированных. Другие базальные доступы (трансфеноидальный, субфронтальный, фронтотемпоральный, птериональный, субтемпоральный) применены у 30,5%. Транскаллезный доступ являлся основным при верхнем подходе и применялся у 23%. Трансфронтальный через передний рог правого бокового желудочка у 4,5%, субтемпоральный — 2,2%, субтемпорально-субокципитальный — 2,2%. Комбинированные конвекситально-базальные подходы нами применялись в 2 этапа в сроки от 3 до 9 месяцев у больных с опухолями дна III желудочка с экстра-интравентрикулярным ростом, когда не представлялась возможность тотальной резекции из одного подхода. Такой доступ эффективен при опухолях экстра-интравентрикулярной локализации больших размеров или латерализованных новообразованиях.

**Заключение:** применение комбинированных хирургических доступов позволило добиться снижения послеоперационной смертности, улучшения радикальности операций. На ближайший результат лечения оказывали влияние состояние больного при поступлении в клинику, гистоструктура и локализация опухоли, направление роста, объем удаленной опухоли, течение раннего послеоперационного периода и развитие осложнений.

### К проблеме о показаниях к краниофациальной реконструкции

\*Самочерных К.А., \*Хачатрян В.А.,  
\*\*Хацкевич Г.А.

\*ГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова,  
Россия, г. Санкт-Петербург, 192104, ул.  
Маяковского, 12  
e-mail: kitoza@mail.ru

\*\* СПбГМУ им. И.П. Павлова,  
Россия, г. Санкт-Петербург

Диагностика и лечение больных с краниальной деформацией является одной из актуальных проблем в детской неврологии и нейрохирургии.

Наш материал основывается на результатах исследования 117 больных в возрасте от 1 года до 22

лет. Речь шла о коррекции краниостеноза, макрокрании и микрокрании, устранении локальной деформации черепа. Стабилизация состояния достигнута у 109 пациентов.

В результате изучения краниоцеребрального состояния и сосудистого сопряжения у больных с микроцефалией было установлено, что у 1/3 инфузионный тест выявляет снижение резервной ёмкости краниоспинальной системы, ПЭТ выявляет снижение перфузии мозга. Следовательно, при микрокрании снижается потенциальная возможность краниоспинальной системы компенсировать увеличение интракраниального объёма.

При микрокрании существует механизм, обуславливающий как ишемию мозга, так и избыточное скопление СМЖ, следовательно присутствует механизм скрытой компрессии, что делает обоснованным проведение декомпрессивных реконструктивных операций.

На нашем материале, причиной краниомегалии являлась гидроцефалия. ПЭТ выявляет у этих больных снижение перфузии мозга в зонах смешанного кровоснабжения.

Исследование объём-давление соотношения краниоспинальной системы при помощи парциального выведения спинномозговой жидкости у больных с краниомегалией выявляет её "S" образное соотношение, при котором выведение существенного объёма СМЖ приводит к резкому падению внутричерепного давления и деформации мозга, что говорит о снижении эластичности краниоспинальной системы.

Устранение вентрикуломегалии у больных с краниомегалией на ранних сроках в ряде случаев подразумевает устранение макрокрании.

После краниомегаллокоррекции отмечается улучшение кровоснабжения мозга, регресс эмоционально-интеллектуального и неврологического дефицита.

По нашим данным оптимальным является изменение не более 20% объёма черепа.

Таким образом, наличие "скрытой" или явной краниоцеребральной диспропорции делают целесообразным применение краниофациальных вмешательств.

### Спиральная компьютерно-томографическая ангиография: возможности в предоперационной диагностике опухолей головного мозга

Сирко А.Г., Симонова Е.В., Кирпа И.Ю.,  
Марченко М.В.

Государственная медицинская академия,  
Областная клиническая больница  
им. И.И. Мечникова,  
г. Днепропетровск, 49044, пл. Октябрьская 14,  
тел. +380 56 7135113,  
e-mail: neurosirko@ua.fm

Появление нового метода диагностики — спиральной компьютерно-томографической ангиографии (СКТА) — требует изучения его возможностей в диагностике опухолей головного мозга, определения места среди других методов диагностики и внедрения в клиническую практику.

**Материал и методы исследования.** Выполнено комплексное клиническое и лучевое обследование 10 пациентов. Глиомы лобно-височной локализации