

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 межпозвонковых 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. Мейергисом (2000) (1–4 критерии) и Т. McCormac 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-

мического инсульта. Появление и активное развитие новой методики лечения ишемического инсульта — внутрисосудистых вмешательств, направленных на восстановление проходимости окклюзированных церебральных сосудов — требует их изучения, определения показаний к применению и места в общей тактике лечения. Применение внутрисосудистых методов лечения острого ишемического инсульта позволяет расширить

показания к реваскуляризации, создает предпосылки к улучшению исходов лечения. Обсуждены современное состояние и перспективы внутрисосудистой реканализации церебральных артерий, показания к проведению и основные методики вмешательств. Приведены результаты современных рандомизированных исследований по теме лечения ишемического инсульта, клинические примеры, личный опыт автора.

ДОКЛАД ПУНКЦИОННО-ДИЛАТАЦИОННАЯ ТРАХЕОСТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА: КРИКОСТЕРНАЛЬНАЯ ДИСТАНЦИЯ КАК ПРЕДИКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ

Аверьянов Д.А., Дубинин А.А., Шаталов В.И., Щеголев А.В.

Кафедры и клиники анестезиологии и реаниматологии, нейрохирургии
Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

Целью данного исследования было повышение безопасности пункционно-дилатационной трахеостомии (ПДТ) у больных с тяжелым повреждением головного мозга. Частными задачами исследования считали: определение влияния запрокидывания головы на внутричерепное и церебральное перфузионное давление (ВЧД и ЦПД); объективизацию таких противопоказаний к выполнению ПДТ, как увеличенная в размере щитовидная железа, морбидное ожирение, непальпируемость трахеи или перстневидного хряща, короткая шея на основании антропометрических характеристик.

Методы. Всего обследовано 50 пациентов с тяжелым острым повреждением головного мозга (уровень сознания по шкале комы Глазго < 9 баллов). У 14 пациентов сравнивали ВЧД и ЦПД до и после запрокидывания головы. Всем пациентам выполняли измерение роста,

массы тела, окружности шеи и толщины кожно-жировой складки и крикостеральной дистанции (КСД). С помощью логистической регрессии и ROC-анализа проводили их анализ в качестве предикторов формирования двумя опытными врачами противопоказаний к выполнению ПДТ на основании визуального и пальпаторного обследования шеи в положении тела пациента без запрокидывания головы.

Результаты и выводы. Запрокидывание головы приводило к достоверному повышению ВЧД выше 25 мм рт.ст. и снижению ЦПД. Только показатель КСД оказался значим в качестве предиктора формирования противопоказаний к ПДТ. КСД менее 2,75 см свидетельствовал о высокой вероятности формирования противопоказаний с чувствительностью 96,3% и специфичностью 73,9%.

ДЕМОНСТРАЦИЯ СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЛИАЛЬНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Мартынов Б.В., Холявин А.И., Низковолос В.Б., Шевелев П.Ю., Папаян Г.В.

Кафедра нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург;
Институт мозга человека РАН, Санкт-Петербург

Проблема диагностики глиальных новообразований головного мозга на сегодняшний день далека от своего окончательного решения. Это обусловлено гетерогенной природой глиом головного мозга. Задачей биопсии у больных, у которых удаление опухоли невыполнимо, является получение гистологического материала из наиболее злокачественного участка опухоли для постановки точного диагноза. Для решения этой задачи требуется надежная интраоперационная верификация участков глиальной опухоли с максимальной пролифе-

ративной активностью, из которых может быть получен репрезентативный материал для постановки точного гистологического диагноза. Этот результат достигается при помощи комбинирования стереотаксической биопсии и стереотаксической интраоперационной биопсии после применения 5-аминолевулиновой кислоты, ориентируясь по хорошо регистрируемым участкам повышенного накопления протопорфирина-IX на спланированной траектории для проведения биопсийной иглы.

ДЕМОНСТРАЦИЯ ЭПИДЕРМАЛЬНАЯ КИСТА БОЛЬШОГО МОЗГА

Павлов О.А., Зайченко Б.И.

СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург

Пациентка К., 30 лет, поступила в Городскую Мариинскую больницу 08.11.13 г. по экстренным показаниям после серии генерализованных судорожных

приступов, первый эпизод которых был отмечен 1 мес назад. Пациентку обследовали. При компьютерной томографии, МРТ головного мозга выявлено объемное об-

разование в области обеих лобных долей и мозолистого тела. Объемное образование трактовали как глиальную опухоль. При поступлении состояние тяжелое, нарушения сознания до глубокого оглушения, левосторонний гемипарез до 2 баллов. 11.11.13 г. больной выполнено хирургическое вмешательство: краниотомия, удаление объемного образования. Гистологическое заключение:

холестеатома. Послеоперационный период протекал с явлениями асептического менингита, в течение недели сохранялись гипертермия и оболочечные симптомы.

Цель демонстрации: показать трудности дооперационной диагностики холестеатомы нетипичной локализации и благоприятный исход лечения «иноперабельной» опухоли.

646 заседание Ассоциации от 25 марта 2015 г.

Председатель заседания: проф., д.м.н. Берснев В.П.

Секретарь заседания: Абрамов К.Б.

ДОКЛАД

КАФЕДРЕ НЕЙРОХИРУРГИИ СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА — 80 ЛЕТ

Яковенко И.В., Рябуха Н.П., Берснев В.П., Верещако А.В.

Кафедра нейрохирургии СЗГМУ им. И.И. Мечникова, РНХИ им. проф. А.Л. Поленова — филиал СЗФМИЦ МЗ РФ, Санкт-Петербург

ДОКЛАД

НЕОТЛОЖНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Дулаев А.К., Мануковский В.А., Аликов З.Ю., Тамаев Т.И., Абуков Д.Н.

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

Авторы располагают опытом неотложного хирургического лечения 98 больных с неспецифическими инфекционными поражениями позвоночника. У 14 (14,3%) пациентов был диагностирован дисцит, у 78 (79,6%) пациента — спондилодисцит, а у 6 (6,1%) пациентов заболевание манифестировалось острым эпидуритом. Локализация инфекционного процесса в шейном отделе позвоночника была установлена у 9 (9,2%) больных, в грудном — у 30 (30,6%), в поясничном — у 63 (64,8%). Множественные очаги инфекционной деструкции грудной и поясничной локализации были обнаружены у 4 (4,1%) пациентов. У 17 (17,3%) пациентов острое начало заболевания сопровождалось неврологическими расстройствами по типу парапареза (14 больных) или параплегии (3 больных) с нарушением функции тазовых органов. У остальных — в клинической картине заболевания доминировали признаки выраженного болевого синдрома (боль в спине и боль корешкового характера) и системной воспалительной реакции или сепсиса (озноб, фебрильная лихорадка, тахикардия, гипотония, тахипноэ и др.).

У 5 больных с острым эпидуритом по неотложным показаниям выполняли декомпрессию ламинэктомию 2—3 дуг, дренирование эпидурального пространства. Также по неотложным показаниям в течение первых 24 ч заболевания было оперировано 16 пациентов с наличием неврологических расстройств на фоне сдавления нервно-сосудистых образований позвоночного канала. Произведены расширенные декомпрессионные ламинэтомии с интраоперационной биопсией патологически измененных тканей, стабилизация позвоночника крючковыми или винтовыми системами.

У остальных больных после проведения неотложной клинко-инструментальной и лабораторной диагностики и установления предварительного диагноза (дисцит,

спондилодисцит) позвоночника начинали комплексную консервативную терапию с использованием антибиотиков широкого спектра, чаще всего фторхинолонов. В большинстве случаев в первые 2 суток производили пункционную биопсию очага деструкции с последующим бактериологическим и морфологическим исследованием биоптата.

После ликвидации острых явлений инфекционного процесса, на фоне продолжающейся с учетом чувствительности флоры антибиотикотерапии 62 пациентам со спондилодисцитом выполнили заднюю внутреннюю стабилизацию пораженного отдела позвоночника крючковыми или винтовыми системами. У 38 пациентов проведения задней стабилизации позвоночника и длительной (4—6 нед) антибиотикотерапии было достаточно для достижения стойкой ремиссии инфекционного процесса. Радикальная резекция очага инфекции в телах позвонков была необходима 24 больным молодого возраста, у которых, несмотря на длительный курс антибиотиков, объем деструкции тел позвонков прогрессивно увеличивался или формировался эпидуральный инфильтрат (абсцесс).

Результаты комплексного хирургического лечения прослежены у 85 больных в сроки от 1 года до 5 лет. У всех пациентов была достигнута стойкая ремиссия инфекционного процесса. Неврологические расстройства полностью регрессировали у 13 из 17 больных. Параплегия сохранилась у 2 больных, еще у 2 пациентов на момент окончания лечения отмечали глубокий нижний парапарез (2—3 балла). Только 5 пациентов из 85 жаловались на наличие выраженной боли в позвоночнике и в ногах, еще у 5 больных присутствовали умеренные и незначительные боли той же локализации. У остальных пациентов вертеброгенный болевой синдром отсутствовал.