

Из девяти оперированных больных более 1,5 и до 2 лет жили шесть человек, свыше 4 лет - один. Еще двое больных, оперированных в июне 2003 года и в марте 2004 года живут с заметным улучшением самочувствия.

Причины смерти оперированных больных, подтвержденные результатами патологоанатомических исследований, установлены в четырех наблюдениях. В одном случае она наступила в результате мозговых расстройств, наступивших в результате нарушения кровообращения при отсутствии каких-либо признаков рецидива опухоли. В двух наблюдениях установлен рецидив в зоне удаления солитарного метастаза из головного мозга. Причиной смерти одного больного стало множественное метастазирование мелкоклеточного рака в легкое противоположной стороны при отсутствии местных рецидивов, как в головном мозге, так и оперированном легком.

Таким образом, симультанные оперативные вмешательства при раке легкого с солитарным метастазом в головной мозг, хотя и представляют сложную задачу, позволяют рассчитывать не только на устойчивый паллиативный эффект, избавляя больных от наиболее тягостных и мучительных проявлений болезни, но и заметно продлевают продолжительность жизни части из них.

Высокая вероятность сочетания рака легкого с первичной опухолью головного мозга, первично-множественных опухолей подобной локализации, которые до последнего времени сложно дифференцировать между собой, побуждает к дальнейшему совершенствованию такого рода симультанных оперативных вмешательств.

Стереотаксическое удаления образований головного мозга глубинной локализации

П.Б. Гвоздев, В.П. Сакович

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

Проблема хирургического лечения образований глубинной локализации, а также патологических процессов, расположенных вблизи или непосредственно в функционально значимых зонах, актуальна. Хирургия таких образований граничит с риском появления или усугубления неврологической симптоматики, связанным с особенностью операционного доступа, его протяженностью.

Внедрение в практику нейронавигационных систем, совместимых с современными компьютерными и МР сканерами, оснащенных программным обеспечением, реализующим трёхмерные построения, во многом помогает хирургу в решении вопросов относительно топике, формы, размеров патологического процесса, обеспечивая удаление образований с минимальной травматизацией мозга.

Работа основана на результатах применения стереотаксической ра-мочной навигационной системы для хирургического лечения пациентов с глубинными образованиями головного мозга. Хирургическое лечение по данной методике проведено 19 пациентам. Удалено 19 супратенториальных образований. Из них 12 располагались паравентрикулярно, в том числе у 5 - вблизи подкорковых структур и внутренней капсулы или непосредственно в них. У 7 пациентов очаг располагался субкортикально в проекции функционально важных зон мозга. У 11 пациентов были одиночные метастазы в головной мозг, у 2 - артериовенозные мальформации, у 3 - гемангиомы, 3 пациента имели глиальные опухоли. Планирование траекторий доступа осуществлялось с учётом индивидуальных особенностей расположения функционально значимых структур, в том числе, изменённых масс - эффектом и перифокальным отёком, с целью минимизации риска появления или углубления неврологической симптоматики. Размеры образований не превышали 35 мм в диаметре. Особое внимание уделялось метастатическим процессам ввиду сложности их локации и удаления, вызванных наличием перифокального отёка.

В работе использовалась стереотаксическая система Leibinger Stryker (Германия) в комплекте со стереотаксическим модулем модели ZD и стереотаксическими ретракторами. Предоперационные расчёты траектории и положения доступа проводились по фронтальным, аксиальным, сагиттальным и объёмным реконструкциям серий MPT, выполненным в режимах T1W/3D/TFE и ART/3DI/MC на томографе Philips Gyrosan NT-5. Учитывались индивидуальные особенности расположения церебральных сосудов.

Операционный доступ осуществлялся через трепанационное отверстие диаметром 35мм., накладываемое корончатой фрезой, при церебротомии 15 мм. Стереотаксический ретрактор поэтапно погружали в мозговое вещество до заданной глубины, и, раздвигая его бранши, добивались формирования цилиндрического канала диаметром 1-1,5 см., подводя операционное поле к патологическому процессу. Смещению мозговых структур в процессе удаления препятствовала "фиксация" вещества мозга по ходу доступа разведёнными браншами ретрактора. Это было актуально при метастазах с выраженным отёком прилежащего мозгового вещества. Все манипуляции проводились при визуализации операционным микроскопом Carl Zeiss с использованием микроинструментария.

В процессе изучения разработаны доступы к супратенториальным образованиям различной (подкорковой, паравентрикулярной и др.) локализации.

Все пациенты показали удовлетворительные результаты в послеоперационном периоде. Операционных осложнений не было. У всех больных отмечалась тенденция к регрессу очаговых симптомов, особенно ярко выраженная у больных с метастатическими процессами. Проведённые контрольные КТ и МРТ исследования продемонстрировали тотальность удаления.

Хирургическое лечение процессов глубинной локализации с использованием стереотаксической рамочной системы, на наш взгляд, приемлемо. Приоритетом в использовании данной методики явилась значительная точность и надёжность рамочной стереотаксической системы, позволяющей проводить удаление образований при минимальной трепанации и церебротомии, избегая недостатков безрамочной (frameless) навигации. Несомненно, важен строгий отбор пациентов для этой процедуры. Целью дальнейшего исследования является создание алгоритма, включающего показания к данному виду хирургического вмешательства в зависимости от локализации, размеров, характера патологических процессов и выбора оптимальных траекторий доступа с минимальным риском возникновения или усугубления неврологического дефицита.

Профилактика послеоперационных эпидуральных и мягкотканых гематом путем активного дренирования послеоперационной раны при лечении больных с глиомами супратенториальной локализации

**А.Я. Главацкий, Г.В. Хмельницкий, С.Н. Лысенко,
А.А. Каминский**

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины, Киев

Оболочечные гематомы, возникающие в послеоперационном периоде при лечении больных нейроонкологического профиля, являются грозным осложнением, часто требующем повторного оперативного вмешательства, что значительно ухудшает результаты хирургического лечения. В этой связи с целью профилактики развития эпидуральных и мягкотканых гематом при лечении больных с глиомами супратенториальной локализации мы применяли способ активного дренирования (заявка на патент Украины №109346, 2003 г.) эпидурального и подпапоневротического пространств с использованием двухконтурной дренажной системы на протяжении первых 24 часов после проведения оперативного вмешательства. С применением данной методики было прооперировано 43 пациента. Ни в одном из случаев не было отмечено развития послеоперационных эпидуральных и мягкотканых гематом. Кроме этого, послеоперационные раны во всех случаях зажили первичным натяжением - без осложнений. Это особенно актуально в случаях проведения повторных хирургических вмешательств после комплексного (лучевая-, химиотерапия) лечения больных со злокачественными опухолями головного мозга, где, как известно, за счет рубцово-спаечного процесса резко ухудшаются условия репарации и заживления ран, увеличивается вероятность возникновения послеоперационной раневой ликворреи. Таким образом, данная методика является одним из эффективных способов профилактики послеоперационных эпидуральных и мягкотканых гематом и может быть использована при хирургическом лечении больных нейроонкологического профиля.