

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

виявлені у 3-х больних, менингиоми крыльев клиновидной кости — у 3-х больних, менингиоми ольфакторной ямки — у 2-х больних, опухолі селлярной локалізації — у 2-х больних. Комплексне обстеження пацієнтів включало КТ, МРТ, СКТА. МРТ — на МР-томографі Magnetom P8 (Siemens) с напруженностью магнитного поля 0,2 Тл. СКТА проводили на аппарате CT/e Dual (General Electric).

Спиральное сканирование выполняли с толщиной среза 2 мм, шагом стола 3 мм, толщиной среза реконструкции 1,5 мм. Контрастное вещество (ультравист-370) в объеме 100 мл при помощи автоматического инъектора вводили болюсно в одну из передних кубитальных вен со скоростью 3–4,5 мл/сек.

Результаты и их обсуждение. Особенностью СКТА является возможность одновременно визуализировать опухоль головного мозга, сосудистые структуры, что позволяет за время одного исследования обнаружить не только источники кровоснабжения, но и выявить топографо-анатомические взаимоотношения между сосудами и опухолью.

Проведение СКТА у больних с менингиомами бугорка турецкого седла позволило установить степень вовлечения в опухоль А1 сегмента ПМА. При менингиомах медиальных отделов малого крыла клиновидной кости четко определялась степень вовлечения в патологический процесс ВСА и степень инвазии кавернозного синуса опухолью. При менингиомах средних и наружных отделов крыльев клиновидной кости на КТ-ангиограммах четко определялся матрикс опухоли, источники кровоснабжения, степень вовлечения в патологический процесс ветвей СМА, наличие разрушения костных структур. При глиомах лобно-височной локалізації проведение СКТА позволило выявить взаимоотношения СМА и опухоли, наличие новообразованных сосудов.

Высокая диагностическая эффективность применения СКТА в распознавании источников кровоснабжения опухоли, взаимоотношения опухоли с церебральными сосудами, при одновременной оценке самой опухоли в сочетании с низким риском возникновения осложнений позволяет считать ее альтернативой инвазивному ангиографическому исследованию.

Выводы. СКТА — высокоинформативный, малоинвазивный и безопасный метод предоперационной диагностики опухолей головного мозга.

Применение СКТА позволяет повысить наглядность исследования и детально проанализировать его результаты, выполнить планирование оперативного вмешательства и виртуальное моделирование всех этапов операции.

Локальна хіміотерапія в комбінованому лікуванні хворих з гліомами лобово-кальозної локалізації

Главацький О., Хмельницький Г., Лисенко С., Кулик О., Данчук С.

*Інститут нейрохірургії
ім. А.П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануйльського, 32
тел. +380 44 4839219,
e-mail: nesegal@neuro.kiev.ua*

Вступ. Радикальність хірургічного втручання при видаленні злоякісних гліом лобово-кальозної локалізації в більшості випадків обмежена.

Використання інтерстиціальної хіміотерапії (ІХТ) поряд з променевою терапією є чи не єдиним методом терапевтичного впливу на резидуальні ділянки пухлини у післяопераційному періоді. За нашими даними найбільш ефективним способом локальної доставки хіміопрепарату (ХП) до резидуальних ділянок пухлини є методика з використанням резервуару Оммауа (РО).

Мета роботи. Покращення ефективності комбінованого лікування хворих з гліомами лобово-кальозної локалізації.

Матеріали та методи. ІХТ з використанням РО проведена у післяопераційному періоді в 22 хворих з гліомами III–IV ступеня анаплазії лобово-кальозної локалізації, з них — 11 чоловіків, 11 — жінок. Середній вік хворих склав 43,6±2,3 роки. 8 пацієнтів з гліомами III ст. ан., 14 — IV ст. ан. ХП вводились у режимах як моно- так і поліхіміотерапії. Використовувались: цисплатин, метотрексат, нуклеоплат, блеомицин, мітоксантрон. Курсові дози ХП: цис-платин, нуклеоплат — 10–30 мг; метотрексат — 60–120 мг; блеомицин — 30–45 мг; мітоксантрон — 4,0 мг.

Результати. Проведення ІХТ суттєво не впливало на якість життя пацієнтів за винятком тих спостережень, при яких використовувались цисплатин та карбоплатин. У цьому разі в 39–40% хворих відмічались помірні прояви нейроінтоксикації із зниженням якості життя на 5–10 балів за шкалою Карновського. Середня ремісія захворювання склала — 19,4±2,6 міс.; при гліомах III ст. ан. — 31,25±4,9 міс., при гліомах IV ст. ан. — 12,6±0,4 міс.

Висновки. Застосування даної методики забезпечує:

- безпосередню доставку ХП до резидуальних ділянок пухлини, оминаючи ГЕБ;
- контрольовану місцеву терапевтичну концентрацію ХП;
- здійснювати динамічний контроль лікування та його корекцію у випадку встановлення хіміорезистентності до певного препарату;
- підвищення ефективності комбінованого лікування хворих при збереженні високої якості життя.

Інтраопераційна ультрасонографія

Григорьев Е.А., Горещак С.П., Ющак И.А., Табинский А.С.

*Областная детская клиническая больница,
г. Одесса, 65031, ул. акад. Воробьева, 3
e-mail: Grigoryevns59@mail.ru*

По данным ряда авторов (А.С. Иова, Ю.А. Гармашев, Санкт-Петербургская академия постдипломного образования, кафедра детской неврологии и нейрохирургии, 1997 г.) применение ультрасонографии во время операции помогает решить проблему визуального мониторинга структур мозга без применения сложных и дорогостоящих стереотаксических КТ, МРТ систем.

Ультрасонография позволяет решать важные задачи:

1. Уточнение особенностей хирургической стереотопографии (глубину залегания патологического объекта, его пространственное взаимоотношение с желудочковой системой и т.д.)
2. Выбор оптимальной зоны рассечения коры мозга и направление хирургического доступа.