Смоланка В.І., Гаврилів Т.С., Смоланка А.В.

Інтравентрикулярні пухлини головного мозку: особливості хірургічного лікування

Ужгородський національний університет,
Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології
Ужгород, Україна
+380 312 614733
vsmolanka@gmail.com

Інтравентрикуляні пухлини становлять лише 10% всіх новоутворень центральної нервової системи. Незважаючи на те, що деякі з цих пухлин є агресивними низькодиференційованими утворами, більшість з них є гістологічно доброякісними та потенційно виліковними після хірургічної резекції. Враховуючи повільний ріст даних новоутворень, останні протягом довгого терміну залишаються клінічно асимптомними, до часу досягнення ними значних розмірів, що робить хірургічне видалення технічно складним.

Мета дослідження. Визначити закономірності результатів хірургічного лікування пацієнтів з інтравентрикулярними пухлинними утворами головного мозку, в залежності від розміщення пухлини та ступеня її диференціації.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 31 послідовних оперативних втучань з приводу інтравентрикуляних пухлин головного мозку, що знаходились на лікуванні в Обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології м. Ужгорода в період з січня 2006 року по грудень 2010 року. Розподіл по статі та віку: чоловіки – 17 (54%), жінки – 14 (46%)ц пацієнтів віком до 18 років – 9 (29%), віком від 19 до 40 рр. – 12 (39 %) та віком старше 40 років — 10 (32%). Локалізація пухлин була наступною: четвертий шлуночок – 16 (52%), третій шлуночок – 9 (29%), бокові шлуночки – 6 (19%). Неврологічна симптоматика, зумовлена підвищеним внутрічерепним тиском, була загальним клінічним проявом пухлин для всіх пацієнтів. Використовували наступні хіругічні доступи: серединна субокципітальна краніектомія при пухлинах четвертого шлуночку, транскальозний або транскортикальнотрансвентрикуляний доступ при локалізації процесу в третьому шлуночку, транскортикальний доступ до утворів бокових шлуночків. Гістологічна структура видалених пухлин: епендімоми 10 (32.4%), колоїдні кісти 5 (16.2%), медулобластоми 5 (16.2%), астроцитоми 2 (6.4%), менінгіоми 2 (6.4%), хороїд плексус папіломи 2 (6.4%), хороїд плексус карцинома 1 (3.2%), тератома 1 (3.2%), центральна нейроцитома 1 (3.2%), дермоїдна кіста 1 (3.2%), хордоїдна гліома третього шлуночка 1 (3.2%). По ступені диференціації мали місце слідуючі показники: grade I-II — 19 (61.2 %), grade III-IV — 12 (37.5%). Шунтуючі операції (як перший етап втручань) виконано у 11 (35%) пацієнтів.

Результати. Згідно отриманих даних, серед інтравентрикулярних пухлин переважали новоутвори четвертого шлуночку (52%), найчастіший гістологічний тип пухлини – епендимома (32.4%). Тотальне видалення пухлини виконано 23 хворим (71.8%), з них у 19 (82.6%) ступінь диференціації пухлини становив grade I-II. Загальна післяопераційна летальність дорівнювала – 9.6% (3 пацієнта), з них 2 – з локалізацією пухлини в третьому та четвертому шлуночках. Результати лікування оцінювались за шкалою Карновського: менше 60 балів – 3 (9.6%), більше 60 балів – 28 (90.4%) пацієнтів.

Висновки. Задовільні результати хірургічного лікування внутрішньошлуночкових об'ємних утворів мають пряму залежність від локалізації пухлини та її гістологічної структури. Найбільш несприятливими факторами є локалізація новоутворення в безпосередній близькості до стовбура головного мозку та низька ступінь диференціації

Результати. Середній вік хворих склав 65,25 років, проведено 82 мікроваскулярних декомпресій трійчастого нерва, співвідношення жінок до чоловіків – 1 : 0,94 відповідно. Найбільш часто мало місце ураження II-III гілок трійчастого нерва (54,4%); ураження I гілки, як правило, є наслідком стиснення трійчастого нерва веною, нерідко спричинене герпетичною інфекцією і не потребує хірургічного лікування шляхом мікроваскулярної декомпресії. Більш, ніж у половині випадків стиснення спричинене тільки артерією, з них у 85.4% -- верхньою мозочковою артерією, одночасно артерія та вена були причиною невралгії у 43% випадків. Тривалість хвороби до операції склала від 3 міс до 22 років, найчастіше – 10 років. Відмінні та хороші результати (зниження відчуття болю більш, ніж на 90 та 75% відповідно) мікроваскулярної декомпресії спостерігались у 95,3% спостережень. Серед ускладнень після операції слід виділити незначну гіпестезію у відповідному дерматомі (7,3%), зниження слуху на боці операції (2,4%) та минаючий парез лицевого нерва (2,4%). Використання 2,5% розчину прогестерону для змочування прокладки з волокнистого тефлону, яка встановлюється між трійчастим нервом та судиною є безпечним та не супроводжується будь-якими клінічними проявами.

Заключення. Мікроваскулярна декомпресія трійчастого нерва є високоефективним хірургічним лікуванням типової невралгії трійчастого нерва, яке у більш, ніж 95% випадків позбавляє пацієнта болю відразу після операції. При умові адекватного відбору кандидатів на операцію, правильної хірургічної техніки вказане хірургічне втручання є безпечним, незалежно від віку пацієнта. Покращення ремієлінізації зони нейро-васкулярного контакту ймовірно покращить результати операції і потребує подальшого вивчення.