

часов. Определены факторы, негативно влияющие на головной мозг и ведущую роль в углублении неврологических нарушений. Среди них наиболее частыми является гиперемия пиальной оболочки, редислокация, спазм сосудов, гиперкоагуляция.

Выводы: Операции в сознании при глиомах головного мозга расширяют возможности хирурга в плане радикальности при удалении опухолей головного мозга, способствуют сохранению наиболее важных функциональных зон головного мозга.

Особливості хірургічної техніки при видаленні менінгіом краніобазальної локалізації

Федірко В.О., Оніщенко П.М., Золотоверх О.М., Цюрупа Д.М., Мумлев А.О.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України, Київ, Україна

Мета: покращити результати хірургічного лікування менінгіом краніобазальної локалізації шляхом напрацювання диференційованого підходу в мікрохірургічній техніці.

Матеріали і методи: Розглянуто дані 48 хворих з менінгіомами краніобазальної локалізації, що знаходились на лікуванні в клініці патології задньої черепної ямки ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України» за період з 1995 по 2012р.р. В 12 випадках локалізація пухлин була петрокливаальною суб-супратенторіальною, в 15 – похідним місцем росту були верхівка та медіальні відділи піраміди скроневої кістки, в 12 – петрокливаальна зона в тому числі медіально від югулярного отвору; в 6 – венстромедіальні відділи великого потиличного отвору; в 3 – скат із краніоспинальним ростом пухлин. В 21 випадку пухлини видалялись без застосування мікроскопу і в 27 із застосуванням нейрохірургічного мікроскопу та відповідної техніки. При видаленні пухлин застосовували бі- та монополярну коагуляцію, аспіратор, ультразвуковий аспіратор. Техніка видалення включала: екстраарахноїдальна диссекція, видалення пофрагментарне, від місця похідного росту, від центру пухлини – чи т.з. інтракапсулярне. Виписано 44 хворих, 4 (8,3%) – померло.

Результати та їх обговорення: Із 48 хворих з менінгіомами краніобазальної локалізації в 12 спостереженнях були пухлини фібробластичного типу, в 19 – менінготеліального типу і в 17 – змішаної структури. Мікрохірургічну техніку застосовували диференційовано і в комбінації в залежності від гістоструктури пухлин. З 21 хворого, що лікували без хірургічного мікроскопу померло 3 (14,3%), з 27 у яких застосовували мікроскоп помер 1 (3,7%) (причому причиною смерті була не хірургічна травма). Неврологічний статус та загальний стан хворих другої групи був достовірно краще як на час виписки так і у віддаленому періоді.

Висновки: Мікрохірургічне видалення пухлин-менінгіом краніобазальної локалізації із застосуванням диференційованого підходу і техніки в залежності від гістологічного типу і структури пухлин дає суттєво кращі результати лікування.

Аналіз ефективності кріохірургії аденом гіпофізу

Циганков О.В., Мсаллам М.А.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Мета. Ефективність лікування хворих з аденомами гіпофізу (АГ) методом селективної стереотаксичної трансназально-трансфеноїдальної кріодеструкції (ТТССК); та стереотаксичної трансназально-трансфеноїдальної кріодеструкції (ТТСК) із застосуванням жорсткого ендоскопу.

Матеріали та методи. Прооперовано 117 пацієнтів з АГ: 59 хворим була проведена ТТССК; 21 пацієнт був прооперований методом ТТСК із ендоскопією та 37 пацієнт був прооперований методом трансназо - (трансептально) -трансфеноїдальної мікрохірургічної аденогіпофізектомії (ТТМА).

Результати та їх обговорення. В клініці нейрохірургії ХНМУ було обстежено та прооперовано 62 жінки та 55 чоловіків із АГ. Вік хворих – від 15 до 80 років, у середньому $37,2 \pm 1,6$ року.

Тривалість захворювання становила 3–10 років. У 25 хворих (31,25%) було виявлено мікроаденоми гіпофізу (розмір до 15 мм), у 34 (42,5%) АГ невеликого розміру (16–25 мм), у 16 пацієнтів (20%) АГ середнього розміру (26–35 мм), у 5 хворих (6,25%) великого розміру (36–

55 мм). У 40% хворих був ендосупраселлярний ріст пухлини, у 31% хворих — ендоінфраселлярний напрямок росту пухлин.

Пролактин-продуцуюча АГ знайдена у 35 (43,75%) пацієнтів, соматотропінома — у 29 (36,25%), гормононеактивні пухлини знайдені у 16 (20%) хворих. До оперативного втручання 85% хворих лікували медикаментозно без ефекту до 3 років.

Ефективність хірургічного лікування хворих із АГ різного розміру шляхом ТТССК, ТТСК і ТТМА оцінювали за модифікованою шкалою Дроговоз С.М.: добрий результат — повна ремісія захворювання, зниження підвищеного рівня гормонів гіпофізу до фізіологічних вікових величин, регрес клінічних симптомів; задовільний — регрес клінічних симптомів захворювання, зниження підвищеного рівня гормонів гіпофізу на 50%; незадовільний — збереження клінічних ознак захворювання, відсутність достовірних змін рівня гормонів гіпофізу.

Встановлено: за наявності АГ невеликого розміру добрий результат лікування при вико-нанні ТТССК відзначений у 82,4% випадків, при ТТМА — у 70,5% ($p < 0,05$). За наявності мікроаденом, добрий результат лікування при виконанні ТТССК відзначений у 88% випадків, при ТТМА — у 72,7% ($p < 0,05$). Таким чином, доведено клінічну ефективність методу ТТССК у хірургічному лікуванні АГ. Також встановлено, що впроваджені нами кріохірургічні методи лікування хворих із АГ на 60 % менш травматичні ніж класична трансназальна гіпофізектомія.

Висновки. 1. Застосування методу ТТССК показано при мікроаденомах гіпофізу рефрактерних до консервативної терапії або з непереносимістю консервативної терапії хворими; при невеликих АГ з незначним екстраселлярним ростом.

2. Метод ТТССК АГ дозволяє мінімізувати травматичність оперативного втручання, максимально зберегти інтактну тканину гіпофізу, значно зменшити ризик післяопераційних інфекційних ускладнень і ліквореї в пацієнтів.

3. Порівняльний аналіз результатів ефективності ТТССК АГ із застосуванням жорсткого ендоскопу при мікроаденомах на 15,3%, а невеликих на 12% був ефективніше за ТТМА.

Наш досвід мікрохірургічного лікування низькодиференційованих гліом головного мозку

Чомоляк Ю.Ю., Смоланка В.І.

Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

Мета. Проаналізувати результати мікрохірургічного лікування злویкісних гліом, вказавши особливості видалення, післяопераційні ускладнення, віддалені результати.

Матеріали та методи. Піддано ретроспективному аналізу 160 випадків хірургічного лікування низькодиференційованих супратенторіальних гліом в Обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології м.Ужгорода (ОКЦНН) з 2006 по 2012 роки. Для діагностики пухлин використовувалася магнітно-резонансна томографія (0,36Т та 1,5Т). Всі операції виконано з використанням мікрохірургічної техніки. Дослідження тканини пухлин виконано морфологічними та гістохімічними методами з визначенням ступеню анаплазії за класифікацією ВООЗ від 2007 року. Оцінено тривалість та якість життя пацієнтів у периопераційному періоді.

Результати та їх обговорення. Серед 160 пацієнтів 52,5% склали жінки та 47,5% -- чоловіки. Середній вік пацієнтів становив 52,3 (від 21 до 76 років), середня тривалість хвороби до госпіталізації в ОКЦНН -- 9,3 тижні (від 1 до 48 тижнів). За локалізацією пухлини встановлено наступний розподіл: змішані ділянки головного мозку – 52,8%, скронева частка – 18,9%, лобна частка – 17%, тім'яна частка – 7,5%, потилична частка та медіальні відділи – до 4% спостережень. Патогістологічно домінувала гліобластома (67,2%), також виявлялися анапластичні астроцитомы (14,8%), олігодендрогліома (9,8%), епендимомы (4,1%); найрідше зустрічалися олігоастроцитомы (3,3%) та ПНЕП (0,8%). У 88% випадків виконано максимально безпечну резекцію пухлин, у 7,6% (12 випадків) – тотальну резекцію пухлини з перифокальною зоною і в 4,4% -- часткову резекцію. У понад 95% спостережень спостерігався регрес доопераційного неврологічного дефіциту. Середня тривалість життя після операції склала – 11,4 місяці із задовільною якістю (в середньому 70 за індексом Карновського).