

У 14 детей получены хорошие послеоперационные результаты с полным регрессом неврологической симптоматики. У 2 больных с множественными кистами наблюдался рецидив, один из которых закончился летальным исходом, у второго пациента на контрольном КТ головы образовалась гигантская остаточная полость без прогрессирования ее объемов, и

стойким неврологическим дефицитом. У обоих больных не было возможности приема препарата Зентел.

Заключение: На основании данного анализа можно предположить, что комплексное хирургическое и химиопрофилактическое лечение является эффективным и обязательным при лечении эхинококковых кист головного мозга.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРЕПАНАЦИИ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ У ДЕТЕЙ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ СУБТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*А.В. Ким, О.В. Голубова, Я.А. Кундиренко,
К.Э. Лебедев, К.И. Себелев, А.А. Витик, М.Р. Рабандияров
ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург, Россия
АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», Астана, Казахстан*

Пациенты с опухолями задней черепной ямки в послеоперационном периоде составляют известную группу риска по развитию ряда осложнений, в том числе, связанных с зоной хирургических манипуляций: псевдоменингоцеле, ликворея, инфицирование и/или несостоятельность раны. В большинстве таких случаев заболевание осложняется развитием или усугублением гидроцефально-гипертензионного синдрома, который требует дополнительной хирургической коррекции. При любом подобном варианте течения патологического процесса удлиняется длительность послеоперационного периода, возникает необходимость в повторной операции, что нередко сопровождается возникновением неврологического дефицита и инвалидизации больного.

Одним из дискутируемых в настоящее время в литературе факторов, которые могут влиять на формирование вышеперечисленных осложнений и тем самым определять эффективность лечения пациентов с новообразованиями субтенториальной локализации, является особенность краниотомии задней черепной ямки. Учитывая то, что у детей более половины опухолей головного мозга расположены ниже тенториума, обуславливает актуальность данной проблемы.

Долгое время единственным традиционным в хирургии задней черепной ямки методом краниотомии являлась резекционная трепанация чешуи затылочной кости и большого затылочного отверстия без последующей пластики костного дефекта. Данный вид трепанации позволял формировать достаточно большое трепанационное окно в зависимости от локализации патологического очага и выбора

хирургического доступа. А отсутствие костного лоскута расценивалось как дополнительный фактор декомпрессии, облегчающий течение послеоперационного периода на фоне отека мозжечка и ствола мозга, возникающего у большинства больных. Считалось, что наличие мощного мышечно-фасциального каркаса является достаточным защитным фактором и не требует в дальнейшем дополнительной костной пластики. Однако, неизбежным последствием подобного подхода является формирование грубых сращений между мягкими тканями, оболочками мозга и сосудисто-невральными элементами, существует потенциальный риск повреждения структур задней черепной ямки в виду их незащищенности ригидными костными структурами, а у части больных развивается стойкий посттрепанационный синдром. Данные проблемы особенно актуальны для пациентов детского возраста в виду отсутствия или недоразвития мышечного слоя краниовертебральной области.

Цель работы: Провести сравнительный анализ способов краниотомии задней черепной ямки у пациентов детского возраста с субтенториальными новообразованиями.

Материал и методы: Проведен ретроспективный анализ течения послеоперационного периода у 43 пациентов в возрасте от 3 мес. до 17 лет с опухолями задней черепной ямки, оперированных в ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова (Санкт-Петербург) за период с января 2007 по март 2009 гг. Всем больным осуществлялось стандартное клинко-интроскопическое и электрофизиологическое обследование до и после операции.

Все больные были разделены на две группы:

в 1 группу вошли пациенты, которым проводилась резекционная трепанация задней черепной ямки; во 2 группу – пациенты с остеопластической краниотомией. Во 2 группе трепанация в большинстве случаев осуществлялась при помощи высокооборотной дрели, оснащенной специальной «стопой». Предварительно накладывалось одно фрезевое отверстие в области протуберанта или два по нижнему краю поперечного синуса, составляющие верхние углы трепанационного дефекта. Костный лоскут включал в себя также заднее полукольцо большого затылочного отверстия. В некоторых случаях не удавалось беспрепятственно осуществлять прохождение краниотома в области края большого отверстия основания черепа, поэтому последние несколько миллиметров распила скусывали при помощи угловых кусачек Керрисона.

В 5 наблюдениях костно-пластическая трепанация проводилась вручную при помощи пилки Джигли. Для этого накладывались 4 или 5 фрезевых отверстий по углам предстоящей краниотомии. После удаления опухоли во всех наблюдениях проводилось ушивание твердой мозговой оболочки. В ряде случаев использовался фрагмент специального искусственного заменителя для герметизации, в некоторых наблюдениях дефект твердой мозговой оболочки укрывали гемостатической губкой или ватой. В случае остеопластической краниотомии костный лоскут фиксировали при помощи шовного материала или краниофиксов. Затем проводили послойное ушивание мягких тканей. Все пациентам накладывались давящие повязки. Во всех случаях оставляли в ложе удаленной опухоли пассивный трубчатый дренаж, который удаляли на 1-3 сутки. Сравнительному анализу подвергнуто течение послеоперационного периода в обеих группах: осложнения (псевдоменингоцеле, ликворея, инфицирование раны и ликвора), развитие гидроцефалии, стойкость общемозговой и очаговой неврологической симптоматики, выраженность и стойкость пневмоцефалии, длительность госпитального периода и длительность нахождения в реанимационном отделении. Также проводилась оценка влияния типа краниотомии на проведение повторных вмешательств при рецидивах опухолей в обеих группах больных.

Результаты: Из 43 больных, 24 (55,8%) проводилась резекционная трепанация, 19 (44,2%) – костно-пластическая краниотомия. Операцию проводили в трех положениях: сидя – 30 (69,8%) больных, на боку – 10 (23,2%), лежа на животе – 3 (7%). Объем трепанации в 28 (65,1%) случаях не затрагивал край большого затылочной

заднюю дугу атланта, в остальных 13 (30,3%) случаях проводилась резекция чешуи затылочной кости и задний край большого отверстия основания черепа. Большинство наблюдений составили опухоли средней линии: астроцитомы – , медуллобластомы, эпендимомы.

Каких-либо осложнений при проведении остеопластической краниотомии отмечено не было. В этой группе не требовалось дополнительной резекции костных структур для облегчения доступа к новообразованию. Интраоперационно использовался у всех больных мониторинг гемодинамических показателей, ЭЭГ и АСВП.

При анализе послеоперационных осложнений получена достоверная разница в обеих группах. Как и ожидалось, во второй группе не отмечено ни одного случая формирования псевдоменингоцеле. Напротив, в первой группе данное осложнение разной степени выраженности отмечено в 7 (29,2%) случаях. Ликворея в 1 группе была выявлена 3 больных (12,5%). Во второй группе ликвореи не отмечено. Инфицирование или несостоятельность раны не отмечены ни в одном наблюдении. Однако воспалительные изменения в ликворе зафиксированы в 2 (8,3%) случаях на фоне ликвореи у больных 1 группы. В 35 (81,4%) наблюдениях послеоперационный период осложнился развитием пневмоцефалии той или иной степени выраженности. В 28 (80%) из них пациенты оперированы в положении сидя. Выраженная пневмоцефалия сопровождалась общемозговой симптоматикой, однако проходила самостоятельно через 3-14 суток. Статистически достоверной разницы по степени выраженности и стойкости пневмоцефалии в обеих группах отмечено не было.

Нарастание гидроцефально-гипертензионного синдрома после удаления наружного дренажа, на фоне консервативной терапии, люмбальных пункций или аспирации содержимого псевдоменингоцеле затылочной области потребовало проведения ликвороршунтирующих операций у 6 пациентов.

Современное развитие нейроанестезиологии и микрохирургии позволяет избегать значимой травматизации мозговых структур при удалении новообразований головного мозга, в том числе задней черепной ямки. Мы не наблюдали в группе больных с остеопластической краниотомией ни одного случая драматического нарастания послеоперационного отека, не поддающегося консервативной терапии и требующей повторной операции с целью декомпрессии. Напротив, в данной группе отмечался более быстрый регресс общемозговой симптоматики и болевого синдрома, по сравнению с первой группой, что позволяло начинать более раннюю активизацию пациентов.

5 пациентов за период наблюдения оперированы повторно по поводу рецидива или продолженного роста опухоли. 3 пациента из первой группы; 2 – из второй. У больных после остеопластической краниотомии значительно облегчался повторный подход к опухоли, исключалась вероятность повреждения структур задней черепной ямки, в том числе задней нижней мозжечковой артерии, во время доступа в виду сохранения анатомической целостности костно-оболочечных образований, что подразумевает также герметичное ушивание твердой мозговой оболочки.

Выводы:

1. Остеопластическая краниотомия при удалении опухолей задней черепной ямки у детей является безопасным и доступным методом.

2. Резекционная трепанация задней черепной ямки в детском возрасте достоверно чаще сопровождается развитием псевдоменингоцеле затылочной области и ликвореей.

3. Проведение костно-пластической трепанации у больных с опухолями задней черепной ямки значительно уменьшает продолжительность восстановительного послеоперационного периода и улучшает тем самым эффективность лечения данной категории больных.

4. При рецидиве или процидиве новообразований задней черепной ямки проведение остеопластической краниотомии при первой операции значительно облегчает проведение повторного вмешательства.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АСТРОЦИТАРНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПРИ ИХ ПОВТОРНОМ РОСТЕ

**А.В. Ким, *В.А. Хачатрян, *А.М. Забродская, **Ким Вон Ги,*

**Т.В. Соколова, *П.С. Солтан, *П.С. Захарчук*

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

*** Кафедра неврологии с курсом нейрохирургии, Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края, Россия*

Астроцитарные опухоли составляют подавляющее большинство внутримозговых новообразований в детском возрасте. Одной из наиболее актуальных проблем хирургии астроцитом головного мозга является профилактика и лечение рецидивов. Известно, что эффективность лечения, частота возникновения рецидивов, продолжительность безрецидивного периода зависят от многих факторов, в том числе от степени анаплазии новообразования. В ряде работ показано, что при повторном или продолженном росте опухоли может изменяться ее структура в сторону озлокачествления, что, несомненно, будет ухудшать прогноз для дальнейшего лечения таких пациентов. Таким образом, важным является разработка путей эффективной профилактики рецидива астроцитом мозга у детей, в том числе на основе изучения гистобиологических особенностей при повторном росте опухоли.

Цель работы: Изучить особенности гистобиологической структуры астроцитом мозга у детей и их изменения при повторном

или продолженном росте с целью разработки рациональной системы диагностики, профилактики и лечения данной категории больных.

Материалы и методы: С 1997 по 2007 гг. в РНХИ им. проф. А.Л.Поленова оперированы 150 больных с астроцитомами различной степени анаплазии. Катамнез изучен у 87 пациентов и составил от 6 мес. до 11 лет. 27 пациентов (31%) из 87 оперированы повторно. Возраст пациентов при первичной госпитализации составил от 6 мес. до 17 лет. Соотношение мальчиков и девочек составило 1,3:1,0, соответственно. Клинико-электрофизиологические исследования сочетались с современными нейровизуализационными методами (СКТ, МРТ, ПЭТ, ОФЭКТ). В отдаленном периоде пациентам с опухолями III-IV степени анаплазии КТ (МРТ) проводилась каждые 3 месяца первый год, затем каждые 6 месяцев первые 3 года. Больным с опухолями I-II степени анаплазии нейровизуализационный контроль осуществлялся каждые полгода после операции с постепенным увеличением интервала.