

ХРОНИКА

ПРОТОКОЛЫ ЗАСЕДАНИЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ АССОЦИАЦИИ НЕЙРОХИРУРГОВ ИМ. ПРОФ. И.С. БАБЧИНА В 2015 Г.

644 заседание Ассоциации от 28 января 2015 г.

Председатель заседания: проф., д.м.н. Яковенко И.В.

Секретарь заседания: Абрамов К.Б.

ДОКЛАД

ОТЧЕТ ПРЕЗИДЕНТА ОБ ИТОГАХ РАБОТЫ АССОЦИАЦИИ В 2014 Г.

Яковенко И.В.

ДОКЛАД

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ КУРСА СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ НАВЫКАМ ОКАЗАНИЯ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Яковенко И.В.^{1,2}, Кондаков Е.Н.[№], Закондырин Д.Е.^{1,2}, Пирская Т.Н.¹

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова¹, кафедра нейрохирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова², Санкт-Петербург

Внедрение симуляционных технологий в программу обучения ординаторов по специальности «нейрохирургия» в РНХИ им. проф. А.Л. Поленова начато с ноября 2011 г. Базовый курс включает 2 занятия продолжительностью 12 ч — изучение нейроанатомии, технического обеспечения нейрохирургических операций, техники трепанации черепа при черепно-мозговой травме (traumaflap), вентрикулопункции и удаления внутримозговых гематом. Основной курс соответствует программе симуляционного обучения резидентов-нейрохирургов 2—6-го годов обучения — 10 занятий: 5 занятий — техника выполнения основных нейрохирургических доступов (птериональный, субтемпоральный, межполушарный, субфронтальный, срединный субокципитальный, ретросигмоидный), 4 занятия — техника выполнения основных доступов к позвоночнику (передние и задние к шейному, грудному и поясничному отделам позвоночника), методов фиксации позвонков (шейные пластины, транспедикулярная фиксация), операций корпородеза,

ламинэктомии, дискэктомии, 1 занятие — техника шва нерва. Дополнительный курс соответствует программе симуляционного обучения резидентов-нейрохирургов 3—6-го годов обучения и позволяет приобрести навыки наложения сосудистого микроанастомоза. В конце курса проводили тестирование с целью контроля степени усвоения теоретического материала, анкетирование для контроля степени освоения практических навыков по 6 разделам курса, устный опрос слушателей.

Устный опрос слушателей непосредственно после курса и в конце второго года ординатуры в целом выявил достаточно высокую степень удовлетворенности программой курса и приобретенными знаниями в области микроанатомии и техники выполнения основных нейрохирургических доступов. Основными недостатками курса, по мнению слушателей, являются: недостаточная обеспеченность симуляционными моделями (в среднем 4—5 человек на 1 модель) и малая кратность выполнения манипуляций.

ДОКЛАД

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ, ТЕХНОЛОГИИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ОСТРОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ ГРУДНОЙ И ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Дулаев А.К., Мануковский В.А., Аликов З.Ю., Тамаев Т.И., Савелло В.Е.

НИИ скорой помощи им.И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург

Авторами обобщен 5-летний опыт хирургического лечения пострадавших с острой позвоночно-спинномозговой травмой грудной и поясничной локализации, базирующийся на анализе 512 наблюдений. Средний возраст пострадавших составил 34,3±5,7 года. В структуре пациентов преобладали мужчины (394 пострадавших, или 76,9%). По локализации позвоночно-спинномозговой травмы пострадавшие были распределены следующим образом: грудной отдел (Th1-Th10) — 97 пострадавших, или 18,9%; переходный отдел (Th11-L2) —

352 пострадавших, или 68,8%; поясничный отдел (L3—L5) — 63 пострадавших, или 12,3%. 304 (59,4%) пострадавших поступили в лечебные учреждения с сочетанными и множественными повреждениями, изолированная позвоночно-спинномозговая травма диагностирована у 208 (40,6%) пострадавших. 218 (42,6%) пострадавших при поступлении находились в состоянии травматического шока различной степени. Летальность на госпитальном этапе составила 4,5% (умерли 25 пострадавших). Распределение пострадавших по шкале ASIA/IMSOP

в зависимости от выраженности неврологического дефицита при поступлении в лечебное учреждение было таковым: А — 14,5% (74 пострадавших); В — 19,9% (102 пострадавших); С — 26,7% (137 пострадавших); D — 22,1% (113 пострадавших); E — 16,8% (86 пострадавших).

Пострадавших с тяжелой сочетанной или множественной травмой (157 пациентов, или 30,7%) оперировали на позвоночнике только после выведения их из тяжелого состояния, по крайней мере, до состояния средней тяжести (в среднем, через $18,2 \pm 3,5$ ч с момента травмы) и выполнения неотложных хирургических вмешательств по жизненным показаниям (остановка наружного или внутреннего кровотечения, дренирование плевральной полости и т.п.). При этом производили вмешательства на позвоночнике только из заднего доступа. Для открытой декомпрессии спинного мозга и его корешков использовали ламинэктомию, транспедикулярный доступ, костотрансверзэктомию. В 49 (9,6%) наблюдениях выполнили закрытую декомпрессию спинного мозга путем устранения дислокаций в межпозвоночных соединениях и лигаментотаксиса костных фрагментов в процессе инструментальной коррекции и стабилизации позвоночника. Обязательным элементом выполнения закрытой декомпрессии спинного мозга являлось выполнение интраоперационной миелографии.

Коррекцию и стабилизацию позвоночника металлическими имплантатами осуществляли во всех наблюдениях, используя современные системы на основе транспедикулярных винтов и крючков в комплектации от 4 до 8 опорных элементов. У 44 (28,0%) пострадавших данной группы для стабилизации позвоночника использовали технологию чрескожной транспедикулярной фиксации. В последующем (в среднем через 7–14 сут) у 59 пострадавших из 157 (37,6%) выполнили костнопластическую реконструкцию вентральных структур

на уровне одного или двух поврежденных сегментов (передний спондилодез).

При выработке хирургической тактики мы руководствовались классификациями, которые были разработаны Р.Р. Меуегисоавт. (2000) (1–4 критерии) и Т. McСогмас и соавт. «Load-Sharing Classification» (5–7 критерии) (1994). Главным принципом построения хирургической тактики у подавляющего большинства пострадавших являлось исчерпывающее выполнение всех задач хирургического лечения в объеме одной операции. У 119 (33,5%) пострадавших из 355 декомпрессивно-стабилизирующие и реконструктивные вмешательства на позвоночнике были выполнены из переднего доступа, у 162 (45,6%) пострадавших — из заднего, у 74 (20,1%) пострадавших — из комбинированного переднего и заднего доступов.

Результаты хирургического лечения пострадавших с острой позвоночно-спинномозговой травмой прослежены у 379 пациентов в сроки от 1 до 4 лет. Распределение выраженности неврологического дефицита по результатам последних обследований было таковым: А — 41 (10,8%) пациент; В — 67 (17,7%) пациентов; С — 62 (16,3%) пациента; D — 138 (36,4%) пациентов; E — 71 (18,7%) пациент. Частичный регресс неврологической симптоматики отмечен у 248 (65,4%) пациентов, полный — у 52 (13,7%) пациентов, неврологическая динамика отсутствовала у 75 (19,8%) пациентов, нарастание неврологического дефицита после оперативного лечения отметили у 4 (1,1%) пациентов. Полная коррекция посттравматических деформаций позвоночника достигнута у 292 (77,0%) пациентов, у остальных 87 (23,0%) пациентов — частичная. На выраженный вертеброгенный болевой синдром жаловались 32 (8,4%) пациента. У 12 (3,2%) пациентов после первичного хирургического лечения развились явления псевдоартроза, что потребовало повторных операций.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

Дулаев А.К., Мануковский В.А., Луфт В.М., Савело В.Е., Тамаев Т.И., Аликов З.Ю., Бирко Ю.В.

НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

Клинический пример тактики лечения пациента З., 33 лет, с диагнозом: «Мототравма. Сочетанная травма головы, груди, позвоночника от 07.09.2014. ЗЧМТ, сотрясение головного мозга, ушибленная рана теменной области слева. Закрытая травма позвоночника с нарушением проводимости спинного мозга, закрытый нестабильный переломовывих Th3, с полным попе-

речным поражением спинного мозга (степень «А» по ASIA), нижняя спастическая параплегия. Закрытая травма груди, переломы I–III ребер слева, закрытый перелом грудины, ушиб обоих легких, ушиб сердца. Множественные ушибы и гематомы мягких тканей головы, шеи, туловища, конечностей».

645 заседание Ассоциации от 25 февраля 2015 г.

Председатель заседания: академик РАН Гайдар Б.В.

Секретарь заседания: к.м.н. Гаврилов Г.В.

ДОКЛАД

ВНУТРИСОСУДИСТЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Савелло А.В.

Кафедра нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Острые нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу продолжают оставаться одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем в нашей стране, несмотря на большое внимание, уде-

ляемое своевременной профилактике и лечению этого наиболее частого типа инсульта. Широкое внедрение методики внутривенной тромболитической терапии при инсульте дает шанс улучшить исходы лечения ише-