**Тяглий Сергій Васильович. Хірургічне лікування гліом лобово-скроневої локалізації: дис... канд. мед. наук: 14.01.05 / АМН України; Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова. - К., 2004**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Тяглий С.В. „Хірургічне лікування гліом лобово-скроневої локалізації”. – Рукопис.Дисертація на здобуття вченого ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.05 – нейрохірургія. – Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова АМН України, Київ, 2004.Дисертація присвячена розробці адекватних сучасних підходів до лікування гліом лобово-скроневої локалізації різного ступеня анаплазії. Розроблено алгоритм оптимальної хірургічної тактики при гліомах лобово-скроневої локалізації різного ступеня злоякісності.Ця робота виконана на клінічному матеріалі 182 спостережень гліом лобово-скроневої локалізації. В 97 спостереженнях пухлина розташовувалася в домінантній півкулі великого мозку, в 85 – в недомінантній. Розповсюдження пухлини в медіанні структури відмічено нами у 182 випадках.З урахуванням особливостей розповсюдження пухлин з хірургічної точки зору нами виділено 6 клініко-анатомічних варіантів гліом лобово-скроневої локалізації.Розроблений нами алгоритм оптимізації хірургічної тактики і методології видалення гліом лобово-скроневої локалізації, запровадження оптимальних доступів і диференційованих методів видалення гліом з використанням мікрохірургії, ультразвукових, кріогенних, лазерних технологій дозволили знизити післяопераційну летальність з 7,4% до 1,1 %, підвищити якість життя хворих. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. В дисертації наведені теоретичні узагальнення і нове рішення наукової задачі, що виявляється у виділенні за результатами клінічних досліджень хворих з гліальними пухлинами лобово-скроневої локалізації різного ступеня злоякісностіклініко-анатомічних варіантів росту гліом лобово-скроневої локалізації, розроблено алгоритм лікувально-діагностичних заходів, оптимізовані хірургічні доступи і методологія оперативних втручань, визначена ефективність видалення пухлин при застосуванні сучасних мікрохірургічних, лазерних, ультразвукових і кріогенних технологій.2. Гліоми лобово-скроневої локалізації складають 14,7% від загального числа гліальних пухлин півкуль великого мозку, верифікованих при проведенні хірургічних втручань. Гліоми типової структури (II) складають 27,5%, анапластичні гліоми (III) — 53,8% і гліобластоми (IV) — 18,7%.3. На підставі комплексної оцінки результатів АГ, КТ, МРТ, ОФЕКТ і топографічних даних, виявлених в процесі операції, встановлено, що гліоми лобово-скроневої локалізації незалежно від ступеня анаплазії вражають медіанні структури мозку, що обмежує можливості їх видалення.4. З хірургічних позицій, з урахуванням залучення в пухлинний процес кори, підкіркової білої мозкової речовини і медіанних структур виділено 6 клініко-анатомічних варіантів росту гліом лобово-скроневої локалізації:І А. Кірково-субкортикально-парамедіанні гліоми лобово-скроневих відділів мозку з переважним ураженням лобової частки.І Б. Субкортикально-парамедіанні гліоми лобово-скроневих відділів мозку з переважним ураженням лобової частки.II А. Кірково-субкортикально-парамедіанні гліоми лобово-скроневих відділів мозку з переважним ураженням скроневої частки.II Б. Субкортикально-парамедіанні гліоми лобово-скроневих відділів мозку з переважним ураженням скроневої частки.III А. Кірково-субкортикально-парамедіанні гліоми лобово-скроневих відділів мозку з рівномірним ураженням лобової і скроневої часток.III Б. Субкортикально-парамедіанні гліоми лобово-скроневих відділів мозку з рівномірним ураженням лобової і скроневої часток.5. Алгоритм, який визначає хірургічну тактику при гліомах лобово-скроневої локалізації, засновано на комплексній оцінці результатів клініко-неврологічних, АГ, КТ, МРТ і ОФЕКТ-досліджень, враховує клініко-анатомічні варіанти росту пухлин і включає порівняльний аналіз якості життя хворих до операції і в післяопераційний період.6. Модифіковані хірургічні доступи до гліом лобово-скроневої локалізації здійснюються з урахуванням розроблених клініко-анатомічних варіантів росту пухлини. При пухлинному ураженні кори мозку допустимо проведення її циркулярної резекції по межі росту з подальшим видаленням субкортикально розташованої частини пухлини. Хірургічний доступ до гліом, що не проростають кору, проводиться обмеженою резекцією кори мозку зовні функціонально значущих зон лобової і скроневої часток.7. Видалення гліом лобово-скроневої локалізації проводиться в рамках функціонально обґрунтованих меж з урахуванням особливостей напрямку росту пухлини і залучення в пухлинний процес функціонально значущих зон мозку, медіанних структур, магістральних стовбурів середньої мозкової артерії і венозних колекторів латеральної борозни, що є основною умовою зниження травматичності операції, сприяє післяопераційному регресу неврологічної симптоматики із забезпеченням високого ступеня якості життя хворих.8. Доопераційне планування хірургічної тактики оптимізує можливість застосування технічних засобів в процесі видалення пухлини, забезпечує результативність оперативного втручання. Видалення гліом лобово-скроневої локалізації у всіх випадках засновано на застосуванні мікрохірургічної техніки. Встановлено, що поєднане з мікрохірургією використання лазерних технологій є найбільш ефективним для вапоризації і деструкції медіанно розташованих ділянок пухлини, ультразвукових технологій — для видалення пухлинної тканини в місцях проходження магістральних гілок середньої мозкової артерії, кріогенних технологій — для руйнування залишків пухлини в межах субкортикальної білої мозкової речовини.9. Раціональне застосування мікрохірургічної техніки і сучасних лазерних, ультразвукових і кріогенних технологій при видаленні гліом лобово-скроневої ло-калізації дозволило знизити травматичність операції, забезпечити збереження функціонально важливих мовно-рухових зон мозку, судинних утворень в зоні операції і підвищити якість життя оперованих хворих.10. Впровадження в нейроонкологічну практику алгоритму хірургічної тактики при гліомах лобово-скроневої локалізації, модифікованих хірургічних доступів і методології видалення пухлини, дозволило знизити післяопераційну летальність з 7,4 до 1,1%. |

 |