

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

*С.К. Акшулаков, Н.А. Рыскельдиев, А.Ж. Жумадильдина, Д.К. Тельтаев, Г.И. Оленбай
Республиканский научный центр нейрохирургии, Астана, Казахстан*

Актуальность: Глиомы - это первичные опухоли головного мозга, происходящие из клеток глиального ростка, по данным разных авторов, они составляют 50-60% от опухолей головного мозга. Частота возникновения глиальных опухолей в различных возрастных группах увеличивается приблизительно на 1,2% в год и достигает плато после 70 лет. Злокачественные (быстрорастущие) глиомы отмечаются у 55-65% пациентов.

Стандартными лечебными процедурами у больных с глиальными опухолями в настоящее время являются хирургическое лечение, радиотерапия, химиотерапия. Другие методы лечения, не подтвержденные достаточно доказательными научными исследованиями (иммунотерапия, фотодинамическая терапия, иные подходы).

Цель исследования: изучение эффективности использования современных нейрохирургических технологий у больных с глиальными опухолями.

Материалы и методы: В нашем центре со дня открытия, с июля 2008г по апрель 2009 г пролечено в отделении нейроонкологии 180 больных, из них 31 (17%) приходится на глиальные опухоли. Среди глиальных опухолей наибольшая часть выпадает на астроцитомы – 17 больных (58%), далее олигодендроглиомы - 6 больных (19%), глиосаркома – 1 больной (3%), ганглиоцитома – 1 больной (3%), дисэмбриопластическая нейроэпителиальная опухоль – 1 больной (3%). Среди астроцитом чаще встречались доброкачественные фибриллярно-протоплазматические астроцитомы 11 больных (64%), а на долю злокачественных астроцитом приходилась 6 больных (35%). Частота заболеваемости глиальными опухолями среди женщин и мужчин почти одинаковая (мужчин -14, женщин -16). В нашем наблюдении отмечено, что чаще болеют в возрасте 55 лет, олигодендроглиомы поражают более молодой возраст 20-35 лет.

Наиболее частые проявления клиническими симптомами являлись: головная боль – 80%, судорожные припадки – 64%, афатические нарушения - 19%, парезы конечностей - 19%. Частота поражения глиомами различных отделов головного мозга у взрослых пациентов составило: лобная доля – 18 больных (25%), височная – 15

больных (48%), теменная – 12 больных (39%), затылочная – 3 больных (9%), мозолистое тело – 1 больной (3%), подкорковые узлы – 1 больной (3%).

Поражение левого полушария преобладало над правым.

Период между первыми симптомами заболеваниями и госпитализацией больного, составляет несколько лет и больше, что говорит о слабой онконастороженности пациентов. Так же требуется улучшение работы поликлинических служб по выявлению опухолей ЦНС.

При всех операциях нами использовался микроскоп фирмы “Karl Zeiss”, навигационная система Stealth Station фирмы “Medtronic”, ультразвуковой деструктор фирмы “Zëring”.

Использование навигационной системы позволяло эффективно планировать оперативное вмешательство и интраоперационное ориентирование, в особенности при удалении низкой степени злокачественности глиом, не имеющих границ и локализующихся в функциональной значимых зонах мозга, при удалении глубинно-расположенных опухолей.

Ультразвуковой деструктор-аспиратор позволяет радикальное удаление внутримозговых опухолей по границам, очерченным нейронавигатором, при минимальной травматизации окружающей ткани.

Все операции прошли без осложнений. Клиническая симптоматика в послеоперационном периоде оставалась минимальной, больные были активизированы уже на 2-3 сутки после операции, что позволяло уменьшить сроки госпитализации.

Результаты и обсуждение: Основными принципами хирургического лечения является анатомическая доступность и физиологическая дозволенность операции, обеспечение качества жизни больных в послеоперационном периоде — без этих прогнозов проведение операции считается нецелесообразным.

Заключение: Современные хирургические технологии предусматривают высокую точность инструментальных манипуляций, минимизацию хирургической травмы, максимальное сохранение мозговых структур, безопасность операций. При этом результативность лечения определяет качество жизни больных.

Использование современной нейрохирур-

гической техники: нейронавигации, ультразвукового диссектора, микроскопа, позволяет:

- уменьшить инвазивность хирургического лечения, за счет предоперационного планирование оптимального доступа к патологическому образованию с учетом функциональных важных зон и сосудов в месте хирургического воздействия;

- сократить площади трепанационного окна с возможностью проведения операции по типу «замочной скважины».
- современный комплекс хирургических инструментов уменьшает травматичность оперативного вмешательства при повышении радикальности удаления опухоли.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВНОЙ ПАЗУХИ КЛИНОВИДНОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ НАВИГАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ MEDTRONIC STEALTH STATION (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

С.К. Акшулаков, Х.А. Мустафин, Н.А. Рыскельдиев, Д.К. Тельтаев, Г.И. Оленбай, А.Ж. Жумадильдина, М.Б. Молдахметов, К.К. Ахметов, Б.Г. Абдимажит, А.Е. Асаинова
Республиканский научный центр нейрохирургии, Астана, Казахстан

Актуальность. При удалении остеом и хондром из верхнечелюстной полости или из полости носа целесообразен трансмаксиллярный подход или операция Мура. При глубоком расположении опухоли в глазнице доступ к ней, по мнению некоторых авторов, может быть облегчен путем временной резекции наружной стенки глазницы. Использование трансназального и трансорального доступа дает возможность снизить травматичность оперативного вмешательства. Однако при этом имеется проблема визуализации операционного поля, что решается внедрением эндоскопической хирургии и интраоперационной навигационной системы Stealth Station фирмы Medtronic пр-ва USA.

Цель. Оценить роль высоких технологии в хирургии опухолей основной пазухи клиновидной кости.

Материалы и методы. С ноября 2008 г в нашем центре впервые в Центральной Азии осуществлены операции с использованием трансназального доступа. Прооперировано 2 пациента с опухолью основной пазухи клиновидной кости с применением ригидных эндоскопов с 0°, 30°, 45° углом обзора и использованием интраоперационной навигации

Результаты. Применение эндоскопической хирургии и использование интраоперационной навигационной системы позволяет:

- снизить риск развития интраоперационной ликвореи.

- позволяет в ранние сроки и с минимальной травматизацией больного сделать выводы о степени распространенности новообразования, его гистологической структуре, что существенно облегчает задачу нейрохирурга в выборе дальнейшей тактики, а так же полностью излечить больного.
- результаты проведенных операции указывают на явные преимущества функциональных эндоскопических операций перед "классическими" хирургическими вмешательствами. При этом в полной мере реализуется принцип щадящей органосохраняющей хирургии, что является очень важным в деятельности любого хирурга.
- панорамный обзор полости клиновидной пазухи.
- визуализация нормальной ткани и опухоли
- определение радикальности удаления опухоли

Заключение: Применение эндоскопической техники и использование интраоперационной навигационной системы Stealth Station фирмы Medtronic в хирургии опухолей основной пазухи клиновидной кости дает возможность улучшить результаты лечения и снизить риск развития различных интра- и послеоперационных осложнений, рецидивов и летальности.