

Изобретение относится к медицине, а именно к нейрохирургии.

Наиболее близким по технической сущности к заявляемому методу является метод Наффцигера - Тауна [1], заключающийся в том, что производят разрез кожи и подкожной клетчатки до глубокой фасции, начиная на 4см выше наружного затылочного бугра и вниз до С₆ позвонка. Поверхностные мягкие ткани отсепааровывают от глубокой фасции широко в стороны. Шейные мышцы по средней линии рассекают до кости, растягивая крючками, и распатором отделяют обе стороны от затылочной кости вместе с надкостницей. Поперечно рассекают глубокую фасцию и мышцы на протяжении 3 - 4см в стороны от наружного затылочного бугра. Затем отделяют мышцы от заднего бугорка атланта. Надкостницу по задней дуге атланта рассекают горизонтальным разрезом и отделяют распатором. Затем обнажают задний край большого затылочного отверстия. Далее производят резекцию задней дуги атланта в пределах 3 - 4см. Наносят фрезевые отверстия на чешую затылочной кости и производят резекцию чешуи до поперечных синусов, не обнажая их. Твердая мозговая оболочка рассекается У-образным разрезом. Затылочный синус прошивают и перевязывают в каудальном участке. Лоскут твердой мозговой оболочки отводят вверх. Вскрывается паутинная оболочка. Производится пункционное обнаружение опухоли. При околостволовой локализации опухоли производят рассечение червя мозжечка вертикальным, а иногда и резекцию части гемисферы мозжечка. Опухоль выделяют от окружающих тканей и удаляют. Производят послойное ушивание раны.

Основным недостатком указанного выше метода является сложность доступа при удалении опухолей околостволовой локализации с супра- и субтенториальным ростом, что влечет за собой высокую травматизацию ствола и не дает возможности радикального удаления новообразования.

Заявляемое изобретение решает задачу увеличение надежности удаления новообразования и уменьшения травматизации стволовых структур мозга.

Поставленная задача решается путем изменения доступа к новообразованию.

Заявляемый способ предполагает выполнение S-образного парамедиального разреза мягких тканей в вертикальном направлении на расстоянии 3см в сторону от срединной линии, начинающийся на 2см выше проекции пункции заднего рога бокового желудочка и заканчивающийся на уровне остистого отростка 12 позвонка; в проекции затылочной доли осуществляют костно-пластическую трепанацию размером 4 × 4 × 5см с оставлением костного мостика до 2см шириной над поперечным синусом, с последующей субокципитальной резекцией чешуи затылочной кости, с У-образным или линейным рассечением тенториума и поэтапным субтотальным удалением супра- и субтенториальной части околостволового новообразования.

Способ выполняется следующим образом: производят S-образный парамедиальный разрез мягких тканей в вертикальном направлении на расстоянии 3см в сторону от срединной линии. Разрез начинают на 2см выше проекции пункции

заднего рога бокового желудочка и продолжают на шее в виде слегка изогнутой латеральной линии, заканчивающейся на уровне остистого отростка С₂ позвонка. Послойно рассекают кожу и мышцы. Производят скелетизацию затылочной кости. В проекции затылочной доли накладывают 4 фрезевых отверстия, выкраивают костно-мышечный лоскут основанием наружу 4 × 4 × 5см. Соответственно проекции заднего рога бокового желудочка производят его пункцию силиконовым катетером, фиксируют к твердой мозговой оболочке. Дозированно, по 5 мл в течение 20 - 30мин, выводят ликвор до достижения нормотензии. Соответственно проекции поперечного синуса, с целью избежания его травматизации, оставляют костный мостик до 2см шириной, и непосредственно под ним производят резекционную трепанацию чешуи затылочной кости размером 3 × 4 × 4см. Твердая мозговая оболочка супра- и субтенториально вскрывается У-образным разрезом. Первый этап операции заключается в отведении вверх затылочной доли ретрактором, рассечении тенториума У-образным или линейным разрезом, отделении супратенториального полюса околостволовой опухоли от кровоснабжающих ее сосудов, здоровых тканей мозга, с применением микрохирургического инструментария и микроскопа. После отделения от ствола мозга верхний полюс опухоли фрагментами удаляют в пределах видимого. Второй этап операции заключается в выделении субокципитальной части околостволовой опухоли от стволовых структур мозга, гемисферы мозжечка, сосудов, питающих опухоль, и черепно-мозговых нервов, компримированных опухолью (V, VI, VII, VIII пары), с последующим ее удалением фрагментами. Операция заканчивается тотальным удалением околостволовой опухоли. Силиконовый катетер, расположенный в заднем роге бокового желудочка, удаляют, твердую мозговую оболочку укладывают на место и ушивают наглухо. Костно-мышечный лоскут в затылочной области укладывают на место. Рану послойно ушивают наглухо.

Приводим пример клинического применения.

Больная Н., 45 лет, поступила в нейрохирургическое отделение Харьковской областной клинбольницы 03.12.92г. с жалобами на снижение слуха, шум в левом ухе, шаткость при ходьбе, периодические головные боли. Более около 3 лет, когда впервые появились вышеописанные жалобы. Установлен клинический диагноз: опухоль (невринома) околостволовой локализации. 27.12.93г. была произведена операция: тотальное удаление опухоли околостволовой локализации (невринома VIII пары). Произведен S-образный парамедиальный разрез мягких тканей в вертикальном направлении на расстоянии 3см в сторону от срединной линии. Разрез произведен на 2см выше проекции пункции заднего рога бокового желудочка и продолжен на шее в виде слегка изогнутой латеральной линии, закончен на уровне остистого отростка С₂ позвонка. Кожа и мягкие ткани послойно отсепаарованы от кости. Затылочная кость скелетирована. В проекции затылочной доли произведена костно-пластическая трепанация. Соответственно проекции поперечного синуса оставлен костный мостик шириной до 2см и

непосредственно под ним произведена резекция чешуи затылочной кости размером 3 × 4 × 4 см. В левой затылочной области вскрыта твердая мозговая оболочка У-образным разрезом, мозговое вещество отечно, пульсации не наблюдается. Произведена пункция заднего рога левого бокового желудочка, выведено 10 мл прозрачного бесцветного ликвора. Появилась отчетливая пульсация мозга. Тенториум рассечен линейным разрезом. Удален верхний полюс околостволовой опухоли. Крестообразно вскрыта твердая мозговая оболочка над левой гемисферой мозжечка. Гемисфера мозжечка отведена вправо. Обнаружен нижний полюс околостволовой опухоли с наличием обильно кровоснабжающих ее сосудов. Произведено микрохирургическое выделение V, VI, VII пар черепно-мозговых нервов и крупных сосудов, кровоснабжающих опухоль. Опухоль фрагментирована и удалена тотально. Больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

Предлагаемый доступ является топографо-анатомически и физиологически обоснованным, способствующим уменьшению травматичности операции. Предложенный способ хирургического лечения новообразований околостволовой локализации с суб- и супратенториальным ростом по сравнению с предыдущими обладает следующими преимуществами: является менее травматичным, что проявляется в отсутствии таких осложнений, как дисгемические нарушения и отек ствола мозга. Использование предлагаемого способа способствует расширению радиальности операции - тотальному удалению опухоли, уменьшению повреждения ствола мозга, затылочной доли и гемисферы мозжечка, исключению резекции задней части дужки атланта, уменьшению частоты осложнений в виде дисгемии и отека ствола мозга, сокращению сроков лечения.

По заявленному способу в нашей клинике прооперировано 12 больных. Всем больным в дооперационном периоде производилось комплексное обследование, заключающееся в проведении эхоэнцефалоскопии, офтальмоскопии, ЭЭГ-картографии, компьютерной томографии головного мозга с контрастированием. Все больные после операции выписаны в удовлетворительном состоянии без грубых неврологических нарушений.