

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ МОТОРНОЙ ЗОНЫ

**Зуев А.А., Педяш Н.В, Димерцев А.В., Каньшина Д.С., Подгурская
М.В., Теплых Б.А.**

**ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирого-
ва» Минздрава России, Москва**

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения гли-
альных опухолей дополнительной моторной зоны.

За 2018-2020гг. в НМХЦ им. Н.И. Пирогова прооперированы 32 пациен-
та с глиальными опухолями в области дополнительной моторной зоны.
Средний возраст пациентов составил 46,7 лет. У 19 (59,4%) больных опухоль
располагалась в доминантном полушарии, у 13 (40,6%) – в субдоминантном.
У 50% пациентов были верифицированы глиомы WHO Grade II, у второй по-
ловины - WHO Grade III-IV. В 18,8% случаев опухоль локализовалась только
в пределах верхней и/или средней лобной извилинах, у 81,2% пациентов рас-
пространялась так же на близлежащие структуры головного мозга (нижнюю
лобную, прецентральную, поясную извилины, мозолистое тело, подкорковые
ядра). Средний объем опухоли составил 49,3 см³ (от 19,4 до 283 см³).

Клиническая картина складывалась из симптоматической эпилепсии
(51%), головной боли (14%), моторного дефицита (12,4%). У 43% пациентов
симптомы отсутствовали.

Диагностика опухолей включала МРТ головного мозга с контрастирова-
нием в высоком разрешении, трактографию, фМРТ (при локализации опухо-
ли в доминантном полушарии).

Операции проводились с обязательным использованием нейрофизиоло-
гического мониторинга, в случае локализации опухоли в доминантном полу-
шарии – с интраоперационным пробуждением и картированием речевых зон
и трактов.

При контрольной МРТ головного мозга тотальное удаление опухоли произведено у 78% пациентов, у 6,3% – близко к тотальному. В первые сутки после операции у 78% пациентов развился синдром дополнительной моторной зоны (гемиплегия, афазия), который начинал регрессировать спустя 4-7 дней после операции. Через 6 месяцев после операции необратимый неврологический дефицит остался у 6 % больных.

Выводы: Удаление глиальных опухолей дополнительной моторной зоны с мультимодальным подходом в диагностике и планировании операции, обязательным использованием интраоперационного мониторинга, систем интраоперационной навигации и визуализации позволяет добиться максимально возможной резекции опухолевой ткани с хорошими функциональными исходами.