

СИНДРОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ МОТОРНОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Алексеев И.М., Педяш Н.В., Димерцев А.В., Зуев А.А.

*ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России,
Москва*

Введение: При хирургии опухолей, расположенных в дополнительной моторной области (ДМО), возможно развитие послеоперационного неврологического дефицита в виде речевых и/или двигательных нарушений, в частности – акинетического мутизма (синдрома ДМО).

Цель: Оценить частоту развития, характер и степень обратимости послеоперационного неврологического дефицита у пациентов с глиальными опухолями ДМО, а также выявить прогностические факторы его развития.

Материал и методы: Ретроспективно проанализировано 40 случаев хирургического лечения пациентов с глиальными опухолями ДМО. Оценивались различные пред- и послеоперационные нейровизуализационные, интраоперационные параметры, а также неврологический статус пациентов до и после операции, на момент выписки, а также через 6 месяцев после. С использованием статистического анализа проводилась оценка влияния различных прогностических факторов на развитие послеоперационного дефицита.

Результаты: У 22 пациентов (55%) в раннем послеоперационном периоде был выявлен неврологический дефицит (контралатеральные парезы, нарушение инициации и/или беглости речи, мутизм). Классический «синдром ДМО» развился у 9 пациентов (22,5%). Любой развившийся послеоперационный дефицит отличался выраженной степенью обратимости: через 6 месяцев полный регресс речевого дефицита был достигнут в 81,8%, а двигательного – в 92,3% случаев. Основными прогностическими факторами развития послеоперационного дефицита были: операция на доминантном полушарии ($p=0,029$), резекция обоих субрегионов ДМО ($p=0,005$) и средней трети поясной извилины ($p=0,018$). На развитие моторного дефицита статистически значимо влияли резекция собственно ДМО ($p<0,001$) и средней трети поясной извилины ($p=0,007$), объём опухоли до операции ($p=0,037$). При операции на доминантном полушарии, на развитие нарушения инициации речи и/или её замедления влияло расстояние от опухоли до лобного косого пучка ($p=0,038$), а на развитие мутизма или моторной/сенсомоторной афазии – резекция всей ДМО совместно со средней третью поясной извилины ($p=0,001$).

Заключение: При хирургии опухолей ДМО необходимо тщательное предоперационное планирование, а также разъяснение пациенту и его родственникам о возможном развитии послеоперационных симптомов, их обратимости, а также рисков их возникновения.