

Каверноми стовбура головного мозку: хірургічне лікування

Смолянка В.І.¹, Поліщук М.Є.², Смолянка А.В.^{1,2}

¹ Ужгородський обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології, Ужгород, Україна

² Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, Київ, Україна

Вступ. Каверноми головного мозку відносяться до судинних мальформацій центральної нервової системи, з поширеністю в загальній популяції близько 0.5%. Раніше каверноми вважались надзвичайно рідкісним захворюванням. Проте, протягом останніх 20 років кількість діагностованих каверном стрімко зростає. Це пов'язано з бурхливим розвитком діагностичних можливостей, а саме – магнітно-резонансної томографії. Переважна більшість каверном мають супратенторіальну локалізацію, але близько 15% знаходяться в стовбурі головного мозку.

Мета роботи: оцінити ефективність нейрохірургічного лікування та виробити покази до оперативного втручання при каверномах стовбура головного мозку.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано медичну документацію 14 пацієнтів з каверномами стовбура головного мозку, що лікувалися в Обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології (м. Ужгород) з січня 2008 року по квітень 2013 року. З них 7 (50%) – жіночої статі, 7 (50%) – чоловічої. Середній вік пацієнтів складає 33,4 років. У 1 пацієнта кавернома стовбура була однією з множинних каверном головного мозку, але він лікувався саме з приводу крововиливу в неї. У всіх інших кавернома стовбура була солітарним вогнищем. Всі випадки характеризувалися гострим початком захворювання, що свідчило про крововилив в каверному. У 10 пацієнтів (71,4%) до оперативного втручання був 1 крововилив, у 4 пацієнтів (28,6%) – 2 крововилива. Локалізація каверном була наступна: середній мозок – 4 пацієнта, понто-мезенцефальний перехід – 1 пацієнт, міст – 5 пацієнтів, понто-медулярний перехід – 3 пацієнта, довгастий мозок – 1 пацієнт.

Результати та їх обговорення. У всіх пацієнтів (100%) мала місце дисфункція черепно-мозкових нервів, відповідно до локалізації каверноми (III та IV пари ЧМН – середній мозок, V-VIII пари ЧМН – міст, IX-X пари ЧМН – довгастий мозок). У 9 пацієнтів (64,3%) мали місце рухові розлади – контрлатеральний геміпарез, здебільшого легкого ступеня. У 7 пацієнтів (50%) були статокординаторні розлади. У 5 (35,7%) пацієнтів спостерігались розлади чутливості. У 3 пацієнтів (21,4%) мали місце розлади свідомості, внаслідок великого об'єму гематоми та розвитку оклюзійно-гідроцефального синдрому.

Всі випадки мали характерну для каверном радіологічну картину та були підтверджені гістологічно. Всім пацієнтам виконувалось мікрохірургічне видалення каверноми, з застосуванням найбільш оптимального хірургічного доступу в залежності від локалізації каверноми: серединний субокципітальний доступ – у 6 випадках, субтемпоральний доступ – 4 випадки, ретросигмоїдний доступ – 3 випадки, птеріональний доступ – в 1 випадку. Всі операції виконувались в підгострій стадії крововиливу. Всім пацієнтам було виконано тотальну резекцію каверноми, що було підтверджено МР-обстеженням через 3 місяці після операції.

У 7 пацієнтів (50%) відмічалось наростання неврологічного дефіциту в ранньому післяопераційному періоді. Проте через 3 місяці після операції 12 пацієнтів (85,7%) відмічали значне покращення стану в порівнянні з доопераційним. У 1 пацієнта (7,1%) неврологічний дефіцит поглибився, а 1 пацієнтка (7,1%) померла. Слід зазначити, що пацієнти з негативним результатом відносились до групи хворих, що перенесли 2 крововилива.

Висновки. Ретельне мікрохірургічне видалення залишається золотим стандартом у лікуванні каверном стовбура головного мозку. Бажаним є видалення каверноми після першого епізоду крововиливу, у його підгострій стадії.