

казаниям. При оценке в 10-15 баллов требуется почасовое динамическое наблюдение за пострадавшим с выполнением контрольных компьютерных томограмм в динамике. Если между последовательными томографическими исследованиями увеличение суммарных размеров очагов не превышает 15 см<sup>3</sup>, то пациенту проводят консервативную терапию. Если наблюдается увеличение суммарных

размеров очагов более, чем на 15 см<sup>3</sup> в сочетании с клиническим ухудшением состояния пациента, то выполняют срочное вмешательство. В случаях, когда на фоне указанного увеличения объема очагов состояние пострадавшего остается стабильным, то цикл повторяется, и продолжается почасовое динамическое наблюдение с повторными нейровизуализационными исследованиями.

## 643-е заседание от 03 декабря 2014 г., посвященное 20-летию Научно-практического центра

### ДОКЛАД: НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМУ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМУ ЦЕНТРУ 20 ЛЕТ

*Академик Хилько В.А.*

СПб ГБУЗ ГМПБ №2, Санкт-Петербург

### ДОКЛАД: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕТРОКЛИВАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ

*Шулёв Ю.А., Акобян О.Р.*

СПб ГБУЗ ГМПБ №2, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

**Введение.** Лечение петрокливальных менингиом является одной из сложных проблем нейрохирургии. В настоящее время нет универсального хирургического подхода к патологическим образованиям этой сложной анатомической зоны. За последние 20 лет разработаны множество базальных доступов к анатомической мишени, которой являются верхушка пирамиды, верхние отделы ската и вырезка намета. Большинство этих доступов трудоемки и имеют высокий уровень осложнений в виде нарушения слуха, повреждения краниальных нервов и ликвореи. Успешное манипулирование на границе суб- и супратенториального пространства может быть достигнуто посредством более простых краниотомических решений.

**Цель исследования.** Оценить эффективность расширения классических доступов при удалении петрокливальных менингиом и проанализировать результаты хирургического лечения.

**Материалы и методы.** В настоящее исследование включен 21 пациент с менингиомами петрокливальной локализации, оперированный в период с 01.01.2000 по 31.12.2014 гг. Средний возраст пациентов составил 47,6 года.

Все больные прослежены по стандартному протоколу, включавшему клинические данные, результаты методов нейровизуализации, анатомические и топографические параметры новообразований, гистоструктуру удаленных опухолей.

Выбор хирургического доступа осуществляли в зависимости от локализации и распространенности опухоли.

Ретросигмоидный доступ с различными его расширениями (супрамеатальное расширение и тенториотомия) применяли у 18 (85,7%) пациентов.

Ретросигмоидная краниотомия дополнена супрамеатальной резекцией верхушки пирамиды у 15 больных. Тенториотомия выполнена во всех 18 наблюдениях. У 7 больных наряду с тенториотомией выполнена резекция края намета, пророщенного опухолью. У 4 больных рет-

росигмоидный доступ был комбинирован с расширенным птериональным доступом. Три пациента оперированы передним транспетрозальным доступом (доступ по Kawase).

Анализ исходов включал измерение функционального состояния (шкала Karnofsky), исследование краниальных нервов, радикальность удаления, сроки и частота возникновения рецидивов, хирургические осложнения (инфекция, ликворея).

Во всех случаях выполняли интраоперационный нейрофизиологический мониторинг лицевого и тройничного нервов в сочетании с кардиоинтервалографией.

**Результаты.** Тотальное удаление менингиом было достигнуто у 13 (62%) пациентов, в 5 наблюдениях оставлены оральные фрагменты опухоли в кавернозном синусе, у 3 больных оставлен фрагмент опухоли, прораставший петрозальную часть ВСА.

**Исходы.** Среднее значение по шкале Karnofsky до операции составило 71,4%. В раннем послеоперационном периоде отмечалось снижение этого показателя (69%) с последующим нарастанием до 81% в течение 1 года. Нарастание нарушения функции краниальных нервов по сравнению с дооперационным периодом отмечено у 9 больных. Анатомическое повреждение IV нерва имело место у 3 больных в процессе резекции матрикса опухоли из края намета. Грубая дисфункция V нерва имела место у 3 пациентов. Дисфункция VII нерва отмечалась у 3 пациентов и имела транзиторный характер. Стойкое снижение слуха отмечено у 2 человек. Рецидив менингиом отмечен у 3 больных. Двое пациентов оперированы повторно.

**Заключение:** Ретросигмоидный доступ с целенаправленными расширениями (тенториотомия и супрамеатальная резекция верхушки пирамиды) в сочетании с расширенным птериональным доступом может являться эффективной альтернативой транспетрозальных подходов при удалении опухолей петрокливальной зоны.

### ДОКЛАД: ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И РЕЗЕКЦИОННЫЕ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ. ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА И ИСХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

*Шулёв Ю.А., Степаненко В.В.*

СПб ГБУЗ ГМПБ №2, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург