

Нова методика виконання перфорації дна III шлуночка у пацієнтів з пухлинами задньої черепної ямки (ЗЧЯ), вторинною оклюзійною гідроцефалією

Палінська В.І., Данчин А.О.

Головний військовий клінічний госпіталь МО України
Київ
Україна
044-521-82-22
ViktorikaP@gmail.com

Вступ: Пухлини ЗЧЯ являються однією з причин виникнення вторинної оклюзійної гідроцефалії. Провідним методом оперативного лікування гіпертензивно-гідроцефального синдрому (ГГС), зумовленого оклюзією лікворних шляхів нижче рівня Сільвієвого водопроводу є ендоскопічна перфорація дна III шлуночка (ЕПДТШ).

Мета дослідження: впровадження нової методики проведення ЕПДТШ технічно більш правильної для виконання та мінімізація імовірної травматизації навколишніх анатомічних структур головного мозку.

Матеріали та методи: Протягом 2009р. в клініці нейрохірургії та неврології ГВКГ МОУ перебувало 14 пацієнтів віком від 25 до 60 років з діагнозом: пухлина ЗЧЯ, вторинна оклюзійна гідроцефалія, що було підтверджено клінічно під час неврологічного огляду та даними МРТ. З них 5 чоловіків (35%) та 9 жінок (65%). Усі хворі поступили в тяжкому стані, зумовленому вираженим ГГС та потребували невідкладного оперативного втручання, яке виконувалося в два етапи. Перший етап-ЕПДТШ, що виконувалась за допомогою ендоскопічного обладнання з набором мікроінструментів. Другий етап-видалення пухлини ЗЧЯ. Типову ЕПДТШ виконано 4 (28,5%) хворим, а нову тракційно-компресійну ЕПДТШ-10 (71,5%) хворим. Методика виконання ТК ЕПДТШ: після проведення типового коронарного доступу в правій півкулі головного мозку, ендоскоп вводиться в правий боковий шлуночок, через правий отвір Монро в порожнину III шлуночка. Після візуалізації та оцінки стану анатомічних структур дна III шлуночка, за допомогою електроду, тупим шляхом виконується тракція та фіксація мембрани Лілеквіста до спинки турецького сідла з подальшою компресією мембрани до моменту утворення стоми. За допомогою дисектора, виконується розширення сформованої стоми до потрібних хірургу розмірів. Оперативне втручання завершувалося ревізією над- та субмембранних структур.

Результати: В післяопераційному періоді у всіх пацієнтів досягнуто абсолютний регрес ГГС. Однак, при візуалізації дна III шлуночка, внаслідок пухлини ЗЧЯ мало місце зміщення мамілярних тіл в сторону воронки гіпофіза, що викликало труднощі при виконанні типової ЕПДТШ, оскільки для безпечного виконання даного втручання діаметр даного простору повинен сягати 3 мм. Методика ТК ЕПДТШ забезпечує ефективне формування стоми, фактично виключає імовірну травматизацію над- та субмембранних анатомічних структур, особливо, якщо інфундібуло-мамілярний простір сягає менше 3 мм.

Висновок: ЕПДТШ беззаперечно являється методом вибору оперативного лікування вторинної оклюзійної гідроцефалії, зумовленої пухлинами ЗЧЯ. ТК ЕПДТШ є безумовно технічно більш правильною для виконання, оскільки зводить до мінімуму імовірність травматизації над- та субмембранних анатомічних структур.

Декомпресивна краніектомія в лікуванні тяжкої черепно-мозкової травми: аналіз чотирьохрічного досвіду

Педаченко Є.Г.¹, Дзяк Л.А.², Сірко А.Г.²

¹ДУ «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»
Київ, Україна

²Дніпропетровська державна медична академія,
Дніпропетровськ, Україна
(056) 7135113
neurosirko@mail.ru

Вступ. Головною проблемою в лікуванні пацієнтів з тяжкою черепно-мозковою травмою (ТЧМТ) є розвиток внутрішньочерепної гіпертензії (ВЧГ) внаслідок набряку головного мозку. Корисний вплив декомпресивної краніектомії (ДК) на стан пацієнтів продовжує залишатись предметом дискусій.

Мета. Провести аналіз застосування ДК у хворих з тяжкою ЧМТ. Виділити підгрупи хворих, які матимуть максимальний позитивний ефект від ДК.

Матеріали і методи. В клініці нейрохірургії ДК впроваджена на початку 2006 року після аналізу результатів лікування хворих в 2000 – 2005 роках, та виділення прогностично несприятливих ознак розвитку набряку мозку та дислокаційного синдрому в післяопераційному періоді. Встановлено, що групу ризику становлять хворі з гострими субдуральними гематомами (ГСДГ) та/чи численними геморагічними вогнищами забою головного мозку (ЗГМ), які перебувають у коматозному стані.

Проведено проспективне дослідження 220 хворих з ТЧМТ (3-8 балів за шкалою ком Глазго), яким в гострому періоді ЧМТ виконано ДК. Період дослідження 2006 – 2009 рік включно.

Показаннями до виконання ДК при ГСДГ за даними компютерної томографії (КТ) є: зміщення серединних структур понад 10 мм, ознаки аксіальної дислокації, наявність численних суцільних вогнищ забою головного мозку, невідповідність розмірів СДГ вираженості дислокаційного синдрому (невеликі розміри гематоми при значній латеральній дислокації).

Показаннями до виконання ДК при численних вогнищах ЗГМ є: прогресуюче наростання вогнищевої та загально мозкової симптоматики, погіршення КТ-симптоматики. ДК показана при зміщенні серединних структур понад 10 мм, ознаках аксіальної дислокації, наявності численних вогнищ забою головного мозку з вираженим перифокальним набряком.

Проводили широку кістково-пластичну трепанацію лобно-скронево-тім'яної ділянки з формуванням дефекту черепа не менше 12 см в діаметрі на стороні переважного ураження мозку за результатами доопераційної КТ.

55 хворим проводився постійний моніторинг внутрішньочерепного (ВЧТ) та церебрального перфузійного тиску (ЦПТ) до, під час, та після виконання ДК.

Результати та їх обговорення. ДК з приводу ГСДГ виконана 163 хворим (у 34 проведено моніторинг ВЧТ та ЦПТ). ДК з приводу численних вогнищ ЗГМ виконана 57 хворим (у 21 проведено моніторинг ВЧТ та ЦПТ). ДК була пов'язана зі значним зменшенням середнього ВЧТ. ДК в обох випадках значно зменшувала зміщення серединних структур та покращувала візуалізацію базальних цистерн. Летальність в групі ГСДГ склала 53,4%, а в групі численних геморагічних вогнищ ЗГМ – 47,6%.

Висновки. ДК забезпечує вірогідне зменшення ознак латеральної та аксіальної дислокації, зменшення високого ВЧТ за рахунок створення додаткового об'єму для розміщення збільшеного внаслідок набряку мозку. Наші результати підтримують систематичне застосування ДК у відібраних груп хворих з ТЧМТ.