

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
Міністерство освіти та науки України  
ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України"  
Українська Асоціація Нейрохірургів (УАН)  
Харківський національний медичний університет  
Харківський обласний осередок УАН  
Українська асоціація боротьби з інсультом

# **VI з'їзд нейрохірургів України**

Харків, 14–16 червня 2017 року

## **Тези доповідей**

Київ 2017

---

Ministry of Health of Ukraine  
National Academy of Medical Sciences of Ukraine  
Ministry of Education and Science of Ukraine  
Romodanov Neurosurgery Institute  
Ukrainian Association of Neurosurgeons (UAN)  
Kharkiv National Medical University  
Kharkiv regional branch of UAN  
Ukrainian Association of Combating Stroke

# **VI Ukrainian Congress of Neurosurgery**

Kharkiv, 14-16 June 2017

## **Abstracts Book**

Kiev 2017

## Нейроонкологія / Neurooncology

### Мультисесійна стереотаксична радіохірургія у лікуванні метастазів головного мозку об'ємом понад 24 см<sup>3</sup>

Грязов А.Б.

ДУ "Інститут нейрохірургії ім.акад. А.П. Ромоданова"

**Мета.** Оценити ефективність та результати використання мультисесійної стереотаксичної радіохірургії (МСРХ) у лікуванні метастазів головного мозку (ГМ) об'ємом понад 24 см<sup>3</sup>.

**Матеріали і методи.** В період з січня 2014 року до січня 2017 року у лікуванні 26 хворих з метастазами у головний мозок розміром більш 24см<sup>3</sup> використовувалася МСРХ (в дві сесії). У 22 хворих МСРХ використовувалася, як основна терапія, у 4 – як паліативна терапія. Усі метастази були солітарні. Розмір метастазів склав від 4 до 5.5см (медіана 4.75см), об'ємом від 24см<sup>3</sup> до 60см<sup>3</sup>, медіана – 42см<sup>3</sup>. Медіана дози опромінення при МСРХ склала 28Гр (от 21 до 35Гр), за 4 фракції (від 3 до 5 фракцій).

**Результати.** Медіана (загальною) виживаності склала 11,3 місяців. Рівні (загальною) виживання і локального контролю на 12-му місяці склали 80.0% і 90.2% відповідно. У двох пацієнтів був зафіксований локальний рецидив метастазів в ГМ, у сімох - дистанційний. Постпроменеві ускладнення визначалися лише у трьох хворих.

**Висновки.** МСРХ виявилася безпечним і ефективним методом лікування пацієнтів з метастазами ГМ об'ємом від 24 см<sup>3</sup>. Збільшення опромінення при МСРХ може поліпшити локальний контроль з допустимим рівнем токсичності.

**Ключові слова:** метастази головного мозку; стереотаксична радіохірургія; мультисесійна стереотаксична радіохірургія.

### Хірургічне лікування об'ємних утворень третього шлуночка

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

Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології м. Ужгорода

**Мета.** Проаналізувати результати хірургічного лікування об'ємних утворень III шлуночка, в залежності від типу їх росту та ступеня диференціювання.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективний аналіз 46 послідовних хірургічних втручань у пацієнтів з об'ємними утвореннями третього шлуночка, які лікувалися в Обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології м. Ужгорода з січня 2006 по квітень 2016 року. Тип росту новоутворів: чисто внутрішньошлуночкові пухлини - 17 (37%), пухлини суміжних ділянок з поширенням в III шлуночок - 29 (63%). Видалення об'ємних утворень було виконано в 43 випадках, а у 3 випадках було виконано тільки вентрикуло-перитонеальне шунтування. Ми використовували такі хірургічні доступи для видалення пухлин III шлуночка: передній транскальозний (18 хворих), птеріональний (14 пацієнтів), двохетапний: передній транскальозний + птеріональний (7 пацієнтів), субфронтальний (2 спостереження), супрацеребеллярний інфратенторіальний (1 хворий), окципітальний інтергемісферний (1 випадок). Гістологічні типи новоутворень: краніофарингіома - 14 (33%), астроцитомы - 9 (23%), колоїдна кіста - 6 (16%), аденома гіпофізу - 4 (9%), епендиміома - 3 (7%), папілома судинного сплетіння - 1 (2%), тератома - 1 (2%), центральна нейроцитомы - 1 (2%), хордоїдна гліома третього шлуночка - 1 (2%), олігодендрогліома - 1 (2%), пінеобластома - 1 (2%). Ступінь диференціювання пухлин: WHO Grade I-II - 36 (84%), WHO Grade III-IV - 7 (16%).

**Результати.** Найбільш частим чисто інтравентрикулярним об'ємним утворенням була колоїдна кіста (35%), а серед пухлин з поширенням у третій шлуночок - краніофарингеома (48%). Повне видалення пухлини було досягнуто у 19 пацієнтів, причому у 95% з них новоутвори були високодиференційовані (WHO Grade I-II). Післяопераційна смертність склала 7% (3 пацієнта), 2 з них з низькодиференційованими пухлинами (WHO Grade III-IV). Результати лікування оцінювали за шкалою Карновського: 93% пацієнтів досягли хорошого результату - більше 60 пунктів.

**Висновки.** Ретельне передопераційне планування, правильний вибір хірургічного доступу та мікрохірургічна техніка дозволяють досягнути хороших результатів лікування.

**Ключові слова:** III шлуночок; транскальозний доступ; птеріональний доступ.