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 см³, то пациенту проводят консервативную терапию. Если наблюдается увеличение суммарных

размеров очагов более, чем на 15 см³ 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

Введение. Одним из интенсивно развивающихся направлений нейрохирургии в последние 15-20 лет является хирургия краниовертебральной области (КВО). Длительное время хирургия КВО оставалась уделом очень небольшого количества хирургов. Существует устойчивое представление о том, что эти хирургические вмешательства могут выполнять хирурги, понимающие суть проблемы и обладающие определенными навыками. К сожалению, широкое распространение на рынке имплантируемых систем влияет на мотивации операций. Зачастую эти операции стали выполняться с единственной целью: «установить конструкцию», либо необоснованно избирается дизайн операции, что нередко приводит к усугублению нейроортопедических нарушений.

Цель. Обоснование выбора способа декомпрессии и фиксации с учетом «точек биомеханической ответственности». Анализ исходов хирургического лечения.

Материал и методы. Проанализированы данные 113 пациентов с патологией КВО, получивших хирургическое лечение в период с 1998 по 2014 гг. Больные включены в исследование по принципу: имеющегося или возможного синдрома цервикомедуллярной компрессии, или биомеханического ущерба, и разделены на 2 группы. Для оценки нейроортопедического статуса мы использовали общепринятые классификации, шкалы и критерии: шкалы EMS; VAS; Ranawat; NDI; Karnofsky. Для оценки нестабильности использовали комплекс методов лучевой диагностики: рутинную и динамическую рентгенографию, МРТ, спиральную КТ. Материал систематизировали по двум ведущим клиническим синдромам: цервикомедуллярная компрессия и нестабильность.

Результаты и обсуждение. В 1-ю группу (37 наблюдений) включены больные с синдромом цервикоме-

дуллярной компрессии с признаками нестабильности КВО. Методом выбора для этой группы больных служила широкая резекционная декомпрессия в сочетании с жесткой фиксацией. У больных из 1-й группы выявлены абсолютные показания для хирургического лечения — компрессионный миелопатический или цервикомедуллярный синдром. Всем выполнены одномоментные двухэтапные хирургические пособия, включающие декомпрессию спинного и продолговатого мозга и фиксацию КВО. Во 2-ю группу (76 наблюдений) включены больные с краниовертебральной нестабильностью, с высоким риском вторичных нейроортопедических расстройств. Методом выбора для этой группы больных служила функциональная декомпрессия. Функциональная декомпрессия — это анатомическое сопоставление и эффективная фиксация. Выбор способа функциональной декомпрессии определялся дифференцировано и зависел от формы повреждения и опорных «точек биомеханической ответственности». Катамнез у 82% больных составил от 1 года до 5 лет. Положительный результат хирургического лечения был достигнут у 92,4% пациентов. У 4 (3,5%) больных наблюдались послеоперационные осложнения.

Выводы. Функциональная декомпрессия — метод выбора, она возможна более чем у 80-90% больных с острой травмой, «мягкими» формами ревматоидного артрита. При двухэтапных операциях, включающих широкие резекционные декомпрессии, краниоцервикальные фиксации с применением протяженных конструкций есть вынужденная и крайняя мера. Важно помнить, что при выборе способа фиксации в КВО необходимо учитывать «точки биомеханической ответственности».