

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ МЕНИНГИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Д.Р. Алимов, Р.Т. Кадирбеков, Б.А. Саидов, Г.Н. Саидов

Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан

Внутрижелудочковые менингиомы считаются довольно редким заболеванием и составляют 0,5-4,5% всех менингиом (Хачатрян В.А., 1991). В виду того, что внутрижелудочковые менингиомы в большинстве случаев доброкачественны и резистентны к лучевой и химиотерапии, основной метод их лечения - хирургическое удаление (Тиглиев Г.С., 1981). Первое успешное оперативное вмешательство по поводу менингиомы правого бокового желудочка осуществил W. Dandy в 1918 г. Данному заболеванию обычно подвержены лица преимущественно старше 30 лет, причем женщины - в 2 раза чаще мужчин (Jun G.L., 1988). Появление неврологической симптоматики, как правило, обусловлено вентрикуломегалией вследствие окклюзии ликворопроводящих путей либо в результате воздействия опухолевого узла на прилежащие зоны мозга. Известно, что степень выраженности клинических проявлений зависит, главным образом, от близости расположения опухоли к отверстию Монро, окклюзия которого (частичная или полная), в основном и определяет развитие внутричерепной гипертензии.

Вынужденное положение головы характерно для внутрижелудочковых подвижных опухолей, способных блокировать отверстия Монро. Опухоли, расположенные в полости желудочка, впервые также могут проявиться симптомами окклюзионной гидроцефалии. При этом степень неврологических расстройств в ряде случаев носит угрожающий жизни характер, вплоть до развития дислокационного синдрома, т.к. обусловлена блокадой основного пути ликворотока. Медленный рост менингиом анamnез часто длительный бессимптомный анамнез даже при опухолях больших и гигантских размеров. Появление паравентрикулярных симптомов чаще возникает на поздних стадиях заболевания и отражает воздействие опухоли на прилежащие мозговые образования. При менингиомах, распространяющихся в полости боковых желудочков, наиболее типичны двигательные и чувствительные нарушения, развитие отека диска зрительного нерва, гомонимная гемианопсия, речевые нарушения в виде смешанной афазии, эпилептические припадки с локальными судорогами в конечностях. В далеко зашедших случаях наблюдаются слуховые и вестибулярные нарушения, недостаточность функций V₁ и V₂ черепных нервов. Поздние обращения позволяют выявить двигательные нарушения различной выраженности, изменения мышечного тонуса по экстрапирамидному типу, нередко обнаруживаются мозжечковые и вестибулярные симптомы.

Материалы и методы: В нашей клинике в период с 2000 по 2009г. прооперированны 13 больных с интравентрикулярными менингиомами, из которых значительная часть расположена в области боковых желудочков. Больные были разделены на 3 группы в зависимости от оперативного доступа и локализации опухоли. В первую группу вошли 3 больные им применяли подход к опухоли через верхнюю теменную долику. Удаление опухоли проводили по вершине верхней теменной извилины, между постцентральной извилиной и теменно-затылочной бороздой. Преимуществами этого доступа низкий риск развития зрительных нарушений в послеоперационном периоде.

Во вторую группу вошли 6 больных им проводили резекцию затылочной доли при гигантских менингиомах бокового желудочка, распространяющихся в задний рог. У этих больных отмечалось гомонимная гемианопсия. К менингиомам, расположенным в области переднего рога бокового желудочка 4 больным проводили фронтальный доступ - третья группа. Удаление менингиомы производилось в задних отделах средней лобной извилины, что несет минимальный риск развития неврологического дефицита даже в доминантном полушарии.

Результаты и обсуждение: Послеоперационное внутрижелудочковое кровотечение – наиболее грозное осложнение, способное привести к гибели больного. Кровотечение обусловлено недостаточным контролем за состоянием гемостаза в ходе операции, нарушением венозного дренажа, следствием чего может явиться инфаркт перифокальной зоны и кровоизлияние в ложе удаленной опухоли. Сохранение дренирующих хориоидальных вен, а в некоторых случаях коагуляция сосудистого сплетения, позволили избежать данного осложнения у больных, оперированных в нашей клинике.

Выводы: Успешное лечение больных с интравентрикулярными менингиомами может быть достигнуто при комплексном подходе к диагностике и определению тактики хирургического лечения. Тщательная предоперационная оценка неврологических расстройств, топографоанатомические и биологические характеристики новообразования являются основными критериями для выбора оптимального хирургического доступа. При адекватном хирургическом подходе в значительной степени способствует снижению частоты послеоперационных осложнений, улучшению качества жизни оперируемых больных.