

На сегодня не существует унифицированного, одного метода лечения ЗОГМ. И только комплексный подход, совершенствование отдельных компонентов терапии, позволяет надеяться на прогресс в результатах лечения этой сложнейшей нейроонкологической патологии.

## **Сравнительная оценка различных доступов в хирургии опухолей кавернозного синуса**

**В.Ф. Хаймунц, В.П. Сакович, А.Ю. Шамов**

Клиника нервных болезней и нейрохирургии

Уральской государственной медицинской академии.

Уральский межтерриториальный нейрохирургический центр  
им. проф. Д.Г. Шефера. Екатеринбург

Локализация кавернозного синуса, его внутреннее строение и связь с окружающими структурами может обусловить множество осложнений при хирургических вмешательствах на этой анатомической области. Осложнения могут быть подразделены на несколько групп: повреждение внутренней сонной артерии, костных пазух, черепных нервов (III, IV, VI ветвей V нерва).

Несмотря на постоянный прогресс в микронейрохирургии в течение прошлых десятилетий, некоторые "труднодоступные" опухоли, располагающиеся в средней черепной ямке, продолжают привлекать внимание хирургов к технической стороне операции с целью их безопасной резекции при минимальной тракции мозга. Даже использование лобно-височной краинотомии с широким вскрытием сильвиевой щели, не может обеспечивать достаточное открытие операционного поля, для того, чтобы избежать травматичную и длительную тракцию мозга.

На наш взгляд этим требованиям отвечает фронтозигоматикоорбитальный доступ, при котором производится трепанация черепа в лобно-височной области с изъятием фрагментов лобной кости, верхней и наружной стенок орбиты, скулового отростка лобной кости и, в некоторых случаях, скуловой дуги. При использовании этого доступа широко открывается содержимое орбиты, основание черепа в области передней и средней черепных ямок.

С 1995 по 2004 годы на базе клиники нервных болезней и нейрохирургии УГМА был прооперирован 31 больной с опухолями кавернозного синуса. Средний возраст больных составляет 47 лет (с разбросом от 22 до 67 лет), а распределение их по полу было следующим: 18 женщин и 13 мужчин.

В 20 случаях был использован птериональный доступ (лобно-височная краинотомия), в 3 случаях птериональный доступ комбинирован с резекцией верхней и латеральной стенок орбиты и в одном случае произведена резекция скуловой дуги, в 7 случаях фронтозигоматикоорбитальный доступ.

Тотальное удаление опухолей при птериональном доступе достигнуто у трех из 25 больных, при фронтозигоматикоорбитальном доступе у 4 из 7 больных.

Преимущества фронтозигоматикоорбитального доступа:

- наименьшее расстояние от поверхности до опухоли, позволяющее производить десекцию через возможно наименьший путь;
- более легкая и безопасная манипуляция хирургическим инструментом под микроскопом, как результат более широкого пространства;
- отсутствие резекции полюса височной доли;
- и, что наиболее важно, значительное снижение тракции головного мозга.

Несмотря на обширную резекцию костей черепа, тщательное сопоставление и фиксация костных фрагментов, позволило избежать отрицательных косметических последствий и не отразилось на сроках пребывания больных в клинике.

## **Хирургия ствола мозга**

**В.А. Хилько, В.А. Хачатрян, А.А. Скоромец, Н.В. Шулешова,  
В.П. Берснев, А.Н. Кондратьев, Н.Б. Коршунов, Ким Вон Ги,  
Г.Е. Чмутин, А.В. Ким, А.А. Харлампьев**

Российский научно-исследовательский нейрохирургический  
институт им. проф. А.Л. Поленова,

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И.П. Павлова,

ГМПБ №2 нейрохирургический центр,

ДГБ№ 19 отделение нейрохирургии. Санкт-Петербург,

ККБ№2 отделение нейрохирургии. Хабаровск

Вовлечение ствола в зону бластоматозного роста существенно затрудняет удаление новообразования и значительно ухудшает прогноз лечения больных вообще. Одним из путей улучшения результатов лечения стволовых и паравстоловых опухолей мозга является определение прогноза манипуляций на разных отделах ствола мозга.

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов обследования и лечения 600 больных со стволовыми и паравстоловыми опухолями мозга в возрасте от 1 года до 68 лет. Срок катамнеза от 2 до 20 лет. Характер, локализация, размеры и особенности роста определялись посредством клинических, интероскопических (КТ, МРТ, ПЭТ, АГ, УЗИ), электрофизиологических (ЭЭГ, ВП) методов, а также интраоперационной морфометрии и гистологических исследований биопсийного материала.

Результаты лечения оценивали посредством определения динамики клинико-интероскопических и электрофизиологических проявлений заболевания. Изучались послеоперационные осложнения, выживаемость и безрецидивный (безпроцедивный) период.

**Результаты.** Преобладали астроцитомы (1/2 больных) и паравстоловые опухоли (1/2 наблюдений). Первично-стволовые опухоли составили 1/5 часть среди всех исследованных. Внутристволовые опухоли выявлены у 52 больных.