

У 12 (57,2%) больных — Simpson II, у 7 (33,3%) больных — Simpson III, у 2 (9,5%) больных — Simpson IV. Рецидив у 1 (6,25%) больного и продолженный рост — у 1 (6,25%) больного. Окклюзионная гидроцефалия развилась через 10 нед после операции у 1 (6,25%) больного, наложен вентрикулоперитонеальный шунт. Дисфункция краниальных нервов отмечена у 4 (25%) пациентов, из них у

3 отмечен регресс в течение 6 мес после операции, у 1 больного сохранилась дисфункция XII п.

Заключение. Заднебоковые доступы с различными типами расширений к передним опухолям КВО обеспечивают надежное хирургическое манипулирование, визуальный контроль и достаточную степень радикальности удаления менингиом КВО.

ДЕМОНСТРАЦИЯ ПРЕЗЕНТАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С БАЗИЛЯРНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ

Шулев Ю.А., Степаненко В.В.

Пациент С., 56 лет, поступил в стационар с жалобами на выраженные нарушения координации движений, шаткую походку, онемение кистей рук, онемение в стопах, боль в шейно-затылочной области.

Анамнез заболевания: считает себя больным с осени 2012 г., когда после травмы (падение балки на голову) отметил пекущие ощущения в шейно-затылочной области. В течении 2012—2013 гг. выросли боли в надплечьях, затылке и появилась шаткость при ходьбе. К марту 2015 г. вышеперечисленные ощущения выросли, и пациент вынужден был прекратить работу. Был обследован, выявлена комбинация аномалий краниовертебрального перехода.

Диагноз: Краниовертебральная аномалия. Базилярная инвагинация в сочетании с аномалией Киари I ст. Тетрапарез. Атаксия.

Операция (24.09.2015 г.)

I этап. Трансоральная субтотальная резекция С2.

II этап. Окципитоцервикальная фиксация С0-С3-С4-С5.

Послеоперационный период протекал без осложнений, послеоперационная рана зажила первичным натяжением, швы сняты. В ходе хирургического лечения получена положительная динамика в виде улучшения чувствительности в кистях рук и стопах. Пациент прогрессивно наращивает объем ходьбы, ходит без посторонней помощи.

ДОКЛАД БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАВЕРНОЗНОЙ АНГИОМОЙ СТВОЛА МОЗГА, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

Тасланбеков М.М., Пустовой С.В.

РНХИ им А.Л. Поленова ФГБУ СЗФМИЦ, Санкт-Петербург

Цель: оценить ближайшие результаты хирургического лечения больных с кровоизлиянием в каверному ствола мозга.

Материалы и методы. В 2014 г. в 4 отделении РНХИ пролечены 4 мужчин в возрасте от 23 до 57 лет, поступивших в остром периоде кровоизлияния в каверному ствола мозга на 5—16-е сутки от начала заболевания. У всех симптоматика развивалась подостро на протяжении 5—18 ч. Неврологически по шкале Rankin у всех пациентов при поступлении 4—5 ст. По данным МРТ, каверномы локализовались понтомезенцефально у 3, понтомедулярно — у 1 чел. Объем вместе с гематомой составил $11,3 \pm 3,2$ см³. Выраженный перифокальный отек отмечен в 2 наблюдениях. У 3 пациентов выявлены единичные каверномы, у 1 — множественные с кровоизлиянием в одну из них. У 1 диагностированы сопутствующие множественные венозные ангиомы.

Результаты. Операцию проводили ретрогидромином доступом — в 1, латеральным супрацереребеллярным — в 2 и доступом через IV желудочек — в 1 наблюдении. Интраоперационно при ревизии над областью кровоизлияния в 2 наблюдениях отмечали пропитыва-

ние гемосидерином, в 4 — размягчение и флуктуация ствола в проекции каверномы. Подход к каверномам через вентро-латеральную поверхность варолиева моста использован в 3 наблюдениях, через дно IV желудочка — в 1 наблюдении. У всех больных после аспирации гематомы тело каверномы было удалено тотально. Интраоперационно всем проводили нейрофизиологический мониторинг, в 2 наблюдениях — стимуляция ядер черепных нервов. Тотальное удаление достигнуто у всех больных. У 3 пациентов с единичными каверномами отмечен значительный регресс неврологической симптоматики до 0-1 ст. по Rankin. У пациента с множественными каверномами послеоперационное состояние — 2 ст. по Rankin. Катамнез составил от 3 до 10 мес, повторных кровоизлияний не было.

Выводы. У пациентов в остром периоде кровоизлияния в каверному ствола мозга с формированием гематомы, вызывающей компрессию окружающих структур, тотальное удаление гематомы и всех фрагментов каверномы позволяет достичь регресса неврологической симптоматики и избежать риска повторного кровоизлияния.

650 заседание Ассоциации от 23 декабря 2015 г., ОТЧЕТНО-ВЫБОРНОЕ

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

Секретарь заседания: Абрамов К.Б.

ОТЧЕТ ПРЕЗИДЕНТА АССОЦИАЦИИ О 644-650 ЗАСЕДАНИЯХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ АССОЦИАЦИИ НЕЙРОХИРУРГОВ ИМ. И.С. БАБЧИНА

Яковенко И.В.

ОТЧЕТ КАЗНАЧЕЯ АССОЦИАЦИИ

Комков Д.Ю.

ДОКЛАД

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ КАК ОСНОВНАЯ ПАРАДИГМА НЕЙРООНКОЛОГИИ

Гуляев Д.А.

ФГБУ СЗФМИЦ им.В.А.Алмазова МЗ РФ, Санкт-Петербург

ДОКЛАД

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЛРК-2
КЛИНИКИ ФГБУ СЗФМИЦ ИМ.В.А.АЛМАЗОВА МЗ РФ В 2015 Г,**

Гуляев Д.А.

ФГБУ СЗФМИЦ им.В.А.Алмазова МЗ РФ, Санкт-Петербург

ВЫБОРЫ ПРЕЗИДЕНТА И ПРАВЛЕНИЯ АССОЦИАЦИИ НА 2016-17ГГ.