

ХРОНИКА

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ МОСКОВСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА НЕЙРОХИРУРГОВ В 2014 Г. (155—160 ЗАСЕДАНИЯ)

155-е заседание от 27 февраля 2014 г.

1. ВОСПОМИНАНИЯ ОБ АКАДЕМИКЕ АЛЕКСАНДРЕ ИВАНОВИЧЕ АРУТЮНОВЕ. К 110-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ.

А.Н. Коновалов

ФГБНУ НИИ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко, Москва

Доклад посвящен личности А.И. Арутюнова, его работе во главе Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, о взаимоотношении руководителя

и коллектива института, хирургической практике, научных достижениях.

2. ФИЛЬМ «КОРОЛЬ НЕЙРОХИРУРГИИ»

Режиссер-постановщик Э.П. Власова

В фильме представлен профессиональный путь замечательного нейрохирурга и человека Александра Ивановича Арутюнова. С момента окончания в 1929 г. медицинского факультета Северо-Кавказского (Ростовского-на-Дону) государственного медицинского университета он заведовал хирургическим отделением Нартасской районной больницы и был ее главным врачом. В 1931—1932 гг. А.И. Арутюнов проходил клиническую ординатуру в клинике госпитальной хирургии под руководством профессора Н.А. Богораза (Ростов-на-Дону), с 1932 г. по 1935 г. — очная аспирантура в Московском институте нейрохирургии. После защиты кандидатской диссертации А.И. Арутюнов работал старшим научным сотрудником Московского института нейрохирургии, затем — доцентом Центрального института усовершенствования врачей и заведовал нейрохирургической клиникой больницы им. С.П. Боткина. С 1939—1940 гг. он принимал активное участие в боевых действиях на различных фронтах — как

руководитель нейрохирургической бригады, армейский хирург и в дальнейшем — как главный хирург Северо-Кавказского (1941—1943), Юго-Западного и 3-го Украинского (1943—1944) фронтов, был награжден орденом «Красной Звезды», двумя орденами Боевого Красного Знамени. В 1944 г. защищена докторская диссертация на тему «Огнестрельные ранения магистральных сосудов и их лечение на этапах эвакуации». После войны А.И. Арутюнов убедил Н.С. Хрущева создать на базе Киевского психоневрологического института Нейрохирургический научно-исследовательский институт, который он и возглавлял с 1950 по 1964 г. В 1964 г. А.И. Арутюнов назначен директором Института нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко, которым руководил до 1975 г. Во время работы в институте А.И. Арутюнов стал академиком АМН СССР, возглавлял Всесоюзное научное общество нейрохирургов, был награжден двумя орденами Ленина, а в 1974 г. удостоен звания Героя Социалистического Труда.

156-е заседание от 27 марта 2014 г.

1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ МИКРОНЕЙРОХИРУРГИИ

Д.И. Пицхелаури

ФГБНУ НИИ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко, Москва

2. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ УДАЛЕНИЯ НИЗКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ГЛИОМ ОСТРОВКА

Мираи Скрап

Несмотря на совершенствование интраоперационных технологий нейровизуализации, остров-

ковая доля головного мозга (*lobus insularis, insula*) остается сложной областью для хирургических

вмешательств из-за его тесной связи с различными сосудистыми и нейрофизиологическими функциональными структурами. Функционально островковая кора недавно была определена как ассоциативное мультимодальное компенсаторное вторичное поле мозга. Наибольшие трудности хирургического вмешательства в эту область связаны с богатой васкуляризацией этой ткани и с наличием волокон, проходящих рядом с островковой корой, наиболее важными из которых являются:

- пирамидальный тракт в верхней задней части островка;
- нижний фронто-окципитальный пучок нервов (Inferior Fronto-Occipitalis Fasciculus);

- аркуатные волокна, которые связаны с речевой функцией.

Как и для всех низкодифференцированных глиом, обширная резекция является главным прогностическим фактором улучшения общей выживаемости пациентов (OS). Наш опыт хирургии инсулярной глиомы будет продемонстрирован техникой хирургической резекции и мониторингом функциональных и нейропсихологических аспектов этой зоны коры мозга.

Дополнительная проверка верности хирургического лечения основана на объемном анализе опухолевой массы, клинических результатах и общей выживаемости пациентов, что также приведено в докладе.

157-е заседание от 28 мая 2014 г.

1. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА» В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОЦЕССА

Д.С. Спирин

ФГБНУ НИИ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко, Москва

Д.С. Спирин, В.А. Черкаев, Г.Л. Кобяков, И.В. Решетов, В.В. Назаров

Принятие решение о хирургическом лечении как об основном методе лечения базируется на оценке гистологической природы опухоли и классификации TNM, а также на оценке общего состояния больного. В свою очередь, классификация TNM основывается на анатомо-топографических особенностях опухоли, степени инвазии важнейших структур лицевого и мозгового черепа, оценке регионарного и отдаленного метастазирования. Если опухоль, поражающая основание черепа, признана резектабельной, методом выбора

является ее удаление с последующей адьювантной терапией. Во всех случаях резектабельности (T1-T4a) предпочтительным методом является удаление опухоли. Подробный анализ данных нейровизуализации необходим для дифференцировки опухолей на T4a и T4b. Опухоли полости носа и лабиринта решетчатых костей зачастую удаляются субтотально оториноларингологами до установления гистологического диагноза. В случае наличия остаточной опухоли показано ее удаление и последующая адьювантная терапия.

2. «ПЕРВИЧНЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА»: КАК ПЛАНИРОВАТЬ ЛЕЧЕНИЕ?

Г.Л. Кобяков

ФГБНУ НИИ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко, Москва

Г.Л. Кобяков, В.А. Черкаев, И.В. Решетов, Д.С. Спирин, В.В. Назаров, Е.Р. Ветлова, О.В. Абсалямова, М.В. Иноземцева

При первичном обращении пациента с подозрением на злокачественную опухоль в области основания черепа проводится следующее обследование: сбор анамнеза, физикальный осмотр, эндоскопическое ЛОР-обследование (если необходимо), МРТ и КТ головы с контрастом, стоматологическое обследование, УЗИ лимфатических узлов шеи и надключичного пространства, биопсия лимфатического узла, если он больше 3 см в диаметре, МРТ шеи, если выявлен метастаз в

лимфатическом узле шеи, КТ органов грудной клетки, ПЭТ-КТ с глюкозой. При возможности проводят биопсию опухоли. Определяется стадия заболевания по классификации TNM. А далее в зависимости от стадии проводят химиотерапию, лучевую терапию, удаление опухоли (блок — резекция, частичное удаление), химиотерапию и лучевую терапию. Последовательность данных видов лечения зависит от распространенности процесса, гистологической природы, наличия метастазов.

158-е заседание от 25 сентября 2014 г.

1. 3D-АНАТОМИЧЕСКИЙ АТЛАС ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Д.И. Пицхелаури

НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Москва

2. ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ НЕЙРОХИРУРГОВ

А.В. Природов

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва

Активное внедрение новых технологий в медицинскую практику — методов инструментальной и лабораторной диагностики, лечения и реабилитации позволило с высокой точностью определять характер заболевания, локализацию и распространенность патологии, наиболее рационально подбирать вид лечения и контролировать его эффективность. Бурное развитие получили все без исключения направления хирургии. Но активное оснащение новым медицинским оборудованием в ряде стационаров привело к диссонансу между необходимостью его активно использовать и недостатком или отсутствием специалистов, умеющих работать на нем. Возникла необходимость

подготовки врачей, владеющих высокотехнологичными методами диагностики и лечения пациентов, особенно в связи с началом работы в РФ центров высоких медицинских технологий. Современными методами подготовки врачей-нейрохирургов являются Сертификационные курсы, рассчитанные на 25 дней, выездные образовательные циклы на 2—3 дня, мастер-классы с циклом практических занятий, рассчитанным на 5 дней. Подготовка специалистов для работы с высокотехнологичным оборудованием требует создания новых обучающих программ и очень серьезной квалификации преподавателей, владеющих этим оборудованием на практике.

3. ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В НЕЙРОХИРУРГИИ — МЕЖДУНАРОДНАЯ ШКОЛА «ЭСКУЛАП АКАДЕМИЯ», КУРС «ИНТРАКРАНИАЛЬНАЯ НЕЙРОЭНДОСКОПИЯ»

К.Б. Матуев

Кафедра детской нейрохирургии РМАПО, Москва

На примере образовательного центра «Эскулап Академии» (г. Тутлинген, Германия) рассмотрены современные международные стандарты и требования к последипломному образованию в нейрохирургии. Независимые экспертные советы «Эскулап Академии» рецензируют и документируют качество курсов, научный экспертный совет «Эскулап Академии» обеспечивает идеальный подбор тем и преподавателей.

Курс «Эскулап Академии» «Интракраниальная нейроэндоскопия» включает в себя теоретическую и прикладную части — отработку практических навыков нейрохирурга на кадаврах, с применением высокотехнологичного оборудования.

Полученный опыт позволяет совершенствовать и проводить курсы повышения квалификации для нейрохирургов в нашей стране, в соответствии с международными стандартами.

4. ОРГАНИЗАЦИЯ АНАТОМИЧЕСКИХ КУРСОВ ДЛЯ НЕЙРОХИРУРГОВ В УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКЕ В Г. ЦЮРИХ

Ю.Г. Яковленко

ФГБНУ НИИ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко, Москва

Анатомический институт и нейрохирургическая клиника университета г.Цюрих — это широко известные для нейрохирургов учреждения с богатейшими традициями нейроанатомии и нейрохирургии, воспитавшие не одно поколение первоклассных специалистов. Ярким примером является проф. Г. Яшаргил, признанный одним из лучших нейрохирургов XX века.

На обществе доложено краткое сообщение об организации нейроанатомических курсов в университетской клинике Цюриха, проходивших с 18

по 23 августа 2014 г. Курсы проводятся ежегодно и традиционно состоят из двух частей: первые 3 дня посвящены изучению краниобазальных доступов, следующие 3 дня — диссекции белого вещества головного мозга. В ходе первой части изучаются трансназальные доступы к основанию черепа, доступы к передней и средней черепным ямкам (птериональный, орбитозигматический, подвисочный), подходы к структурам задней черепной ямки (ретросигмовидный, транскондилярный), а также транслабиринтный и комби-

нированные варианты. Во второй части курса в течение 3 дней проводится методичная диссекция всех типов волокон белого вещества и выделение базальных ганглиев переднего мозга. В течение

рабочего дня теоретические лекции чередуются с практическими занятиями в лаборатории. Подобные циклы занимают крайне важное место в образовательной программе нейрохирургов.

159-е заседание от 30 октября 2014 г.

1. ЦЕРЕБРОВЕНОЗНАЯ ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ПРИ ПАТОЛОГИИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА

Е.В. Митрофанова

ФГБНУ НИИ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко, Москва

Работа посвящена актуальной проблеме — исследованию краниовертебральных объемных соотношений при патологии структур краниовертебрального перехода, ликвородинамических и гемодинамических особенностей данной области в до- и послеоперационном периоде.

В исследование были включены пациенты с опухолями на уровне краниовертебрального перехода, с мальформацией Киари и с инвагинацией зубовидного отростка С2-позвонка. У больных проводилась регистрация венозного кровотока в прямом синусе мозга на ортостоле в положении от +90 до -30 градусов наклона (оригинальная авторская методика). Было выявлено, что в дооперационном периоде для больных с патологией краниовертебрального перехода характерна умеренно или значительно повышенная

церебровенозная ортостатическая реактивность (ЦВОР) (гиперреактивность), либо отсутствие изменений при ортостатической нагрузке (ареактивность). Выявлено, что после хирургического лечения отмечается нормализация ЦВОР, чаще всего характеризующаяся нормореактивностью. После оперативного лечения также отмечается нормализация скорости кровотока в прямом синусе мозга.

Настоящий метод способствует определению показаний к нейрохирургическому лечению при различной патологии краниовертебрального перехода, а также дает возможность объективизировать результат нейрохирургического лечения и выявить ведущий патофизиологический механизм, обуславливающий характер нарушений при данной патологии.

2. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, РАСПРОСТРАНЯЮЩИХСЯ НА КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОЕ СОЧЛЕНЕНИЕ

Д.Н. Андреев

ФГБНУ НИИ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко, Москва

Д.Н. Андреев, А.Н. Шкарубо, Б.А. Кадашев, П.Л. Калинин, М.А. Кутин, С.Н. Алексеев, Д.В. Фомичев, И.А. Воронина, Н.А. Коновалов, П.В. Зеленков

Целью работы является оптимизации хирургического лечения пациентов с опухолями основания черепа, распространяющихся на краниовертебральное сочленение.

Материал и методы. С 2006 по 2014 гг. было прооперировано 26 пациентов (25 хордом и 1 менингиома). В ИНХ разработан способ одномоментного установки заднего окципитоспондилотомии и удаления патологического очага с использованием трансорального и сочетанного (трансорального и трансназального) доступов. Подавляющая часть больных была оперирована в далеко зашедшей стадии заболевания, с грубой клинической симптоматикой. В 9 случаях отмечена исходная нестабильность краниовертебрального сочленения, в остальных случаях признаков нестабильности позвоночника не отмечено, но патологические процессы распространялись на С1-С2, и удаление опухоли неизбежно бы привело к нестабильности. Также анализировалась контрольная группа пациентов (21), которым

производилось только трансоральное удаление опухоли.

Результаты. У 16,7% пациентов исследуемой группы опухоли удалены тотально, в контрольной группе — 10% (по данным протоколов операций). В 75% удалены субтотально (80—90% от первоначального объема опухоли), в контрольной — 14%. 8,3% — частичное удаление опухоли (в контрольной группе — 76%).

Клиническое улучшение наблюдалось у 67% больных к 48% в контрольной группе, оставалось без динамики у 20% (22% в контрольной), ухудшение — 11% (29 в контрольной). Летальность за 2 года после операции приблизительно равна (13,5% в исследуемой к 15% в контрольной).

Осложнения: число случаев интраоперационной ликвореи, послеоперационного менингита и диастаза швов на мягком небе в исследуемой группе превышало значения контрольной группы (на ~ 4-6%), что можно объяснить большей радикальностью при удалении опухолей.

Заключение. Таким образом, разработанные и внедренные в клиническую практику новые хирургические технологии при удалении опухолей основания черепа и краниовертебрального сочленения расширили показания к хирургическому лечению этих сложных заболеваний, которые ранее считались практически неоперабельными, позволили снизить уровень послеоперационных осложнений, ускорить проведение реабилитации и повысить качество жизни пациентов.

Выводы: при опухолях основания черепа, распространяющихся на краниовертебральный переход, вызывающих нестабильность (исходную или предполагаемую) краниовертебрального

сочленения, первым этапом следует осуществлять стабилизирующую операцию с последующим экстракраниальным удалением опухоли. Проведение одномоментного окципитоспондилодеза и экстракраниального (трансорального или сочетанного трансназального и трансорального) удаления опухоли основания черепа является наиболее адекватной тактикой хирургического лечения этой сложной категории пациентов, которая позволяет значительно увеличить радикальность удаления опухолей. Такие операции следует выполнять в специализированных учреждениях хирургам, владеющим микрохирургической и эндоскопической техникой.

3. СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМЕ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

В.В. Маршаков

ФГБУ Центральный НИИ травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова, Москва

В основу работы положен анализ результатов лечения 80 пациентов с повреждениями краниовертебрального сегмента. Тактику лечения при повреждениях краниовертебрального отдела разные травматологи и нейрохирурги выбирают различную. Но основными факторами, определяющими объем оперативного вмешательства, являются наличие нестабильности или же отсутствие нестабильности в краниовертебральном

сегменте, наличие или отсутствие неврологических осложнений. Использование галоаппарата для внешней коррекции и фиксации шейного отдела позвоночника при повреждениях краниовертебральной области позволяет в ряде случаев обойтись без внутреннего металлоостеосинтеза, а также позволяет уменьшить объем оперативного вмешательства и улучшить клинические результаты.

4. КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕНТРАЛЬНОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ПРИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

И.С. Громов

ФГБУ Центральный НИИ травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова, Москва

Выполнена экспериментальная работа по оценке эффективности фиксации С1-С2 позвонков различными системами. Использовались сравнение фиксации из трансорального доступа (новые технологии) и из дорсального доступа. По результатам эксперимента максимальная стабилизирующая эффективность получена при использовании передней пластины. Применение новых технологий в хирургическом лечении пато-

логических процессов краниовертебральной области позволяет оптимизировать хирургическую тактику, улучшить двигательную активность пациентов, обеспечить самообслуживание, ускорить период реабилитации пациентов, восстановление трудоспособности. Необходимо продолжать совершенствование хирургической техники и методов оперативного лечения в зоне краниовертебрального перехода.

160-е заседание от 27 ноября 2014 г.

1. ХИРУРГИЯ ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩЕЙ ЭПИЛЕПСИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА (WHO GRADE 1 AND 2)

Hans Holthausen

Schon-Clinik, Vogtareut, Germany

2. ХИРУРГИЯ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А.Г. Меликян

ФГБНУ НИИ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко, Москва