

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХО- ЛЯМИ МОТОРНЫХ ЗОН. ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕ- СКИХ ИСХОДОВ.

Димерцев А.В., д.м.н. Зуев А.А., Педяш Н.В., Алексеев И.М., к.б.н. Киреева Г.С.,
Маринец А.А.

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

Введение: Первичные опухоли центральной нервной системы (ЦНС) составляют около 2% от всех опухолей человека. Удаление опухоли, как правило, необходимый этап в лечении. Основная задача хирургического лечения внутримозговых опухолей - максимально радикальное удаление образования в пределах физиологически дозволенных границ, что напрямую влияет на качество и продолжительность жизни больных

Цель: оценить результаты хирургического лечения опухолей моторных зон и выявить предикторы развития необратимых двигательных нарушений.

Материал и методы: Ретроспективно проанализированы результаты хирургического лечения 143 пациентов с опухолями, поражающими или находящимися в непосредственной близости от кортикоспинального тракта и первичной моторной коры головного мозга (на расстоянии до 10мм) в период с 2014 по 2020гг.

Результаты: Тотально были удалены 88 опухолей (61,5%), близко к тотальному 30 (21%), субтотально 17 (11,9%), частично 8 (5,6%). Объем опухоли после операции варьировал от 0 до 84,4см³ (средний объем 3,54±2,01). Проведен анализ радикальности удаления опухолей в зависимости от их гистологии, исходного объема, локализации, близости и характера взаимоотношений с моторными зонами. Показана динамика неврологических нарушений до и после операции, а также их взаимосвязь с характером и роста и расположением опухолей. Ухудшение функционального статуса после операции выявлено у 46 (43,8%) пациентов. Через 7 дней у 32 (30,5%). Однако на фоне консервативной терапии дефицит регрессировал у большинства пациентов и при осмотре через 6 месяцев сохранялся только у 12 пациентов (11,4%). Получена статистически значимая связь с интраоперационным снижением амплитуды ответа по данным транскраниальной стимуляции $p<0,001$, а также транскортикальной стимуляции $p=0,018$. Не отмечено значимых отличий в функциональном статусе пациентов в послеоперационном периоде в зависимости от силы стимула прямой стимуляции, на которой была остановлена резекция $p=0,900$, а также от радикальности резекции опухоли $p>0,05$

Заключение:

Использование четырех методов нейрофизиологического картирования – транскраниальной, транскортикальной, прямой кортикальной и субкортикальной стимуляции помогает нивелировать недостатки друг друга по отдельности и позволяет добиваться радикальности удаления опухолей моторных зон при сохранении функционального статуса.

Снижение амплитуды ответа $\geq 50\%$ от исходного по данным транскраниальной и транскортикальной нейрофизиологической стимуляции является предиктором развития стойкого двигательного дефицита.

Приближение к кортикоспинальному тракту на силе стимула 1мА при прямой монополярной нейростимуляции, а также радикальность резекции не являются предиктором развития необратимых двигательных нарушений в послеоперационном периоде.

При удалении опухолей моторных зон у пациентов нарастает двигательный дефицит и постепенно восстанавливается до исходного и выше по истечении 6 месяцев после операции.

Ключевые слова: опухоли головного мозга, глиомы, нейрофизиологический мониторинг, опухоли моторных зон, кортикоспинальный тракт.