

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДУ «ІНСТИТУТ НЕЙРОХІРУРГІЇ ІМ. АКАД. А.П. РОМОДАНОВА НАМН УКРАЇНИ»
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ НЕЙРОХІРУРГІВ

МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ
ГЛІОМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ»

ЛЬВІВ-2015
УКРАЇНА

Встановлено, що функція лицьового нерву відразу після операції залежить від стадії розвитку пухлини, її діаметру та об'єму. Збільшення будь-якого діаметру пухлини призводило до погіршення результатів. Встановлено також, що розростання ВШ в передньому та/чи каудальному напрямку має більш значиму кореляцію у порівнянні з розростанням ВШ в задньому та/чи краніальному напрямку. Крім того вкрай важливим виявився наступний фактор – ступінь прилягання пухлини до нерву. Саме наявність задовільної площини дисекції в павутинній оболонці в більшості випадків дозволяла зберегти не лише анатомічну, але й функціональну цілісність лицьового нерву. Крім того, при застосуванні інтраопераційного контролю лицьового нерву отримано вірогідно кращі результати у порівнянні з історичним контролем (220 ВШ, оперованих до 2012 року), де цей контроль не застосовували.

Висновки: 1. Застосування сучасних технологій (УЗІ-аспірації, трепанації внутрішнього слухового каналу, нейромоніторингу функції лицьового нерву мультимодального забезпечення операції) дозволяє підвищити радикальність оперативних втручань та покращити функціональні виходи навіть при великих та гігантських ВШ.

2. Висока частота дисфункції лицьового нерву при його анатомічній цілісності при великих та гігантських вестибулярних шваномах потребує пошуку нових та удосконалення існуючих підходів (тотальне видалення проти субтотального видалення доповненого радіохірургічним лікуванням).

ІНТРАВЕНТРИКУЛЯРНІ ПУХЛИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ДІТЕЙ: ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Смоланка В.І.^{1,2}, Гаврилів Т.С.^{1,2}, Смоланка А.В.^{1,2}

¹Ужгородський національний університет, м.Ужгород, Україна

²Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології, м.Ужгород, Україна

Інтравентрикулярні пухлини в загальній популяції становлять 10% всіх новоутворень центральної нервової системи, тоді як у осіб дитячого віку даний показник становить 41%. В даній категорії пухлин переважають агресивні низькодиференційовані утвори. Важливість оперативного етапу лікування інтравентрикулярних новоутворів пояснює прямий кореляційний зв'язок між тотальністю хірургічної резекції та тривалістю безрецидивного періоду.

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

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 23 послідовних оперативних втручань у дітей до 18 років з приводу інтравентрикулярних пухлин головного мозку, що знаходились на лікуванні в Обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології м. Ужгорода в період з грудня 2004 по серпень 2015 рр.. Локалізація пухлин була наступною: четвертий шлуночок – 15 (66%), бокові шлуночки – 6 (26%), третій шлуночок – 2 (8%). Використовували наступні хірургічні доступи: серединна субокципітальна краніектомія при пухлинах четвертого шлуночку, транскальозний доступ при локалізації процесу в третьому шлуночку, транскортикальний доступ до утворів бокових шлуночків. Гістологічна структура видалених пухлин: медулобластома 9 (39%), астроцитомы 6 (27%), епендімома 4 (18%), хороїд плексус папілома 1 (4%), хороїд плексус карцинома 1 (4%), тератома 1 (4%), гангліогліома 1 (4%). По ступені диференціації мали місце наступні показники: grade I-II - 10 (44 %), grade III-IV - 13 (56%).

Результати. Згідно отриманих даних, серед інтравентрикулярних пухлин переважають новоутвори четвертого шлуночку (66%), найчастіший гістологічний тип пухлини – медулобластома (39%). Загальна післяопераційна летальність дорівнювала – 8.6% (2 пацієнта), з локалізацією пухлини в третьому та четвертому шлуночках. Результати лікування оцінювались за шкалою Карновського: більше 60 балів – 19 (82.6%) пацієнтів.

Висновки. Хороші результати хірургічного лікування інтракраніальних об'ємних утворів мають пряму залежність від локалізації пухлини та її гістологічної структури. Найбільш

неприятливыми факторами є локалізація новоутворення в безпосередній близькості до стовбура головного мозку та низька ступінь диференціації пухлини.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ БАЗАЛЬНОЙ ЛИКВОРЕИ

Станкевич С.К., Шанько Ю.Г., Журавлёв В.А., Рубахов А.М.

ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь.

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения базальных ликворей трансназальным и транскраниальным эндоскопическими методами с использованием свободного аутоотрансплонтанта.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты 50 операций, проведенных за время с декабря 2009 года по апрель 2015 года в нейрохирургических отделениях РНПЦ неврологии и нейрохирургии г. Минска с использованием свободного жирового или мышечно-фасциального аутоотрансплонтантов. Трансназальным эндоскопическим методом выполнено операций 33 (66,0%), из них 12 (36,4%) мужчин и 21 (63,6%) женщин, средний возраст составил $45,8 \pm 6,1$ лет. Транскраниальным эндоскопическим методом выполнено 17 (34,0%) операций, из них 6 (35,3%) мужчин и 11 (64,7%) женщин, средний возраст составил $43,9 \pm 7,9$ лет. Жировой либо мышечно-фасциальный лоскут брался с верхней трети бедра непосредственно перед выполнением пластики. Посттравматическая ликворея была у 8 (16,0%), ятрогенная у 9 (18,0%), спонтанная у 33 (66%) пациентов. Продолжительность заболевания от 3 нед. до 5 лет.

Показанием для операции являлась не поддающаяся консервативному лечению продолжающаяся назальная ликворея более 3-х недель.

Дооперационное обследование включало осм. ЛОР-врача, радиоизотопная сцинтиграфия, нейровизуализация (МРТ, СКТ, краниографию), исследование назального (ото-) отделяемого на содержание сахара и цитологический состав, двухэнергетическая СКТ-цистернография.

Показаниями для операции являлись ликворные фистулы передней и средней черепных ямок любой локализации. Противопоказаниями - большие дефекты основания черепа, острый период ЧМТ, высокое ВЧД, внутричерепные воспалительные процессы. Пластика ликворных фистул выполнялась при помощи эндоскопа производства фирмы Карл Шторц (Германия) с использованием свободного аутоотрансплонтанта. Ликворная фистула укрывалась послойно на клеевой силикатной композиции (ЛТК ООО «ТМП» ТУ 9398-001-73356905-2011), герметизируя поэтажно все оболочки мозга. Сверху укладывались пластинки синтетического абсорбирующего раневого покрытия Тахокомб (Takeda-Nusomed, Япония). С целью разгрузки ликворной системы и поддержания внутричерепной гипотензии пациентам в раннем послеоперационном периоде устанавливался люмбальный дренаж на 5 - 7 суток.

Результаты и обсуждение. Все пациенты были оперированы в удовлетворительном исходном состоянии. Послеоперационный период протекал у всех оперированных больных гладко. Неврологических осложнений и летальных исходов не было. Послеоперационный контроль осуществлялся методом радиоизотопной сцинтиграфии, двухэнергетической СКТ-цистернографии, осмотром ЛОР-врача. Продолжительность послеоперационного лечения составил $10,96 \pm 0,76$ койко-дней. Отторжения, нагноения аутоотрансплонтанта не наблюдалось. Рецидив назальной ликвореи в раннем послеоперационном периоде наблюдался у 7-х (14,0%) пациентов после трансназальной эндоскопической пластики (оперированы повторно). При выполнении транскраниальной эндоскопической пластики (17 операций) рецидивов не наблюдалось. Все пациенты находятся под диспансерным наблюдением.

Выводы. Анализ результатов проведенных нами операций показывает, что использование эндоскопических методов хирургического лечения базальных ликворей приводит к снижению частоты развития послеоперационных хирургических осложнений ($p_{Kruskal - Wallis} = 0,0001$), снижению продолжительности стационарного лечения ($p_{Mann - Whitney U}$