

и/или химиотерапия. Послеоперационная смертность составила 8,6% (последние 5 лет — 2,2%). Стойкий неврологический дефицит отмечен у 23,6% больных (последние 5 лет — 8,2%). Эффективность лечения зависела от степени удаления опухоли и адекватности проведения бластостатической терапии ($p < 0,05$). Полнота удаления новообразования зависит от степени вовлечения ствола мозга в зону бластоматозного роста, что делает актуальным прогнозирование манипуляций на стволовых структурах. Сопоставление интроскопических данных, морфометрии, электрофизиологических показателей во время резекции опухоли со структурой и течением послеоперационных выпадений позволило выделить витально-значимые зоны ствола (треугольники блуждающего и подъязычного нервов, обекс, параакведуктальное серое вещество и голубое пятно), функционально-малозначимые зоны (область *Carpe* и межколликкулярное пространство (шириной до 4 мм.), инфраколликкулярный и супраколликкулярный треугольники и зону перехода средней ножки мозжечка в ствол мозга). Остальные участки должны быть отнесены функционально-значимым зонам, где манипуляции допустимы при наличии дополнительных показаний. Манипуляции в витально-значимых зонах — нецелесообразны, а в функционально-малозначимых зонах ствола, направленные на удаление опухоли, допустимы. Обсуждаются вопросы выбора тактики хирургического лечения внутривентрикулярных и паравентрикулярных новообразований.

Хирургическое лечение гидроцефалии (новые аспекты классификации)

Хачатрян В.А.

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

Цель. Изучить особенности патогенеза, течения гидроцефалии на этапах её хирургической коррекции с целью усовершенствования классификации и улучшения эффективности лечения водянки мозга.

Материал и методы. Выводы данной работы основаны на результатах комплексного динамического обследования и хирургического лечения 1660 больных гидроцефалией различной этиологии, которым проведено 2160 ликворшунтирующих операций (ЛШО) с катамнезом до 25 лет.

Результаты и их обсуждение. Методы лечения гидроцефалии делят на этиотропные, патогенетические и симптоматические. В 85–95% случаев в послеоперационном периоде развивается стойкое дренажезависимое состояние больных. Выявлено, что патогенез, течение и исход гидроцефалии на этапах развития заболевания и после коррекции водянки различны. В патогенезе начальной стадии гидроцефалии ведущую роль играет этиологический фактор. На поздних этапах в силу вступает патологическая система, включающая транзиторную окклюзию ликворных путей и венозных синусов, снижение перфузионного давления мозга, которые наряду с этиологическим фактором или помимо него определяют дальнейшее течение заболевания. На раннем этапе развития гидроцефалии предпочтение отдается этиотропным способам, а при их неэффективности — патогенетическим. На поздних стадиях в лечение включают ЛШО.

Таим образом, на ранних этапах развития заболевания речь идет о гидроцефальном синдроме; на поздних этапах эволюции гидроцефалия приобретает характерные свойства заболевания. В классификации целесообразно выделение гидроцефалии после ЛШО или дренажезависимой гидроцефалии. Повышение эффективности лечения больных гидроцефалией сводится к достижению адекватной коррекции водянки, раннем выявлении послеоперационных осложнений, в том числе дренажезависимости, и их коррекции. Обсуждаются вопросы патогенеза, классификации и рациональной тактики лечения водянки.

Хирургическое лечение пациентов детского возраста с повторным ростом опухолей головного мозга супратенториальной локализации

Ким А.В., Хачатрян В.А.

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

Цель. Изучить особенности повторного роста новообразований супратенториальной локализации у больных детского возраста с целью усовершенствования их хирургического лечения.

Материал и методы. Работа основана на результатах обследования и лечения 53 детей от 2 до 18 лет на базе РНХИ им. проф. А.Л. Поленова с 1995 по 2005 гг. Все больные подвергались стандартному клинико-интроскопическому обследованию, последние 5 лет — ПЭТ.

Результаты и их обсуждение. По гистоструктуре все пациенты распределились так: астроцитомы I–II станаплазии — 15 (28,3%), астроцитомы III–IV станаплазии — 10 (18,8%), олигодендроглиомы — 2 (3,8%), эпендимомы — 3 (5,7%), смешанные глиальные опухоли — 3 (5,7%), краниофарингиомы — 11 (20,4%), тератомы — 2 (3,8%), ганглиоглиомы — 3 (5,7%), в 1 (1,9%) случае менингиома, примитивная нейроэктодермальная опухоль, параганглиома височной доли, аденома гипофиза. Внутримозговые опухоли срединной локализации — 22 (41,5%); полушарные новообразования — 25 (47,1%) (височная доля — 7, лобная доля — 4, теменная доля — 3, более 1 доли — 11); подкорковые узлы и боковые желудочки — 4 (7,5%). 5 пациентов оперированы более 2 раз. Безрецидивный период составлял от 6 месяцев до 9 лет. Больные с опухолями II–IV станаплазии получали также лучевую и/или химиотерапию. При первичной операции тотальное или субтотальное удаление было достигнуто в 85% случаев, при этом в последние годы этот показатель на порядок выше. При повторных вмешательствах полная резекция новообразования оказалась возможной лишь в 65% наблюдений.

Заключение. Частота тотальных удалений рецидива/процедива супратенториальной опухоли ниже, чем при первичных операциях. Выявлена тенденция к увеличению интервала между повторными операциями с ростом их кратности. Обсуждаются также вопросы диагностики и тактики хирургического лечения рецидивов/процедивов новообразований супратенториальной локализации, изучаются факторы, влияющие на развитие повторного роста опухоли, а также на эффективность комплексного лечения.