

тактики для их предупреждения. Достаточно много вопросов вызывают показания к таким операциям, возможность адекватной оценки полученных результатов, а также радикальность уже проведенного лечения.

В последние годы в отделении хирургии сосудов головного мозга проведена большая серия оперативных

вмешательств на аневризмах сосудов головного мозга с наличием сегментарных дефектов сосудов различной степени выраженности. В докладе будет представлен ряд вопросов, касающихся современных возможностей лечения данной патологии, и будут обсуждены предварительные результаты.

ДОКЛАД: ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКОПОТОКОВЫХ ШУНТИРУЮЩИХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Иванов А.Ю., Петров А.Е., Горощенко С.А., Христофорова М.И., Рожченко Л.В., Раджабов С.Д., Алиев В.А., Ибляминов В.Б., Иванов А.А., Синицин П.С., Благоразумова Г.П., Никитин А.И., Воронов В.Г.

ФГБУ «РНХИ им. проф. А.Л. Поленова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

К высокопотокным шунтирующим образованиям сосудов головного мозга в первую очередь следует отнести различные виды артериосинусных соустьев с большим объемом протекающей крови, а также некоторые типы артериовенозных мальформаций с наличием крупных артериовенозных фистул. В прошлом использовались различные подходы для отработки хирургических методов воздействия на данные патологические образования. Применяли различные виды инструментария, от отделяемых баллонов до эмболизирующих композиций современных видов. Тем не менее проблема до сих пор остается актуальной, поскольку высокопотокные шунтирующие образования сосудов головного мозга зачастую требуют особых под-

ходов и хирургической тактики, существенно отличающейся от тактики при аналогичных образованиях, но характеризующихся меньшей степенью шунтирования.

Использование современных подходов позволило заметно улучшить результаты и радикальность лечения высокопотокных шунтирующих образований сосудов головного мозга.

В докладе будут представлены результаты лечения определенных видов каротидно-кавернозных и артериосинусных соустьев, потребовавших специальной хирургической тактики, а также результаты лечения артериовенозных мальформаций с крупным фистулезным компонентом.

ДОКЛАД: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ

Мельченко С.А., Улитин А.Ю., Олюшин В.Е., Кальменс В.Я.

ФГБУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург

Цель: изучение результатов лечения пациентов с множественными глиомами головного мозга, оперированных в РНХИ им. А.Л. Поленова с 01.01.2001 по 31.12.2014.

Материалы и методы: Проведен анализ лечения 70 пациентов с множественными церебральными глиомами, оперированных в РНХИ им. проф. А.Л. Поленова в период с 01.01.2001 по 31.12.2014. Возраст больных колебался в диапазоне от 21 до 77 лет, в среднем 51 год. Соотношение мужчин и женщин составило 3:2.

Результаты исследования: Период от появления первых симптомов до выявления новообразований составил в среднем 3,5 мес. Пациентов с первично-множественными глиомами головного мозга было 59 (84,2%), с последовательно-множественными — 11 (15,8%). При поступлении индекс Карновского в среднем составил 62,5 балла, при выписке — 65 баллов. Все пациенты разделены на 3 группы. В I группу вошли пациенты с первично-множественными злокачественными глиальными опухолями, во II группу — с последовательно-множественными злокачественными глиальными опухолями, в III группу — с доброкачественными первично- и последовательно-множественными глиальными опухолями. В I группе гистологическая структура опухолей была представлена преимущественно глиобластомами — 39 пациентов (76%), а также глиосаркомами — 4 (8%), анапластическими астроцитомами — 4 (8%) и анапластическими олигодендроглиомами — 4 (8%). Во II группе гистологический тип опухолей был представлен глиобластомами — 6 (46%), глиосаркомами — 4 (31%) и анапластическими астроцитомами — 3 (23%). У одного пациента было выявлено сочетание анапластической астроцитомы правой лобной доли и фибриллярной астроцитомы левой лобной доли. В III группе — 3 (33%) пациента с фибриллярными аст-

роцитомами, 3 (33%) пациента с протоплазматическими астроцитомами, 2 (22%) пациента с плейоморфными ксантастроцитомами и 1 (11%) пациент с субэпендимарной гигантоклеточной астроцитомой.

Супратенториальная локализация опухолей была у 65 (91,5%) пациентов, супра-субтенториальная — у 6 (8,5%). У 51 (72,8%) больных выявлено 2, у 14 (20%) — 3, у 3 (4,2%) — 4, у 1 (1,4%) — 5 и у 1 (1,4%) — 6 опухолевых узлов.

Всем пациентам выполнено оперативное лечение, целью которого в большинстве случаев являлась максимальная циторедукция патологической ткани (удаление как можно большего количества опухолевых узлов). В случаях, когда выполнение открытого удаления опухоли было противопоказано (из-за локализации, соматического статуса, возраста больного), выполняли стереотаксическую биопсию одного из самых доступных для операции узлов. Операцию в объеме удаления всех опухолевых очагов выполнили 14 (20%) пациентам, из них 8 (11,5%) пациентам выполнено «тотальное» удаление опухолей (все пациенты с двумя узлами). У 52 (72,8%) пациентов было выполнено удаление одного опухолевого очага, как правило, расположенного в зоне операционной доступности и вызывающего «масс-эффект». Стереотаксическая биопсия проведена 10 (14,3%) пациентам. Пациенту с 4 опухолевыми очагами выполнено удаление 3 очагов (оставлен узел опухоли, располагающийся в области зрительного бугра).

Послеоперационная летальность составила 5,7% (умерли 4 пациента). Лучевая и химиотерапия была проведена 55 (78,5%) больным. В группе пациентов, получавших химиотерапию по схеме PCV (35 пациента (50%)), средняя продолжительность жизни составила