

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 топики, формы, размеров патологического процесса, обеспечивая удаление образований с минимальной травматизацией мозга.

Работа основана на результатах применения стереотаксической рамочной 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 траекторий и положения доступа проводились по фронтальным, аксиальным, сагиттальным и объёмным реконструкциям серий МРТ, выполненных в режимах T1W/3D/TFE и ART/3DI/MC на томографе Philips Gyroscan 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

Оболочные гематомы, возникающие в послеоперационном периоде при лечении больных нейроонкологического профиля, являются грозным осложнением, часто требующим 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 подапоневротического 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.