

хворих найчастіше були неврологічний дефіцит, вираженість загально мозкових розладів, значно рідше — наявність загрози для життя, включно із стовбуровими розладами, іноді операції виконувались з метою запобігання глухоті та розвиткові життєвонебезпечних порушень. Разом з тим, у 10 пацієнтів з двобічними невриномами слухових нервів, оперованих з одного боку, глухота на неопероване вухо не розвивалась, що є свідченням “м’якого” розвитку пухлин у цих хворих. Таким чином, прийняття рішення про проведення оперативного втручання до виникнення глухоти чи після її розвитку складне і неоднозначне. Це питання вирішується за допомогою регулярного (не рідше одного разу на рік) проведення магнітно-резонансної томографії із скрупульозними замірами пухлин, дослідженням

слухових викликаних потенціалів та відповідним детальним аналізом клінічних проявів захворювання.

Отже, сама наявність пухлин (периферичних, спінальних, черепних, вісцеральних) будь-якої локалізації у хворих на нейрофіброматоз, особливо в підлітковому віці, не може бути показанням до хірургічного втручання. Найбільш обґрунтованими показаннями до операції в таких хворих (за порядком значущості) є больовий синдром, функціональний дефіцит, підозра на озлоякіснення пухлини та косметичний дефект. При відсутності цих ознак необхідно спостерігати за перебігом хвороби в динаміці, періодично проводити аналіз клінічних даних та контроль за візуалізацією патологічних змін.

Множественные интракраниальные метастазы

Сафаров Б.И., Маслова Л.Н., Улитин А.Ю., Камалова Г.М., Алутишвили З.З., Назаров Р.В., Чиркин В.Ю.

Российский нейрохирургический институт им. проф. А.Л.Поленова,
г. Санкт-Петербург, Россия

Метастазы в головном мозге встречаются у 20—40% всех больных раком. В структуре нейроонкологической патологии метастазы составляют около половины всех интракраниальных новообразований, а 30—40% из них — это множественные метастазы. До недавнего времени больных с множественными метастазами считали инкурабельными, и лишь в последнее десятилетие признана необходимость более активной тактики в их лечении.

На основе опыта лечения 30 больных с множественными метастазами в головном мозге, находившихся на лечении в РНХИ им. проф. А.Л. Поленова за период с 1995 по 2001 г., мы предлагаем тактику лечения данной группы пациентов. Средний возраст больных составил 51 год $\pm$ 3,5 года. Число лиц мужского и женского пола было равным. У 20% больных метастазы выявлены одновременно с основным очагом.

По локализации первичного очага больных распределили следующим образом: рак легких — 17 больных, рак грудной железы — 3, рак почки — 3, меланома кожи — 3, рак пищеварительного тракта — 1, яичники — 1, неизвестная локализация — 2.

У 23 больных выполнили операцию по поводу основного заболевания, у 17 из них провели курс лучевой и (или) химиотерапии.

В неврологической картине заболевания ведущими являлись следующие основные синдромы: гипертензионный синдром — у 29 больных, двигательные и чувствительные нарушения — у 20, эпилептический синдром — у 3, интеллектуально-мнестические расстройства — у 6. Состояние больных по шкале Карновского было выше 60 баллов.

У 19 больных выявили 2 метастатических очага, у 4 — три, у 7 — более 3. У 27 больных были поражены оба полушария мозга. У 3 больных метастазы располагались субтенториально. В головном мозге метастатические очаги находились в следующих долях: в лобной доле — у 34 больных, в теменной доле — у 23, в височной доле — у 10, в затылочной доле — у 6, в желудочках мозга — у 1, в мозжечке — у 2 и в подкорковых ганглиях — у 2.

Всем больным выполнили операции в экстренном порядке в 1-е—3-и сутки после госпитализации. Использовали экономные транскортикальные доступы через функционально малозначимые участки коры с применением микрохирургической техники и интроскопического нейросонографического контроля. При метастазах в оба полушария мозга (или одновременно в мозжечок) тактика хирургического лечения предусматривала первоначальное уда-

ление узла, вызывающего наиболее грубые дислокационные изменения мозга. Удаление узла (узлов) в другом полушарии выполняли на 8—10-е сутки после первой операции. При локализации метастазов в одном полушарии их удаляли одномоментно.

Уровень качества жизни больных при выписке из стационара составил 85 баллов по шкале Карновского. Средняя выживаемость больных составила 14,6 мес, в то время как у не оперированных больных — 3,5 мес. Из 14 умерших больных только 2 умерли от метастазов в головном мозге, остальные — в ре-

зультате прогрессирования основного заболевания и метастазирования в другие органы.

Numerous intracranial metastases

Safarov B.I., Maslova L.N., Ulitin A.Y., Camalova G.M., Alugishvili Z.Z., Nazarov R.V., Chirkin V.Y.

There is data concerning the treatment of 30 patients with numerous cerebral brain metastases. Total tumors resection gives the possibility to increase the medium life expectancy till 14,6 months with satisfactory life quality.

Идентификация и мониторинг двигательных черепных нервов в ходе удаления базальных внемозговых опухолей

Тиглиев Г.С., Гоман П.Г., Гуляев Д.А., Фадеева Т.Н.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт
им. проф. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время одной из важных задач в ходе удаления базальных внемозговых опухолей является идентификация и, как следствие, сохранение функции черепных нервов. В ряде случаев при обязательном применении операционного микроскопа, а иногда эндоскопической техники эта проблема решается путем прямого визуального контроля. Однако при больших и гигантских новообразованиях утрата функции черепного нерва становится реальной угрозой, так как при этом опухоль инвазирует пиальную оболочку ствола, вовлекает в строку магистральные сосуды и черепные нервы, в значительной мере дистопируя, растягивая и истончая их. Все вышеизложенное усложняет хирургическое вмешательство и может обусловить значительное снижение качества жизни и уровня социальной адаптации больного. Интраоперационный мониторинг функции двигательных черепных нервов может быть важным добавлением в обеспечении их сохранения.

Интраоперационный мониторинг двигательного черепного нерва был описан еще в 1898 г. Krauze, который в хирургии невринома VIII черепного нерва использовал стимуляцию лицевого нерва гальваническим током с визуальным подтверждением ответа. Klivecrona в 40-х годах сделал этот метод рутинным. В то время операции часто проводили под местной анестезией,

что позволяло также оценивать функцию лицевого нерва путем произвольного сокращения мышц лица пациента по требованию хирурга. Kelgado и другие авторы в 1979 г. впервые сообщили об использовании ЭМГ в хирургии опухолей мосто-мозжечкового угла.

В настоящее время используют мультифункциональные нейрофизиологические диагностические комплексы, позволяющие во время хирургического вмешательства оценивать целый ряд параметров состояния жизненно важных структур мозга. Они включают в себя слуховые стволовые вызванные потенциалы, соматосенсорные вызванные потенциалы, ЭЭГ, зрительные вызванные потенциалы, а также полный комплекс оборудования для осуществления интраоперационного мониторинга и электростимуляции двигательных черепных нервов.

Работа основана на анализе хирургического лечения 35 больных с новообразованиями боковой цистерны моста, находившихся на обследовании и лечении в отделении хирургии опухолей головного и спинного мозга РНИХИ с 1999 по 2002 г. Средний возраст больных составил 46,4 года. Женщин было 21, мужчин — 14. Распределение больных по гистологической структуре новообразований было следующим: невринома — у 24, менингиома — у 8, холестеатомы — у 1, гломусные опухоли — у 2. При этом следует отметить, что преобладали