

Применение оперативных доступов через структуры пирамиды височной кости в нейрохирургии всегда остается актуальным, особенно при распространении патологического процесса одновременно в среднюю и заднюю черепные ямки. Оперативные доступы через пирамиду височной кости выполняют строго по показаниям, преследуя цель — одномоментное, по возможности радикальное удаление патологического процесса. Степень резекции пирамиды височной кости разделяют на ретролабиринтную, транслабиринтную, транскохлеарную, доступ по передней поверхности пирамиды височной кости к внутреннему слуховому каналу, резекцию вер-

шины пирамиды височной кости по основанию передней черепной ямки. Наиболее часто применяют ретролабиринтную, затем транслабиринтную резекцию пирамиды височной кости, трансмаатальный доступ, резекцию вершины пирамиды височной кости, крайне редко применяют транскохлеарную резекцию пирамиды височной кости. Предварительная неоднократная отработка резекции пирамиды височной кости на анатомических препаратах с изучением микрохирургической анатомии представленных в пирамиде височной кости структур позволяет безопасно применять этот метод в нейрохирургической практике с хорошими лечебными результатами.

2. ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ГЛАЗНИЦЫ И ВЕРХНЕЙ ГЛАЗНИЧНОЙ ЩЕЛИ

В.А. Черкаев

ФГАУ «НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Микрохирургическую анатомию изучали на 12 блок-препаратах основания черепа с глазницами, приготовленных в 10% растворе формалина в течение 8 дней, по трем основным направлениям: 1) на макросрезах, 2) на блок-препаратах, 3) на коррозионных препаратах. Изучение проводили путем послойного удаления под микроскопом клетчатки глазницы и препаровки нервов и перфузированных окрашенных латексом сосудов с помощью микрохирургического инструментария. На основании полученных данных и данных литературы были составлены схемы типичного расположения артерии, вен и нервов глазницы в аксиальной, сагиттальной и фронтальной проекциях.

Данные наблюдения показали, что глазница является сложным комплексом сосудисто-нервно-мышечных пучков, обеспечивающих полноценную зрительную

функцию. Образование верхней глазничной щели и зрительного канала, являясь единой системой, обеспечивают приток и отток крови из глазницы, иннервацию мышц глазного яблока, непосредственно зрительную функцию. Трофика глазного яблока осуществляется через латеральные и медиальные ресничные пучки, включающие ресничные вены, артерии и нервы.

Полученные результаты изучения важны для планировании хирургических доступов, оценки возможных функциональных нарушений при повреждении определенного сосудисто-нервного пучка глазницы. Знание микрохирургической анатомии глазницы и современных хирургических доступов позволяет увеличить радикальность операций у больных с новообразованиями глазницы, улучшить функциональные и косметические результаты.

Заседание 171 от 28.04.16

1. ЗАДНЯЯ ДЕКОМПРЕССИЯ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА ПРИ АНОМАЛИИ КИАРИ I У ДЕТЕЙ: ВЫБОР ВАРИАНТА ОПЕРАЦИИ.

А.Е. Коршунов, Ю.В. Кушель

ФГАУ «НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Цель: изучить результаты задней декомпрессии при аномалии Киари I типа (АКІ) у детей, соотнеся их с техникой операции.

Материал и методы. С 2001 по 2015 г.г. задняя декомпрессия выполнена 76 детям (<18 лет) с АКІ. У 52 (68%) имелась синингомиелия. В 14 (18%) наблюдениях выполнена экстрадуральная декомпрессия (ЭДД); в 21 (28%) — экстраарахноидальная дулопластика (ЭАД); в 21 (28%) — интраарахноидальная диссекция и дулопластика; в 20 (26%) наблюдениях — стентирование отверстия Мажанди и дулопластика.

Результаты. Осложнения возникли у 15 (20%) больных, одно из них привело к летальному исходу

(летальность 1,3%). Частота осложнений была выше после (1) интраарахноидальной диссекции ($p=0,0009$) и (2) стентирования ($p=0,02$). Реоперации проведены у 8 (11%) больных. Суммарная частота осложнений и реопераций была наименьшей после ЭАД (10%).

Заключение. ЭАД — наиболее привлекательная первичная опция при АКІ. ЭДД — безопасная первичная опция, но требует отбора подходящих пациентов. Интраарахноидальная диссекция, в том числе со стентированием, вряд ли оправдана при первичных вмешательствах, но может быть неизбежной при ревизии ревизии.

2. НЕОБХОДИМОСТЬ ИМПЛАНТАЦИИ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ У ДЕТЕЙ

Б.З. Чельдиев, Ю.В. Кушель

ФГАУ «НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

Введение.

Опухоли задней черепной ямки (ЗЧЯ) являются наиболее распространенными опухолями ЦНС у детей. Одним из основных проявлений данных опухолей является развитие окклюзионной гидроцефалии. Удаление опухоли в большинстве случаев решает проблему водянки. Однако ряду пациентов необходимы ликворошунтирующие операции и после успешного удаления опухоли. По ранее опубликованным данным, необходимость в выполнении дополнительных шунтирующих операций после удаления опухоли ЗЧЯ составляет от 18 до 40%. Эта информация получена в 90-е годы и широко цитируется по настоящее время.

Учитывая вышесказанное мы решили оценить необходимость имплантации вентрикулоперитонеального шунта (ВПШ) у детей после удаления опухоли ЗЧЯ на большой современной серии.

Материалы и методы. В ретроспективный анализ вошли 182 ребенка, оперированных в НИИ НХ с 2012 по 2014 гг. Все операции выполнены одним хирургом. Среди анализируемых факторов были: возраст до 3 лет и старше; гистологический диагноз; первичная или повторная операция; наличие/отсутствие шунта до операции.

Результаты. По гистологии опухоли пациентов разделили на 4 группы: 1-я — пилоидная астроцитомы ($n=63$); 2 — медуллобластома ($n=66$); 3 — анапластическая эпендимома ($n=30$); 4 — другая гистология ($n=23$).

Всего необходимость в шунтирующей операции возникла у 18 (9,9%) детей. Необходимость в шунтирующей операции после удаления возникла лишь в одном случае у ребенка с пилоидной астроцитомой, при этом шунт у данного пациента был установлен до операции. Также шунт до оперативного вмешательства у детей с пилоидной астроцитомой был установлен по не зависящим от нас причинам (в других клиниках) всего в 6 наблюдениях из 63. С медуллобластомами было 54 ребенка старше 3 лет, и 12 младше 3 лет. У детей с медуллобластомой необходимость в шунте возникла в

5 наблюдениях, из них в 4 — у детей старше 3 лет, все 4 ребенка были после первичной операции и не имели шунта до операции. Одному ребенку с медуллобластомой младше 3 лет понадобилась замена ВПШ, установленного до операции. В 11 наблюдениях дети с медуллобластомой уже имели шунт до операции (имплантирован по месту жительства).

Дети с анапластической эпендимомой составили группу из 30 человек: 15 детей младше 3 лет и 15 детей старше 3 лет. Необходимость в шунтировании у детей с анапластической эпендимомой возникла в 8 наблюдениях, в 3 — у детей старше 3 лет, и в 5 (33%) — у детей младше 3 лет. При этом обращает на себя внимание, что у детей старше 3 лет производили переустановку имеющегося шунта из-за его дисфункции, у детей младше 3 лет это была первичная установка ВПШ.

Детям из 4-й группы шунтирование понадобилось в 4 наблюдениях. У 2 детей младше 3 лет, оперированных по поводу дермоидных кист ЗЧЯ, и у 2 детей старше 3 лет, оперированных по поводу ганглиоастроцитомы и АТРО ЗЧЯ.

В итоге общее число детей с шунтирующими системами составило 38 (28,9% от общего числа детей). При этом в эту группу включены дети, имевшие шунт до операции, у которых шунт не удаляли после операции, дети, которым ставился шунт после операции, и дети, у которых возникла необходимость в ревизии шунтирующей системы после удаления опухоли.

Выводы. Современные показатели числа ВПШ после удаления опухоли ЗЧЯ значительно ниже широко цитируемых в литературе. Пациенты с пилоидной астроцитомой входят в группу с самым минимальным риском необходимости ликворшунтирования после радикального удаления опухоли. Самый высокий риск развития послеоперационной гидроцефалии у детей младше 3 лет с анапластической эпендимомой ЗЧЯ, который составляет 33%. Дети старше 3 лет с диагнозом медуллобластома входят в среднюю группу риска и составляют 7,4%.

3. ЭНДОСКОПИЯ В ХИРУРГИИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

М.С. Семенов, Л.Т. Лепсверидзе, А.О. Гуща

ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва

Актуальность

Нейроэндоскопия является минимально инвазивным методом в современной нейрохирургии. Безусловно, с увеличением общего числа пациентов с интракраниальной патологией большая роль отведена эндоскопическим методам. Несмотря на достижения нейрохирургии последних лет, смертность и инвалидизация от геморрагического инсульта остаются высокими. Частота данного заболевания неуклонно растет и составляет примерно 10-20 пациентов на 100 тыс., что примерно соответствует около 45 тыс. кровоизлияний в год. Эндоскопические методы в хирургии инсультных гематом дают новые возможности в реализации малой инвазии, при этом сохраняя высокую радикальность хирургии, что может улучшить функциональный исход пациентов и снизить смертность в целом.

Цель исследования

Оценка эффективности эндоскопического метода в хирургии гипертензивных внутримозговых кровоизлияний.

Материалы и методы

Выполнен анализ лечения пациентов оперированных эндоскопическим методом. Нами проведено лечение 22 пациентов с ГВМК с 2013 г. по 2015 г. Локализация гематом классифицированы по данным А.С. Сарибекяна, из них путаменальные — 8, путаменно-капсулярные — 6, таламо-капсулярные — 4, таламические — 2, мозжеч-

ковые — 2. Сроки после острого нарушения мозгового кровообращения — в среднем 6–8 ч. Все пациенты в субкомпенсированном состоянии с уровнем сознания в среднем 10-11 баллов по ШКГ. Нами в работе использованы современные системы эндоскопии (ригидные и гибкие эндоскопы), также эндоскопический 10 мм порт собственной разработки, на который имеется соответствующий патент. Оценку эффективности лечения проводили по подсчетам и анализу существующих шкал и индексов (Rankin scale, Barthel index). Максимальный катамнез наблюдений пациентов составляет 2 года.

Результаты и обсуждения

У пациентов отмечалось улучшение функционального статуса до 1-2 баллов по шкале Rankin. Максимальная степень восстановления двигательного дефицита отмечена в группе с латеральными гематомами и кровоизлияниями ЗЧЯ, также наибольшее число баллов по индексу Barthel выявлено в данной группе пациентов. Прогностически неблагоприятными признаками явились гематомы таламо-капсулярной, таламической локализации с прорывом крови в желудочковую систему. На основе данной работы разработаны алгоритмы хирургической тактики эндоскопического удаления внутримозговых гематом различной локализации, с использованием комбинации ригидной и гибкой эндоскопии, посредством одно/двухпортовых эндоскопических доступов.