

Попов А.О., Цимбалюк В.І., Костюк К.Р.,
Медведев Ю.М., Зінкевич Я.П., Дічко С.М.

Новітні стереотаксичні технології хірургічного лікування екстрапірамідних розладів

Інститут нейрохірургії
і.м. акад. А.П. Ромоданова НАМН України
Київ, Україна
popovandriy@gmail.com

Мета. Вивчення ефективності та безпечності стереотаксичних операцій з використанням МРТ-локалізації ядра-мішені та його інтраопераційної електростимуляції при хірургічному лікуванні хвороби Паркінсона (ХП) та торсійної дистонії (ТД).

Матеріали та методи. Прооперовано 311 хворих на ХП з резистентними тремором та ригідністю (група I), та 18 – із леводопа-індукованими дискінезіями (ЛІД) (група II), яким виконувались однібічні деструкції вентроінтермедіального ядра (Vim) та внутрішнього сегменту блідої кулі (GPi-палідотомії) відповідно. З приводу гіперкінетичної форми ТД 12 хворим проведено однібічні GPi-палідотомії, 5 – двобічні, що виконувались у два етапи (загалом 22 операції). Проведено 2 операції глибинної мозкової стимуляції: субталамічних ядер – пацієнту з акінетико-ригідною формою ХП, яка супроводжувалася моторними флуктуаціями та внутрішніх сегментів блідої кулі хворий на ригідну форму ТД.

Результати і їх обговорення. У групі I припинення тремору спостерігалось у 286 (92,0%) хворих, у 10 (3,2%) – зниження його вираженості. Нормалізацію м'язового тону відмічено у всіх випадках. Мав місце 1 (0,3%) летальний випадок, спричинений крововиливом у вогнище деструкції. У 4 (1,3%) хворих діагностовано геморагічну імбібіцію у вогнище деструкції, наслідком чого були стійкі паретичні явища. Відмічено наступні транзиторні порушення: у 28 (9,0%) пацієнтів – мовні розлади, парез м'язів мускулатури за центральним типом у 16 (5,1%), когнітивні порушення – у 17 (5,5%) випадках, а також порушення чутливості у 3 (1,0%) хворих.

У групі II контрлатеральні ЛІД припинились у всіх 18 (100%) хворих. Відмічено нормалізацію м'язового тону та припинення тремтіння у 16 (88,9%) хворих. У 3 (16,7%) пацієнтів спостерігались транзиторні мовні розлади, у 2 (11,1%) – транзиторний парез м'язів м'язів.

Серед 22 хворих із ТД у 21 (95,5%) випадку відмічено припинення дистонічних гіперкінезів контрлатерально після стереотаксичних втручань. У 4 (18,2%) випадках мав місце рецидив дистонічних гіперкінезів. Відмічено наступні транзиторні порушення: у 4 (18,2%) випадках – мовні розлади та у 3 (13,6%) – парез м'язів мускулатури.

На фоні глибинної мозкової стимуляції у пацієнта з акінетико-ригідною формою ХП спостерігається значне зменшення вираженості гіпокінезії та ригідності, зменшено дозу леводопи з 1250 мг/добу до 750 мг/добу; у пацієнтки з ригідною формою ТД припинились ЛІД з обох сторін. В обох випадках ускладнень не спостерігалось.

Висновки. Стереотаксичні операції на підкіркових ядрах головного мозку є перспективним високо-ефективним та безпечним методом лікування ХП та ТД. Явища неврологічного дефіциту, що виникають внаслідок втручання є переважно транзиторними.

Пятикоп В.А., Кутовой И.А.

Стереотаксическая биопсия новообразований медиобазальных отделов головного мозга под контролем компьютерного томографа

Харьковский национальный медицинский университет
Харьков, Украина
kutovoy@triolan.net.ua

Цель работы: оптимизация способа стереотаксической биопсии (СБ) новообразований медиобазальных отделов головного мозга (НМОГМ) с возможностью интраоперационной КТ-нейровизуализации на всех этапах.

Материалы и методы. За период 2001-2011 гг. в нейрохирургической клинике ХНМУ СБ произведена 65 больным с НМОГМ (женщин – 36, мужчин – 29). Возраст больных варьировал от 17 до 65 лет. Процедуре подвергались больные с тяжестью состояния по шкале Karnofsky не менее 40 баллов (100-80 баллов – 19 (29%), 80-60 баллов – 17 (27%), 60-40 баллов – 29 (44%). Объем образований был от 30 мм³ до 200 см³. СБ проводили при помощи безрамочного стереотаксического аппарата конструкции Канделя Э.И. (1974). под интраоперационной КТ-навигацией. Биопсию проводили вакуумным и спиральным биоптерами, что позволяло получить до 0,3 см³ материала для гистологического исследования. В процессе проведения СБ применяли внутривенное контрастирование для выявления зоны максимального накопления контраста и коррекции положения биоптера.

Результаты и их обсуждение. Положительные результаты СБ получены у 63 (97%) больных, в 2 (3%) случаях обнаружены некротические участки вещества головного мозга. Из положительных результатов гистологически верифицированы: 35 (56%) – глиома; 15 (25%) – злокачественная лимфома; 4 (6%) – менигиома; 9 (13%) – воспалительный процесс. Летальных исходов не было. В 5 (8%) наблюдениях отмечалось интраоперационное осложнение в виде внутримозгового кровоизлияния. Введение гемостатиков и экстренное дренирование гематомы позволило во всех случаях избежать прогрессирования дисгемии, развития последующего отека головного мозга и возникновения неврологического дефицита. Основное преимущество данного метода заключается в том, что все этапы операции проводятся непосредственно под контролем КТ и нейрохирург может принять экстренные меры по устранению возникших осложнений.

После получения гистологического подтверждения выбирали оптимальную тактику лечения. Так с верифицированной опухолью оперировано 24 больных, радиотерапия проведена – 49 (из них 21 на линейном ускорителе Varian “CLINAC 600 С”), в сочетании с химиотерапией – 13, противовоспалительная терапия 9 больным.

Выводы 1. СБ является эффективным методом определения дальнейшей тактики лечения больных с НМОГМ; 2. Метод СБ под контролем КТ позволяет повысить точность попадания биоптером в заданные разноплотностные отделы опухоли; 3. Внутривенное контрастирование позволяет выбирать наиболее оптимальные участки новообразований для проведения СБ; 4. Интраоперационная КТ-визуализация способствует выявлению геморагии и дает возможность своевременно дренировать ятрогенные внутримозговые гематомы и избежать других осложнений.