

**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 шее — 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-

женная головная боль с клинико-инструментальными признаками эмболизации глазной артерии. У одной пациентки в клинической картине превалировал генерализованный судорожный синдром.

Все больные проведены по стандартному протоколу, включавшему клинические данные, результаты методов нейровизуализации и ангиографии с трехмерной реконструкцией, определение топографических параметров аневризмы, ее связи с костными структурами черепа, расположением наружного и внутреннего дуальных колец.

Модифицированный латеральный фронто-темпоральный доступ и экстрадуральная передняя клиноидэктомия в сочетании с доступом к ВСА на шее выполнена у 66,6% ( $n=6$ ) больных, у 2 пациентов с дополнительной катетеризацией верхней щитовидной артерии для применения методики «аспирация-декомпрессия». После удаления наклоненного отростка, рассечения каротидно-окуломоторной мембраны и верхнего участка наружного дуального кольца с выделением С3-сегмента ВСА, производили клипирование аневризмы. В одном случае применили треппинг аневризмы с наложением каротидно-среднемозгового шунта на парието-темпоральную развилку СМА с помощью лучевой артерии.

Интрадуральная передняя клиноидэктомия выполнена у 33,3% ( $n=3$ ) пациентов, в сочетании с клипированием аневризмы — у 2 пациенток. Треппинг аневризмы после наложения каротидно-среднемозгового шунта на парието-темпоральную развилку СМА с помощью лучевой артерии выполнили у одного пациента.

Анализ исходов включал оценку функционального состояния пациентов (шкала mRankin, шкала исходов Глазго — ШИГ), исследование краниальных нервов, наличие ишемических/геморрагических осложнений,

по данным СКТ, МРТ, дигитальной субтракционной ангиографии.

**Результаты.** Выключение аневризм из кровотока было достигнуто у 100% больных, в 2 наблюдениях визуализировали незначительное пришеечное контрастирование по данным послеоперационной ангиографии. Микроанастомозы с лучевой артерией у всех больных были проходимы и заполнение бассейна СМА осуществляли с их помощью. Смертельных исходов не было.

Вазоспазм средней степени тяжести наблюдали у 2 (22,2%) больных с индексом Линдегарда от 4 до 5. У одного из пациентов развился малый ишемический инсульт в бассейне правой ПМА. Грубая дисфункция III нерва отмечена у 1 пациентки.

Тракционную дисфункцию XII нерва диагностировали у одной больной, с тенденцией к регрессу за время нахождения в стационаре.

**Исходы.** В течение 1 года только у 1 пациента состояние по mRankin и ШИГ сохранялось на уровне 2 баллов. Остальных пациентов оценивали как ШИГ 1.

Грубая дисфункция III нерва практически полностью регрессировала у пациентки в течение 7 мес после выписки с сохранением незначительного птоза левого верхнего века.

Рецидивов аневризм за 2-летний период наблюдения не отмечено. Из 9 пациентов 8 (88,9%) вернулись к труду.

**Заключение.** Экстрадуральная передняя клиноидэктомия в сочетании с методикой «аспирация-декомпрессия» и наложением при необходимости экстраинтракраниального анастомоза лучевой артерии может являться эффективным методом лечения у больных с осложненными гигантскими аневризмами внутренней сонной артерии.

## ДЕМОНСТРАЦИЯ

### ПРИМЕР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ОСЛОЖНЕННОЙ ГИГАНТСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОЙ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

*Чечулов П.В., Филиппов А.И., Варакина Е.А.*

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

## 648 заседание Ассоциации от 27 октября 2015 г.

Председатель заседания: академик Гайдар Б.В.

Секретарь заседания: Абрамов К.Б.

### ПОСВЯЩЕНО 75-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ЮРИЯ НИКОЛАЕВИЧА ЗУБКОВА.

Повестка заседания

1. Демонстрация фильма, посвященного научной и клинической деятельности проф. Ю.Н.Зубкова.
2. Выступление акад. Б.В.Гайдара о проф. Ю.Н.Зубкове.
3. Выступление проф. В.Е. Олюшина о проф.Ю.Н.Зубкове.
4. Доклад рук.отд. д.м.н. А.Ю. Иванова «Отделение хирургии сосудов головного мозга, 2015 г.».

5 октября 1940 г. в одном из сел Ставропольского края родился Юрий Николаевич Зубков — в будущем выдающийся русский нейрохирург, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения хирургии сосудов головного мозга Российского нейрохирургического института им. проф. А.Л. Поленова, член Американского общества нейрохирургов им. Г. Кушинга и Нью-Йоркской Академии наук и один из основоположников эндоваскулярной нейрохирургии. Пройдя трудный научный и клинический путь, имея богатейший и уникальный опыт, он написал 146 научных работ, посвященных комплексному лечению

больных в геморрагическом периоде разрыва аневризм сосудов головного мозга,— в том числе и работ по вазоспазму и вазодилатации, имеющих общепризнанный мировой приоритет. Монография «Эндоваскулярная нейрохирургия», соавтором которой является профессор Ю.Н. Зубков, была переведена на японский и корейский языки и является настольной книгой в нейрохирургических клиниках Японии и Южной Кореи.

Результатом работы Ю.Н.Зубкова в Медицинском центре Университета штата Миссисипи (США) явилось издание им в США на английском языке книги, посвященной лечению больных в остром периоде разрыва