

© Л.В.Лебедев, 2006
УДК 616.831.8-006-07-089(049.3)

Л.В.Лебедев

**В.А.Хилько, А.А.Скоромец, В.А.Хачатрян, Н.В.Шулешова,
Г.И.Хилько. Опухоли ствола головного мозга.—СПб.:
Гиппократ, 2005.—504 с.: ил.**

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. В.М.Седов) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова

Монография, первая в отечественной литературе, посвящена одной из актуальных проблем современной нейрохирургии и неврологии. Актуальность проблемы обусловлена распространенностью данного патологического образования, тяжестью клинических проявлений заболевания, серьезностью его прогноза и низкой эффективностью распространенных методов лечения.

Основу работы составили результаты исследования и лечения 533 больных с первично-, вторично- и околостволовыми опухолями головного мозга. При этом в 190 наблюдениях речь идет о первично-стволовых новообразованиях, в 194 наблюдениях — о вторично-стволовых и в 149 — об околостволовых опухолях. Подробно анализировались результаты хирургического лечения 333 больных. Из них у 79 выявлены первично-стволовые опухоли, у 194 — вторично-стволовые и у 60 — околостволовые новообразования. Вопросы семиотики и алгоритмы дифференциальной диагностики специально исследовались у 190 больных со стволовыми и околостволовыми опухолями (101 взрослый и 89 детей).

В первой части монографии подробно описана история развития учения об опухолях ствола мозга (Н.В.Шулешова). Проанализированы возможности дополнительных методов исследования в диагностике первичных, вторичных и околостволовых опухолей ствола головного мозга. Показана возможность для диагностики электроэнцефалографии и вызванных потенциалов, КТ, МРТ.

Часть вторая посвящена классификации стволовых и околостволовых опухолей головного мозга (В.А.Хилько, В.А.Хачатрян). В практическом и в теоретическом отношении является обоснованным разделение на стволовые и околостволовые опухоли, учитывающее, прежде всего, особенности заболевания и имеющее достоверные прогностические значения относительно исхода лечения вообще и хирургического вмешательства в частности. Анализ материала показал, что к этим критериям могут относиться: наличие или отсутствие экзофитности роста новообразования; диффузность или узловатость роста; наличие кисты и ее размеры; степень распространения опухоли в ткани ствола; степень деформации ствола опухолью; зоны ствола, вовлеченные в опухолевый процесс; гистоструктура новообразования. Использована Между-

народная гистологическая классификация опухолей нервной системы (ВОЗ, 1993).

Представляет существенный интерес третья часть (И.В.Гайворонский, А.И.Гайворонский), в которой даны подробные сведения о функциональной анатомии и топографоанатомические взаимоотношения ствола головного мозга. При разработке оперативных доступов к опухолям различной локализации ствола мозга особое внимание было уделено исследованиям функциональной и микрохирургической анатомии.

В части четвертой (Ю.А.Щербук, А.Ю.Щербук) представлены новые данные по эндоскопической анатомии мостомозжечкового угла и IV желудочка головного мозга.

Часть пятая (А.А.Скоромец) посвящена альтернирующим синдромам и синдромам поражения ствола головного мозга, позволяющим уточнить локализацию и распространенность новообразования.

В шестой части (Н.В.Шулешова), занимающей одно из центральных мест в монографии, подробно рассмотрены особенности клинического течения опухолей ствола мозга у взрослых и детей. Приведены редкие неврологические синдромы при опухолях ствола головного мозга.

В седьмой части (Н.В.Шулешова) представлены данные о дополнительных методах исследования и их значение в диагностике стволовых и околостволовых опухолей головного мозга (краниография, электроэнцефалография, транскраниальная ультрасонография, вертебральная ангиография, транскраниальная доплерография, КТ, МРТ).

Существенное значение для постановки диагноза имеет глава восьмая (Н.В.Шулешова), в которой подробно рассмотрена дифференциальная диагностика опухолей ствола мозга.

Центральное место в монографии занимает описание хирургического лечения опухолей различных разделов ствола головного мозга, представленное в девятой части (В.А.Хилько, В.А.Хачатрян). В ней даны особенности анестезиологического обеспечения операций (А.С.Смекалов) и современный интраоперационный нейрофизиологический мониторинг (Л.М.Острейко, С.А.Лытаев), что позволило при удалении опухоли ствола мозга избежать существенных нейрофункциональных нарушений.

Авторами отмечено, что успех хирургического лечения опухолей ствола мозга во многом зависел от правильного выбора оперативного доступа, положения больного на операционном столе и хорошего знания микрохирургических топографоанатомических взаимоотношений в области опухоли. Оперативные доступы определяются положением опухоли по отношению к основным отделам ствола мозга, их гистологическим строением, а также тем, являются эти опухоли первичными или вторичными по отношению к стволу мозга.

Существенную роль играет сохранение артерий и вен, обеспечивающих кровоснабжение ствола мозга, а также черепных нервов, выходящих из ствола мозга.

В зависимости от локализации опухоли ствола мозга оперативные доступы были разделены на основные группы: 1) доступы к опухолям среднего мозга, четверохолмия, шишковидной железы и задних отделов III желудочка; 2) доступы к первичным и вторичным опухолям моста мозга; 3) доступы к первичным и вторичным опухолям продолговатого мозга и краниоспинального стыка; 4) комбинированные доступы к опухолям ствола, поражающим более одного его отдела.

Среди первичных опухолей среднего мозга наиболее часто встретились астроцитомы и глиобластомы. Среди вторичных опухолей среднего мозга были эпендимомы и папилломы хориоидного сплетения, растущие из III желудочка; опухоли из эмбриональных клеток (эмбриональные карциномы, герминомы, хориоидкарциномы, тератомы); опухоли, растущие из ткани шишковидной железы (пинеоцитомы, пинеобластомы, ганглиоцитомы), менингиомы, липомы, эпидермоидные и дермоидные кисты.

Оперативные доступы к новообразованиям рассматриваемой локализации зависели в основном от их локализации, размеров и направления роста. При этом авторы выделили 4 топографоанатомические варианта расположения этих опухолей: 1) опухоли ножек мозга и четверохолмия, области шишковидной железы, имеющие центральное или центрально-боковое расположение, овальной или шарообразной формы, оттесняющие каудально верхнюю часть мозжечка, смещающие валик мозолистого тела кверху и сдавливающие ножки мозга и водопровод мозга; 2) опухоли с выраженным оральным ростом, вдающиеся в задние отделы III желудочка, иногда достигающие межжелудочковые отверстия и вызывающие окклюзию ликвороотводящих путей; 3) опухоли боковых и передних отделов ножек мозга, боковых отделов тенториальной вырезки и верхних отделов блуждающего нерва; 4) при каудальном росте опухоли, она заполняет тенториальное отверстие, отодвигает верхние отделы мозжечка и, вдаваясь в полость IV желудочка, вызывает нарушение проходимости водопровода мозга. В зависимости от преимущественного распространения опухоли области четверохолмия и среднего мозга, ее размеров и структуры применяются супра- или субтенториальные доступы. Реже используются транстенториальный, височные (подвисочный, передневисочный), птериональный доступы.

При больших опухолях ножек мозга, четверохолмия, шишковидной железы и задних отделов III желудочка, распространяющихся в боковые и оральные отделы области четверохолмия, следует выполнить двусторонний субтенториальный супрацеребеллярный доступ.

Альтернативным подходом к среднему мозгу является окципито-транстенториальный доступ. При больших опухолях области среднего мозга, четверохолмия и пинеальной железы со значительным распространением супратенториально может быть использован транскаллезный доступ. Передний подвисочный доступ позволяет осуществить подход к ножке мозга, к тенториальной вырезке и к верхней части блуждающего нерва. Доступ к опухолям дна IV желудочка или прилежащим к нему областям, а также опухолям моста осуществлялся через нижние отделы червя мозжечка. Авторы обоснованно считали, что радикально удалить диффузные астроцитомы и глиобластомы, вызывающие повреждение не только покровы, но и пирамидных путей, невозможно. В этих случаях под нейрофизиологическим контролем удаляется часть опухоли и делается биопсия. В последующем производится лучевая и химиотерапия. Боковой субокципитальный доступ позволяет осуществить широкий подход к боковой поверхности моста, продолговатого мозга и краниоспинального стыка. Традиционная ретроастиоидная трепанация черепа (ниже поперечного синуса и медиально к сигмовидному синусу), часто необходимая в связи с удалением невриномы слухового нерва, проводится так же и в случаях, когда мы имеем дело с опухолями латеральной поверхности моста и понтомедуллярной области. При всех доступах использовались данные микрохирургической анатомии. Этот раздел хорошо иллюстрирован цветными рисунками и фотографиями, сделанными во время операций, на которых показаны особенности оперативных доступов и микрохирургической анатомии. Рисунки и фотографии существенно облегчают понимание тех или иных подходов к опухолям в зависимости от их локализации. Показаны особенности хирургического лечения опухолей ствола мозга у детей (В.А.Хачатрян).

Десятая часть (Л.И.Корытова, Р.М.Жабина, О.В.Корытов) посвящена лучевому, химиотерапевтическому и комбинированному лечению опухолей ствола мозга. Во всех случаях после удаления опухолей проводилось лучевое лечение и применение химиотерапевтических препаратов.

Монография хорошо иллюстрирована удачно выбранными интраоперационными рисунками, а также до- и послеоперационными КТ- и МРТ-фотографиями. Монография хорошо оформлена (Г.И.Хилько), легко читается, несмотря на сложности излагаемой проблемы. В ней обобщен 20-летний клинический опыт авторов по диагностике и хирургическому лечению опухолей ствола мозга.

Работа может быть использована в преподавании и практической работе нейрохирургов, невропатологов и специалистов смежных специальностей.

Поступила в редакцию 15.03.2006 г.