

## Эндоскопическое лечение арахноидальных кист головного мозга

Летягин Г.В., Данилин В.Е., Ким С.А., Сысоева А.А.

ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии» г. Новосибирск Минздрава РФ

Арахноидальные кисты головного мозга представляют собой одну из сложных проблем детской нейрохирургии. Нарушая ликвороциркуляцию, они проявляются синдромом внутричерепной гипертензии различной степени выраженности, эпилептическими припадками или иными неврологическими симптомами. Литература и изложенные в ней взгляды на рациональную хирургическую тактику противоречивы. Большинство хирургов придерживается многолетней, устоявшейся точки зрения – проведение традиционной краниотомии с широкой фенестрацией стенок кист. Сторонники малотравматичных операций предлагают проводить имплантацию шунтирующих систем. Однако у большинства больных (до 60-80%) с течением времени происходит окклюзия шунта. Более современная точка зрения в лечении арахноидальных кист – это эндоскопическая фенестрация стенок кисты и соединение кисты с близлежащими арахноидальными цистернами или желудочками головного мозга, но данный метод применим не при всех арахноидальных кистах, так как имеются технические ограничения данных операций.

Целью исследования являлось улучшение результатов хирургического лечения внутричерепных кист за счет применения нейроэндоскопических вмешательств.

Материалы и методы. Оперировано 11 человек в возрасте от 1 до 15 лет. Предоперационное обследование обязательно включало в себя СКТ и МРТ диагностику. Выбор шунтирования зависел от локализации кисты. Проводилось три вида шунтирования: кистовентрикулярное – 5, кистоцистернальное – 2 и их комбинация – 3. Из анамнеза удалось установить, что арахноидальные кисты были, наиболее часто, результатом перинатальной патологии и воспалительных заболеваний головного мозга. У

5 пациентов отмечалось, в той или иной степени, смещение срединных структур мозга в противоположную сторону. У 3 пациентов на глазном дне наблюдались явления застоя дисков зрительных нервов, у 1 – частичная атрофия дисков зрительных нервов. Эндоскопическое вмешательство осуществляли видеоэндоскопическим оборудованием фирмы «Karl Storz». Использовался жесткий эндоскоп с манипуляционной трубкой диаметром 6 мм и углом обзора операционного поля 0 и 30°. Доступ осуществлялся через фрезевое отверстие диаметром до 20 мм. Следующий этап операции – ревизия кисты. В нескольких случаях, когда кисты были многокамерными, разделяющие их арахноидальные мембраны были иссечены на большом протяжении с образованием единой полости. В полости кисты выбирался наименее васкуляризированный участок и коагулировался, а затем перфорировался. Убедившись, что киста соединена с базальной цистерной или полостью бокового желудочка, отверстие расширялось. Результат восстановления ликвороциркуляции оценивался по динамике клинических симптомов, состоянию глазного дна, данным КТ или МРТ.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях наблюдался положительный эффект. Через несколько недель отмечался регресс неврологического дефицита, урежение или исчезновение эпилептических припадков. Особенно быстро восстановление функции головного мозга происходило в раннем детском возрасте. Таким образом, нейроэндоскопическое лечение внутричерепных кист является перспективным направлением, позволяющим без имплантации дренажей и малотравматично восстанавливать ликвороциркуляцию, но этот метод лечения кист головного мозга не является рутинным, а является методом выбора.