

## Заседание 172 от 26.05.16

### 1. ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО АКАДЕМИКА РАН КОНОВАЛОВА АЛЕКСАНДРА НИКОЛАЕВИЧА

ФГАУ «НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко»

### 2. ФИЛЬМ «И ДВЕ СУДЬБЫ, В ОДНУ СОЕДИНЯСЬ», ПОСВЯЩЕННЫЙ ЖИЗНИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Н.Н. БУРДЕНКО И В.В. КРАМЕРА

### 3. «КЛЮЧЕВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ»

*Академик РАН Александр Александрович Потапов*

ФГАУ «НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко»

## Заседание 173 от 27.10.16

### 1. KEYHOLE-ХИРУРГИЯ АНЕВРИЗМ И ОПУХОЛЕЙ ОСНОВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ И СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНЫХ ЯМОК

*Р.С. Джинджихадзе, В.А. Лазарев, О.Н. Древаль*

ГБОУ ДПО РМАПО, кафедра нейрохирургии;  
ГКБ им. Ф.И. Иноземцева,  
ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова, Москва

Усовершенствование микронейрохирургической техники, нейроанестезиологии и интраоперационной визуализации делает возможным оперировать через маленькие разрезы, малую краниотомию, то есть, соблюдая концепцию keyhole-хирургии, с обнадеживающими результатами.

Авторы представляют предварительные результаты использования миникраниотомии при аневризмах сосудов головного мозга и объемных образованиях передней и средней черепных ямок.

#### Материал и методы

В период с 2014 г. по май 2016 г. на клинических базах кафедры нейрохирургии ГБОУ ДПО РМАПО проведено лечение 110 больных со 115 церебральными аневризмами. У двух больных было 2 и 3 аневризмы соответственно. Возраст больных варьировал от 30 до 76 лет (в среднем 56 лет). Соотношение мужчин/женщин 45:65.

Всем больным выполнена спиральная КТ-ангиография с 3D-реконструкцией. У большинства пациентов были неразрвавшиеся аневризмы (74 больных (67,2%)). У 36 (32,8%) больных были субарахноидальные кровоизлияния (САК), 22 больных оперированы в остром периоде. У подавляющего большинства пациентов с САК (33 больных, (91,7%)) состояние I и II по шкале Hunt-Hess, Fisher 1–2. 3 (8,3%) больных в острейшем периоде САК были по Hunt-Hess III, Fisher 3. Пациенты с аневризмами передних отделов артериального круга большого мозга преобладали в нашей серии — 107 (97,3%) больных. С аневризмами задней циркуляции было 3 (3,3%) пациента.

В группе пациентов с опухолями передней и средней черепных ямок в период 2014–2016 гг. прооперировано 50 пациентов. Распределение пациентов по морфологической структуре: ольфакторная менингиома — 10 пациентов, менингиома переднего наклоненного отростка — 5 пациентов, менингиома бугорка турецкого седла — 5 пациентов, менингиома крыльев основной кости — 5 пациентов, аденома гипофиза — 3 пациента, краниофарингиома — 2 пациента, пилоидная астроцитома — 3 пациента, анапластическая астроцитома

— 4 пациента, глиобластома — 5 пациентов, метастаз опухоли — 5 пациентов.

#### Результаты минимально-инвазивной хирургии аневризм

Летальности и инвалидизации в группе больных с аневризмами не отмечено.

Послеоперационная гематома возникла у 3 больных, однако ревизионных вмешательств не потребовалось в связи с малым объемом гематом.

Инфекционные осложнения отмечены у 2 пациентов. Транзиторная гипестезия в лобной области отмечена у всех больных. Ликворея выявлена у 4 пациентов, что потребовало наружного люмбального дренирования в течение 5–7 дней, в результате была успешно купирована.

#### Результаты минимально-инвазивной хирургии опухолей передней и средней черепных ямок

В группе пациентов с менингиомами радикальность резекции по шкале Simpson I–II составила 100% пациентов. Транзиторная гипестезия лобной мышцы отмечена у 2 пациентов. Слабость лобной мышцы отмечена у 2 пациентов. Послеоперационная гематома малого объема выявлена у 1 больного.

Летальность в нашей серии составила 4% — умерли 2 пациента с гигантскими аденомами.

#### Заключение

Keyhole-концепция — это быстро развивающееся направление минимально инвазивной нейрохирургии. В современных условиях при наличии эндоскопической ассистенции, микроскоп-ассоциированных опций, нейрофизиологии и возможностей современной нейроанестезиологии прогресс минимально-инвазивных вмешательств позволяет при правильном подборе пациентов значительно снижать: травматизацию хирургических доступов, ассоциированные осложнения и негативные косметические эффекты. Быстрое восстановление пациентов и сокращение сроков стационарного лечения с возможностью скорейшей социальной и трудовой адаптации после сложных нейрохирургических вмешательств и являются приоритетной необходимостью в наши дни.

## **2. BURR HOLE МИКРОХИРУРГИЯ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ**

*Д.И. Пицхелаури*

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

---

### **Заседание 174 от 17.11.16**

#### **1. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

*О.И. Ильинский*

Beacon Pain Clinic, Dublin.

---

#### **2. ВЗГЛЯД НЕЙРОХИРУРГА-АЛГОЛОГА НА ПРОБЛЕМУ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ**

*Э.Д. Исагулян*

НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Москва

---

Диагностика и лечение хронических фармакорезистентных болевых синдромов представляет сложную задачу для клинициста, несмотря на широкий арсенал диагностических и лечебных методов. За последнюю декаду «золотым стандартом» в лечении такой стойких болевых синдромов становятся методы нейростимуляции, которые требуют не только знаний и умений нейрохирурга, но также большой диагностической работы на дооперационном этапе для выявления пациентов. Необходима тщательная оценка психологического статуса и соматического состояния пациента для предотвращения возможных осложнений. Пациент должен иметь определенный уровень образования, который позволит ему использовать нейростимулятор в повседневной жизни. Самым важным критерием отбора для методов хронической нейростимуляции остается критерий выраженности психологического фактора — психогенная составляющая болевого синдрома. Чем меньше выражен этот фактор, тем лучше эффект и лучше контроль

над болевым синдромом. Критериями эффективности нейростимуляции являются достижение стабильного клинического эффекта с уменьшением интенсивности болевого синдрома не менее чем на 50%. Значительным преимуществом нейростимуляции является возможность оценки эффективности контроля над болью уже в тестовом периоде до окончательной имплантации системы. Высокая ее эффективность позволяет контролировать боль даже у инкурабельных пациентов, в то же время для стабильного клинического эффекта необходимо раннее начало лечения. Длительный «период задержки» с применением безуспешной консервативной терапии приводит к уменьшению эффективности метода. Хроническая нейростимуляция — безопасный и эффективный метод, позволяющий пациентам контролировать болевой синдром и существенно улучшить качество жизни при условии своевременного его применения и соблюдения принципов мультидисциплинарности и преемственности.

#### **3. ВЗГЛЯД ПСИХИАТРА. «ПСИХОГЕННАЯ БОЛЬ — САМЫЙ ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ С БОЛЬЮ!»**

*А.В. Андрющенко*

Кафедра психиатрии I МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

---

#### **4. ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ МЕЖДУ НЕВРОЛОГОМ И НЕЙРОХИРУРГОМ**

*А.В. Алексеев*

УКБ N3 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

---

#### **5. ИНТРАТЕКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ (ОБЗОР МЕТОДИКИ И СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)**

*А.М. Зайцев, Г.Р. Абузарова, О.Н. Курсанова, Е.А. Потапова*

МНИОИ им. П.А. Герцена — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

---