

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.

**ДЕМОНСТРАЦИЯ
ПРИМЕР МНОГОЭТАПНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНДИЛОДИСЦИТА ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

Мануковский В.А., Тамаев Т.И., Дулаев А.К., Шляпников С.А., Бирко Ю.В.

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

647 заседание Ассоциации от 23 сентября 2015 г.

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

Секретарь заседания: Абрамов К.Б.

**ДОКЛАД
НЕОТЛОЖНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ОПУХОЛЕВЫМИ
ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА**

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

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

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Авторы располагают опытом неотложного хирургического лечения 96 больных с осложнениями опухолевых поражений позвоночника. Средний возраст пациентов составил 62 года. У подавляющего большинства пациентов (95,8%) были диагностированы метастатические поражения позвоночника. Первичный очаг был известен у 57 больных (в 59,4% наблюдений). Преобладали метастазы рака молочной железы (20,5%), почек (18,2%), легких (15,9%) и щитовидной железы (13,6%). Больные поступали в Институт с явлениями остро возникших неврологических расстройств (74 пациента, или 77,1%) по типу частичного (87,8%) или полного (12,2%) нарушения проводимости спинного мозга, как правило, на фоне нестабильных патологических переломов тел позвонков (95,8%). Приблизительно в 40% наблюдений (37 пациентов) поражения позвоночника носили множественный характер, однако практически во всех случаях неврологических расстройств вертебро-медуллярный конфликт носил локальный характер.

При наличии компрессионной миело- или каудопатии с наличием остро развившихся и (или) прогрессирующих неврологических расстройств в течение первых 24 ч выполняли декомпрессию спинного мозга и его корешков и стабилизацию позвоночника с обязательной биопсией всех подозрительных тканей. При проведении неотложного вмешательства руководствовались принципом минимально-достаточной по инвазивности хирургии, как правило, из одного доступа, на шею — переднего, в грудном и поясничном отделе — заднего.

В дальнейшем программа лечения пациента зависела от результатов морфологической верификации опухоли и данных его полноценного обследования. Программу вырабатывали с обязательным участием онкологов: химиотерапевта и радиолога. По показаниям в объеме второго этапа хирургического лечения обычно включали выполнение радикальных или паллиативных резекций пораженных позвонков с одномоментным восстановлением опороспособности, а также вертебропластику.

При отсутствии у пациентов неврологических расстройств тактика хирургического лечения зависела прежде всего от характера и выраженности деструктивного процесса и синдрома нестабильности позвоночника в плане риска развития компрессии спинного мозга и его корешков. В течение первых суток обычно предпринимали попытку пункционной биопсии зоны деструкции с проведением экспресс-биопсии мягкотканых структур. В случаях неудачи у пациентов с большим риском развития неврологических расстройств выполняли минимальную по инвазивности стабилизацию позвоночника. При этом вмешательство на опухоли ограничивали взятием биопсии. Программу последующего хирургического лечения также вырабатывали совместно с онкологами по результатам биопсии опухоли и данных обследования пациента.

Изучение результатов хирургического лечения в сроки до 5 лет показало, что во всех группах больных было достигнуто достоверное увеличение продолжительности и качества жизни пациентов.

**ДОКЛАД
ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ГИГАНТСКИХ АНЕВРИЗМ
ПАРАКЛИНОИДНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

Парфенов В.Е., Чечулов П.В., Филиппов А.И.

СПб ГБУ НИИ СП им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург

В настоящее исследование включены 9 пациентов с большими и гигантскими аневризмами внутренней сонной артерии (ВСА) параклиноидной локализации, оперированные в период с 2013 по 2015 гг. Средний

возраст пациентов составил 53,4 года. Из 9 пациентов 5 поступили на фоне разрыва аневризмы (55,6%), медиана Hunt&Hess = 2 [2-3], медиана Fisher = 3 [2-4]. У 3 больных манифестацией заболевания была выра-