

Интраоперационный мониторинг акустических стволовых вызванных потенциалов при резекциях опухолей мосто-мозжечкового угла как метод прогнозирования течения раннего послеоперационного периода

С.А. Лаврова, В.Г. Лещинский, А.С. Шершевер, О.В. Манащук, М.В. Герасимов, В.С. Колотвинов, М.П. Кесельман

Свердловский областной онкологический диспансер,
Уральский межтерриториальный нейрохирургический центр
им. проф. Д.Г. Шефера, Екатеринбург

Одной из важнейших проблем нейрохирургии является обеспечение максимальной безопасности больных во время хирургических манипуляций в области мосто-мозжечкового угла. Для решения этой проблемы применяется интраоперационный мониторинг акустических стволовых вызванных потенциалов (АСВП). Использование мониторинга АСВП вызвано настоятельной потребностью хирурга и анестезиолога в получении экспресс-информации о состоянии ствола мозга методом достаточно достоверным, безопасным, неинвазивным, устойчивым к анестезирующим препаратам, не удлиняющим время операции и дающим практически непрерывную информацию.

Целью данной работы было определение таких интраоперационных изменений АСВП, которые бы не только давали оперативную информацию на момент исследования, но и могли использоваться как критерии прогноза течения раннего послеоперационного периода и исхода заболевания.

Было исследовано 19 пациентов с опухолями мосто-мозжечкового угла. АСВП регистрировались в ходе операции на мультифункциональном нейрофизиологическом комплексе "Nicolet", с применением мониторинговой программы "Endeavor" и в сочетании с мониторингом состояния двигательных нервов.

Регистрируемые паттерны были разделены на **3 группы** согласно их предполагаемому прогностическому значению.

Первая группа включала прогностически благоприятные электрофизиологические признаки: относительная стабильность паттерна, положительная динамика АСВП во время гемостаза, положительная динамика АСВП к концу операции по сравнению с дооперационным паттерном.

Вторая группа включала прогностически неблагоприятные электрофизиологические признаки: нестабильность паттерна, частое снижение амплитуды и (или) увеличение латентностей потенциалов в сочетании с брадикардией. Причем без учета к исходному уровню отрицательная динамика АСВП к концу операции по сравнению с дооперационным периодом. Наиболее неблагоприятными и даже катастрофическими являлись две грубо измененных паттерна: падение всех потенциалов до ну-

левой линии без последующего восстановления и деформация по типу "плато". Эти паттерны регистрировались только у пациентов с последующим неблагоприятным исходом.

Третья группа включала прогностически интактные электрофизиологические признаки: уменьшение амплитуд АСВП во время кровотечения с последующим восстановлением, обратимая деформация АСВП как реакция на артериальную гипертензию, слияние 4 и 5 потенциалов в высокоамплитудный комплекс с последующим восстановлением.

Чтобы определить возможность использования этих признаков в качестве критериев прогноза, было проведено сравнение прогнозируемых во время операции исходов и реальных исходов болезни у этих пациентов. Из 19 случаев получено 16 случаев совпадения (84%) прогнозируемого и реального исходов.

Выводы: данные интраоперационного мониторинга АСВП при резекции опухолей мосто-мозжечкового угла можно использовать не только как источник информации в момент операции, но и как критерий прогноза течения раннего послеоперационного периода и исхода заболевания.

Хирургическое лечение опухолей центральной нервной системы у детей

А.Ю. Лазарев, М.П. Кесельман

Свердловский областной онкологический диспансер.
Уральский межтерриториальный нейрохирургический центр
им. проф. Д.Г. Шефера, Екатеринбург

Среди всех опухолей нервной системы в детском возрасте до 90% приходится на заболевания головного мозга. Заболеваемость новообразованиями головного мозга составляет один ребенок на 27-28 тыс. детей. По литературным данным среди первичных опухолей 70-75% занимают нейроэктодермальные, из них 30-35% астроцитомы 1-2 степени анаплазии, злокачественные астроцитомы и глиобластома-5,8-9%, медуллобластомы составляют 25,8% и приблизительно 10%- эпендимомы. Кроме гистологических вариантов опухолей, в детском возрасте следует отметить особенности локализации новообразований: 80% являются внутримозговыми, большая часть из которых располагается по средней линии (до 70% субтенториальной локализации). Нередко процессы достигают больших размеров, вовлекая функционально важные отделы головного мозга. Срединное инфратенториальное расположение приводит к осложняющей течение заболевания гидроцефалии. Несмотря на меньшую встречаемость, хирургическое лечение опухолей головного мозга в детском возрасте имеет важное значение поскольку смертность при этой патологии у детей занимает второе место после лейкемии.

В период с 2000 по 2003 год в Уральском межобластном нейрохирургическом центре имени проф. Д.Г.Шефера наблюдались 27 детей: 14 девочек и 13 мальчиков в возрасте от 1года 10дн до 17лет, большинство из них младше 11 лет. Предоперационное обследование включало оцен-