

Радикальность удаления глиальных опухолей функционально значимых зон

Лахина Ю.С., Чиркин В.Ю., Красношлык П.В., Васькова Н.В., Жарова Е.Н., Гуляева Ю.С.

Национальный Медицинский Исследовательский Центр имени В.А. Алмазова, Россия. Директор академик РАН Е.В. Шляхто

197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2

Контактный телефон: 8 921 382-06-08

e-mail: highway25@yandex.ru

В настоящее время хирургическое лечение глиальных опухолей предусматривает принципиальное разделение философии хирургии доброкачественных и злокачественных опухолей. Для первых – стремление к радикальности при контроле за функционально значимыми корковыми и подкорковыми структурами с целью сохранения качества жизни пациента и радикальность удаления для злокачественных опухолей, что увеличивает продолжительность безрецидивного периода, но часто сопровождается ухудшением качества жизни.

Материалы и методы

С января 2013 года по май 2017 во 2 нейроонкологическом отделении РНХИ им. А.Л.Поленова (в дальнейшем именуемым - филиал СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова) и отделении нейрохирургии №5 СЗФМИЦ им. В.А.Алмазова выполнено 130 оперативных вмешательств по поводу внутримозговых глиальных опухолей низкой и высокой степени злокачественности, локализующихся в ФЗЗ с использованием интраоперационного электрофизиологического мониторинга и нейронавигационного оборудования. Сформированы 4 группы наблюдений: 1. 56 наблюдений - стандартный проекционный доступ с применением моторного картирования. 2. 35 наблюдений, внепроекционный доступ – трансильвиев или супрацеребеллярный транстенториальный. 3. 31 наблюдение, в ходе которых при удалении опухоли использовались различные навигационные технологии.

4. 8 наблюдений - дополнительных технологий не использовалось. В группе пациентов, которым выполнялось моторное картирование, средний возраст составил $46,79 \pm 2,9$, во второй группе - составил $47 \pm 2,26$, в третьей - $50,23 \pm 15,12$, в контрольной - средний возраст $39,13 \pm 2,25$. Достоверных отличий по возрасту в группах не наблюдалось. При анализе групп по половой принадлежности отмечено, что в первой и второй группе преобладали мужчины, $64,29\%$, $58,06\%$ соответственно, а в третьей и четвертой – женщины по $57,14\%$ и $87,5\%$ соответственно. Всего в нашей серии пациентов с глиомами Ф33 LGG встречались у 48 пациентов, в 82 случаях – HGG, что соответствует данным литературы по соотношению высоко- и низкодифференцированных глиальных опухолей.

Результаты: Достоверно чаще ($p=0,02$), $74,19\%$ случаев в группе пациентов, которым использовались специализированные технологии (различные типы навигаций - метаболическая, ультразвуковая, оптическая), представлены повторными операциями, что объясняет, с одной стороны, способ контроля за функцией и объемом резекции, а, с другой стороны, предполагает группу более тяжелых пациентов с точки зрения измененной анатомии области вмешательства после первой операции и худшего прогноза для послеоперационного дефицита и качества жизни. При анализе степени радикальности достоверно выше степень радикальности в группе пациентов, которым выполнялось моторное картирование, в $73,21\%$ случаев ($p=0,01$). В группе пациентов, с внепроекционными доступами радикальное удаление удалось достичь в $54,29\%$ случаев, а в группе пациентов с использованием навигационного оборудования в $25,81\%$. Субтотальное удаление в группе пациентов с моторным картированием было в $1,79\%$, в группе непроекционных доступов - $8,57\%$, $67,74\%$ - в группе с навигацией. Частичная резекция составила $6,45\%$ для пациентов в группе с технологиями, $10,71\%$ в группе с картированием, $8,57\%$ в группе с непроекционными доступами

Заключение: Использование электрофизиологического мониторинга обеспечивает не только контроль за сохранением Ф33, но и повышает

радикальность наряду с другими навигационными технологиями, что особенно важно при повторных операциях.