

ОПУХОЛИ СТВОЛА

**В.А. Хачатрян, **Ким Вон Ги*

**ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург, Россия*

*** Кафедра неврологии с курсом нейрохирургии,*

Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края

Проблема диагностики и лечения больных с опухолью мозга особенно актуальна при вовлечении ствола головного мозга в зону бластоматозного роста.

Материал и методы. Изучены результаты исследования и лечения 628 больных с опухолями задней черепной ямки различной гистоструктуры и локализации в возрасте от 0 до 69 лет за период 1988-2008 гг. в разных клиниках Санкт-Петербурга и РФ. Больные разделены на 2 группы: лица, у которых в бластоматозный процесс вовлечен ствол мозга (291) и исследуемые, у которых ствол мозга грубо не вовлекался в опухолевый рост. Изучены особенности течения заболевания, хирургической тактики и исхода лечения. Средний срок катамнеза составил 8,6 лет.

Результаты. Ретроспективный анализ показал, что распространение опухоли на ствол сопровождается как изменением общего состояния, так и клинической картины заболевания. Ухудшается прогноз заболевания, утяжеляется общее состояние, кардинально изменяется соотношение первичных гнездных проявлений и вторичных дислокационных признаков. При этом, клинические проявления, течение заболевания, хирургическая тактика зависят от особенностей вовлечения ствола в зону бластоматозного роста. С учетом этого важного фактора предлагается следующая классификация опухолей: новообразования без вовлечения ствола в опухолевый процесс; новообразования, деформирующие или имеющие сращение со стволом мозга; вторично-стволовые, первично-стволовые опухоли, а также эндофитные и экзофитные неопластические процессы.

Успешность полного удаления опухоли, послеоперационное течение, исход, длительность безрецидивного периода зависят от степени вовлечения ствола мозга в зону бластоматозного роста. По структурно-функциональной организации ствол может быть разделен на 3 зоны: витально-значимые (параакведуктальное серое вещество, голубое пятно, треугольники подъязычного нерва, треугольник блуждающего нерва, зона обекса); функционально-значимые (четверохолмная пластинка, ножки мозга, бугорок лицевого нерва, акустические и вестибулярные поля, медиальная возвышенность, tub. cuneatus et grac-

lis, пирамидки, ножки мозжечка); функционально-малозначимые зоны (задняя центральная борозда – зона шириной 4 мм., супраколликкулярный треугольник, субколликкулярный треугольник, задняя срединная линия, центральные отделы покрышки среднего мозга – полоса шириной 4 мм., латеральные отделы средних и нижних ножек мозжечка). Манипуляции в витально-значимых зонах приводят к декомпенсации витальных функций, в функционально-значимых – к развитию стойкого неврологического дефицита, а в функционально-малозначимых зонах вмешательство не сопровождается стойким ухудшением состояния больного.

Следовательно, хирургическая тактика зависит от особенностей вовлечения ствола в зону неопластического процесса. При парастволовых новообразованиях стремление к тотальному удалению опухоли оправдано. При вторично-стволовых опухолях тотальное удаление новообразования целесообразно при вовлечении опухоли в функционально-малозначимые зоны. При вовлечении ствола в функционально-значимые зоны тотальное удаление опухоли содержит опасность развития стойких неврологических выпадений и проведение ее целесообразно только при наличии дополнительных показаний. При распространении вторично-стволовых опухолей в витально-значимые зоны тотальное удаление новообразования содержит риск декомпенсации больных и нецелесообразно.

Удаление внутриволоковых опухолей мозга подразумевает формирование раневого хода через ткани ствола. Проблематичным оказывается локализация энцефалотомии. Как показал анализ, при срединно-локализованных кистозных или солидно-кистозных узловых опухолях целесообразна срединная дорсальная энцефалотомия. При латерализованных дорсальных опухолях целесообразен доступ через супраколликкулярный, субколликкулярный треугольники. При расположении небольших новообразований вблизи средней линии на границе моста и продолговатого мозга раневой коридор образуется над верхним краем бугорка лицевого нерва и имеет поперечное направление. При вентрально расположенных опухолях производится трансоральная краниотомия и

вентральная срединная энцефалотомия. При латерально расположенных опухолях применяется доступ через среднюю ножку мозжечка и пространство между оливой и пирамидкой.

Локализация анатомических ориентиров при деформации ствола уточняется при помощи диагностической стимуляции или мониторинга стволовых вызванных ответов.

ТРАНССФЕНОИДАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ СОМАТОТРОПИНОМ ГИПОФИЗА

*В.Ю. Чербилло, В.Р.Гофман, А.В.Полежаев
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия*

Достижения последнего десятилетия коренным образом изменили тактику ведения больных, особенно при больших инвазивных аденомах. За последние 7 лет нами оперировано 1274 пациента с аденомами гипофиза трансфеноидальным доступом. По гормональной активности соматотропином было 24,8%, пролактином - 20,1%, кортикотропином – 9,1%, гонадотропином – 0,9%, тиреотропином – 0,2%, неактивных аденом гипофиза – 44,9%.

Опухоли преимущественно имели супраселлярный вариант роста – в 42% наблюдений, параселлярный в 11%, ретро-селлярный в 3%, антеселлярный в 2%, инфраселлярный в 21%. Тотальный вариант роста встретился в 11%. Эндоселлярных аденом было 3%, микроаденом – 7%.

Зрительные нарушения были у 74% оперированных больных, гормональные нарушения у 68% больных (гиперсекреция гормонов у 55%, гипопитуитарные расстройства у 13%). Общемозговая симптоматика присутствовала у 76% оперированных пациентов. Глазодвигательные нарушения – у 6%.

Среди СТГ-продуцирующих аденом доминировала клиника акромегалии со средними показателями СТГ 45,1 нг\мл, ИФР-1 - 812 мкг\л.

Выполняли эндоскопический доступ к турецкому седлу. Данный доступ минимально травматичен, позволяет избежать контакта с головным мозгом, а также разрезов на лице и голове, минимизировать до 3-5 дней пребывание в стационаре.

В отличие от ограниченного тубулярного обзора микроскопа, оптическая система

эндоскопа с боковым и ретроградным обзором 00 - 1200 позволяет осмотреть структуры, расположенные супра-, анте- и ретроселлярно, идентифицировать экстраселлярные участки опухоли, а также радикально удалить аденому при максимальной сохранности неизменной ткани аденогипофиза. Непосредственный визуальный контроль участков опухолевой ткани, захватываемых кюретками, микрощипцами или ультразвуковым отсосом позволяет избежать травматизации нормальной ткани гипофиза, тракции прилежащих нервно-сосудистых образований.

Результаты оперативных вмешательств оценивали по традиционным критериям. Радикальность определяли на основании послеоперационных МРТ хиазмально-селлярной области, а также анализа купирования гормональных изменений в крови. Опухоль удалена радикально в 87% наблюдений, субтотальное удаление отмечено в 11%, частичное в 2%. Летальность среди оперированных пациентов с соматотропиномами была нулевой. Частота рецидивов во всей группе – 11%. Гипопитуитарных расстройств после удаления аденомы не отмечено. Отмечен быстрый регресс уровня СТГ и ИФР-1.

Таким образом, интраоперационный эндовидеомониторинг позволяет дифференцировано под постоянным визуальным контролем проводить оперативное вмешательство, существенно повышает радикальность оперативных пособий, уменьшает число осложнений, нормализует гормональный фон, позволяет избежать гипопитуитарных проблем.