

## 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 (ACBП). Использование мониторинга ACBП вызвано настоящей потребностью хирурга и анестезиолога в получении экспресс-информации о состоянии ствола мозга методом достаточно достоверным, безопасным, неинвазивным, устойчивым к анестезиирующими препаратам, не удлиняющим время операции и дающим практически непрерывную информацию.

Целью данной работы было определение таких интраоперационных изменений ACBП, 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. ACBП регистрировались в ходе операции на мультифункциональном нейрофизиологическом комплексе "Nicolet", с применением мониторинговой программы "Endeavor" и в сочетании с мониторированием 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 ACBП во время гемостаза, положительная динамика ACBП к концу операции по сравнению с досперационным паттерном.

Вторая группа включала прогностически неблагоприятные электрофизиологические признаки: нестабильность паттерна, частое снижение амплитуды и (или) увеличение латентностей потенциалов в сочетании с брадикардией, приемом без воззрата к исходному уровню, отрицательная динамика ACBП к концу операции по сравнению с досперационным периодом. Наиболее неблагоприятными и даже катастрофичными являлись два грубо измененных паттерна: падение всех потенциалов до нуля

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 высоковоамплитудный 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 ребёнок 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 1 года 10 мес до 17 лет, большинство из них младше 11 лет. Предоперационное обследование включало оцен-