

Спеціальних неотложных лечебных мероприятий требует такое осложнение как послеоперационная ликворея. В большинстве случаев ликворея диагностируется в течение 1-й недели после хирургического вмешательства. В 5–25 % ликворея осложняется менингитом.

Формированию фистулы с истечением ликвора способствует не устраненный в результате хирургического вмешательства синдром внутричерепной гипертензии.

Лечение послеоперационной ликвореи:

1. нехирургическое: а) назначение диуретических средств, антибактериальных препаратов; б) возвышенное положение головы; в) подапоневротический или люмбальный дренаж (возможен риск инфицирования!).

2. хирургическое лечение при непрекращающейся ликворее: а) если ликворея наступает вследствие не устраненного гипертензионно-гидроцефального синдрома необходимо проведение ликворощунтирующей операции.

Своевременная диагностика неотложных состояний и рационально проведенная терапия при опухолевом поражении головного мозга, позволяют провести хирургическое вмешательство в адекватно запланированном объеме, снизить степень операционного риска, предупредить возможность возникновения послеоперационных осложнений, улучшить исходы лечения, обеспечить высокое качество жизни больных.

Хірургічні доступи та методологія видалення гліальних пухлин лобово-скроневої локалізації

*Тяглий С.В., Савченко Є.І., Ксензов А.Ю., Зайцев Ю.В., Полковников О.Ю.,
Свеченко Т.І., Комаров Б.Г., Савченко М.Є.*

Обласна клінічна лікарня, м.Запоріжжя

Захворюваність на первинні пухлини головного мозку складає 10,9–12,8 на 100 тис. населення. 45–50% первинних пухлин мозку становлять гліоми.

Гліальним пухлинам головного мозку притаманний інфільтративний ріст з розповсюдженням пухлинних клітин по периваскулярних просторах, провідникових шляхах мозку, базальних мембранах м'яких мозкових оболонок і їх судин. До 60% гліом мозку вражають функціонально важливі ділянки мозку і розповсюджуються в серединні утворення.

З хірургічної точки зору, одними з найбільш складних є гліоми лобово-скроневої локалізації, які зустрічаються у 9,7–12,6% випадків всіх гліальних пухлин супратенторіальної локалізації.

При гліомах лобово-скроневої локалізації з переважним ураженням лобової частки кістково-пластична трепанація виконувалася над лобовою часткою з обов'язковим розповсюдженням вікна трепанації на проекцію латеральної щілини для забезпечення умов візуального контролю вен латеральної щілини і магістральних гілок середньої мозкової артерії.

При гліомах лобово-скроневої локалізації з переважним ураженням скроневої частки кістково-пластична трепанація виконувалася над скроневою часткою, але також передбачала розповсюдження на нижні задні відділи лобової частки, що дозволяло здійснити при необхідності ревізію латеральної щілини.

При рівномірному ураженні пухлиною як лобової, так і скроневої часток, шкірний розріз і кістковий клапоть формували так, щоб можна було виконати подальші трансцеребральні доступи як в скроневої, так і лобової ділянках.

При плануванні безпосередньо трансцеребрального хірургічного доступу необхідно передбачити на початковому етапі операції вихід на кістозний пухлинний компонент або некротизовану частину пухлини. Їх аспірація дозволяє знизити напруженість мозкових тканин в зоні хірургічного втручання. Це сприяє також зменшенню явищ венозного стазу в судинній системі мозку і призводить до релапсу мозку. В такій цілеспрямовано створеній хірургічній ситуації оптимізуються можливості подальшого виділення пухлинної тканини. Застосування сучасних лазерних і ультразвукових технологій дозволяє проводити видалення пухлини через порожнину кісти або видалення некротичної частини пухлини, методом від „центра” до „периферії” пухлинного вузла, наближаючись до меж макроскопічно візуалізованої зони росту гліоми. Врахування цих обставин має особливу цінність при розташуванні гліом лобово-скроневої локалізації в домінантній півкулі великого мозку.