

ХРОНИКА

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В 2013 ГОДУ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ АССОЦИАЦИИ НЕЙРОХИРУРГОВ ИМ.ПРОФ. И.С.БАБЧИНА

В.П.Берснев, П.В.Красношлык

630-е заседание от 30 января 2013 г.

Председатель заседания: профессор Можжев С.В.

Секретарь заседания: Степанов А.В.

ДОКЛАД

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМ ГИГАНТСКИХ РАЗМЕРОВ

М.М. Тастанбеков, С.В. Пустовой

ФГБУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Среди первичных интракраниальных опухолей вестибулярные шванномы (ВШ) занимают 4-е место (после глиом, менингиом и аденом гипофиза), составляя до 6 — 10% всех верифицированных опухолей мозга. ВШ составляют около 30% опухолей задней черепной ямки и до 90% новообразований мосто-мозжечкового угла.

Внедрение в практику современных способов лучевой терапии дало возможность лечить ВШ небольших размеров и конкурировать с нейрохирургическими методами. При опухолях больших и гигантских размеров хирургическое лечение остается безальтернативным.

В отделении хирургии опухолей головного и спинного мозга Российского нейрохирургического института им. проф. А.Л.Поленова в период с 2002 г. по 2011 г. проведено хирургическое лечение 249 больным с первично выявленными ВШ гигантских размеров (размером 40 мм и более). Больные с нейрофиброматозом II типа не были включены в исследование. Соотношение мужчин и женщин составило примерно 1:2 (87 (34,9%) мужчин и 162 (65,1%) женщи-

ны). Возраст пациентов варьировал от 18 до 78 лет. Средний возраст больных составил $49,5 \pm 5,3$ года. У 28 (11,4%) из этих пациентов опухоль имела разной степени выраженности кистозный компонент.

Во всех случаях опухоли удаляли ретросигмовидным доступом. 151 (60,6%) пациенту оперативное вмешательство проводилось с применением комплексного интраоперационного мониторинга. Основной его составляющей явились: регистрация акустических стволовых вызванных потенциалов и электроэнцефалография для оценки состояния стволовых структур головного мозга, а также мониторинг функции лицевого нерва. Параллельно производили регистрацию АД, ЧСС, ЭКГ, ЦВД и мониторинг показателей биомеханики дыхания.

Послеоперационная летальность составила 1,6% (умерли 4 пациента). В группе больных, оперированных с использованием комплексного интраоперационного мониторинга, частота грубых неврологических осложнений в результате нарушения кровообращения в стволе мозга в ближайшем послеоперационном периоде была ниже: 13 из 98 (13,2%) против 10 из 151 (6,6%).

ДОКЛАД

ФОТОДИАГНОСТИКА И ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ХИРУРГИИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ГЛИОМ. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

Д.М. Ростовцев, В.Е. Олюшин, И.В. Яковенко, Г.В. Папаян, С.А. Мельченко, А.И. Порсеев, К.С. Бурнин

ФГБУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Цель: Увеличение радикальности хирургического лечения, а также улучшение качества и продолжительности жизни больных с глиальными опухолями.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения 89 больных с глиомами за период 2002—2012 гг., которым проведено 93 оперативных вмешательств, во время которых проводилась фотодинамическая терапия и/или фотодиагностика.

Фотодиагностика с препаратом аласенс проведена 12 больным, из которых: с впервые выявленными

глиобластомами — 2, продолженным ростом глиобластом — 8, продолженным ростом глиосаркомы — 1, продолженным ростом анапластической астроцитомы — 1.

Фотодинамическую терапию с препаратом фотодитазин провели 75 больным, из которых с впервые выявленными глиобластомами — 19, продолженным ростом глиобластом — 16, анапластическими астроцитами — 8, продолженным ростом анапластических астроцитом — 4, олигодендроглиомами — 2, продол-

женным ростом олигодендроглиомы — 1, продолженным ростом анапластической олигодендроглиомы — 2, олигоастроцитомы — 1, продолженный рост олигоастроцитомы — 2, анапластическая олигоастроцитомы — 2, протоплазматическая астроцитомы — 2, фибриллярно-протоплазматическая астроцитомы — 9, фибриллярная астроцитомы — 4, астроцитомы (II степень анаплазии без уточнения дифференцировки) — 2, продолженный рост астроцитомы (II степень анаплазии без уточнения дифференцировки) — 1.

Фотодиагностику и фотодинамическую терапию во время одного оперативного вмешательства с препаратом фотодитазин провели 6 больным, из которых с впервые выявленной глиобластомой — 3, продолженным ростом глиосаркомы — 2, фибриллярно-протоплазматической астроцитомой — 1.

Результаты: Во время проведения оперативных вмешательств визуализировано накопление фотосенсибилизатора в ткани опухоли (у пациентов как с доброкачественными, так и со злокачественными глиомами). Фотодинамическую терапию проводили под визуальным контролем по эффекту фотовыцветания, что позволило уменьшить длительность ее проведения. Осложнений, связанных с применением данной методики, выявлено не было. Применение данной методики дало хороший интраоперационный и клинический результат.

Заключение: Впервые обоснована и получила практическое подтверждение целесообразность проведения фотодиагностики совместно с фотодинамической терапией при проведении одного оперативного вмешательства при использовании препарата фотодитазин.

631-е заседание от 27 февраля 2013 г.

Председатель заседания: академик РАМН Гайдар Б.В.

Секретарь заседания: к.м.н. Гаврилов Г.В.

ДОКЛАД

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЛИОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА МЕТОДОМ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ КРИОДЕСТРУКЦИИ

Б.В. Мартынов¹, А.И. Холявин², Б.В. Гайдар¹, В.Е. Парфёнов¹, В.Б. Низковолос², Г.Е. Труфанов¹, В.А. Фокин¹, Н.П. Алексеева³, Д.В. Свистов¹

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург,

² Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева РАН, Санкт-Петербург,

³ Санкт-Петербургский государственный университет

Введение. Хирургическое лечение диффузных, глубоко расположенных астроцитом из-за риска развития стойкого неврологического дефицита ограничивается диагностической биопсией, что существенно влияет на результаты их лечения, в то время как максимально безопасная резекция улучшает исходы лечения пациентов с глиомами.

Цель исследования: изучить безопасность и клиническую эффективность стереотаксической криодеструкции в лечении глубоко расположенных или локализованных в функционально значимых областях супратенториальных астроцитом.

Материалы и методы. В исследование были включены 76 пациентов в возрасте от 18 до 64 лет с супратенториальными глиомами различной степени злокачественности, локализовавшимися в глубоких и функционально значимых отделах головного мозга, которым была выполнена стереотаксическая биопсия и криодеструкция опухоли. Анализ выживаемости проводили по методу Каплана — Мейера. Прогностическое влияние различных факторов проанализировали в регрессионной модели пропорционального риска Кокса.

Результаты. Медиана общей продолжительности жизни составила для глиобластом и анапластических астроцитом 12,4 мес (контрольная группа — 6,4 мес, $p=0,04$) и 46,9 мес (контрольная группа — 18 мес, $p=0,006$) соответственно. Для больных с фибриллярно-протоплазматическими астроцитомами медиана не достигнута (контрольная группа — 78,6 мес, $p=0,00007$), а 5-летняя выживаемость со-

ставила 95,7%. Частота летальных исходов (1,4%), послеоперационных и общехирургических (10,8%), и неврологических (7,9%) осложнений не превышает известных статистических данных. В исследуемой группе больных была выделена подгруппа (12 больных), в которой стереотаксическая криодеструкция (СТКД) в сочетании с микрохирургией использовалась нами при лечении больших опухолей (диаметр опухоли > 5 см), распространяющихся в функционально значимые и глубокие области головного мозга. Эту подгруппу пациентов сравнивали с подгруппой больных с микрохирургическим удалением опухоли, диаметр новообразования у которых также превышал 5 см. Средний объем опухоли до операции не отличался в обеих подгруппах. Нами показано, что дополнение микрохирургического удаления обширных супратенториальных глиом с применением СТКД приводит к более высокой частоте тотального удаления опухоли, к достоверному уменьшению объема оставшейся опухоли. СТКД ($p=0,0377$) и индекс Карновского ($p=0,0006$) являются прогностически значимыми факторами, в то время как объем криодеструкции и оставшейся опухоли не оказывает влияния на продолжительность жизни этих пациентов.

Заключение. Стереотаксическая криодеструкция является безопасной хирургической процедурой и достоверно увеличивает средний показатель общей выживаемости пациентов с супратенториальными глиомами, расположенными в глубоких или функционально значимых областях.

**ДЕМОНСТРАЦИЯ
КОМБИНИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АГРЕССИВНЫХ ГЕАНГИОМ
ПОЗВОНКОВ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКУ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ
И ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩЕЕ ПОСОБИЕ**

М.Н. Кравцов, В.П. Орлов, Е.Д. Алексеев, Д.Е. Алексеев, Ю.Н. Припорова, Д.В. Кандыба

Кафедра нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Проблема разработки алгоритма лечения пациентов с агрессивными гемангиомами позвонков, характеризующихся экстравертебральным мягкотканым компонентом и компрессией нервных структур позвоночного канала, до настоящего времени не решена. Общепринятых стандартов оказания медицинской помощи больным с такой патологией не существует. Известные тактико-хирургические классификации опухолевых поражений позвоночника, построенные на общих онкологических принципах стадийности заболевания и распространенности опухоли, для гемангиом не применимы, так как хирургическое лечение больных с осложненным течением гемангиом, предусматривающее удаление гемангиомы посредством резекции костных структур, характеризуется тяжелой кровопотерей, незначительным клиническим эффектом и высокой частотой летальных исходов (11,1—57%). В настоящее время отношение к открытым операциям при данной патологии достаточно сдержанное. Объем открытого вмешательства ограничивается декомпрессивным вариантом в сочетании с эмболизацией

сосудистой сети опухоли цианакриловыми клеевыми композитами или пункционной вертебропластикой.

В клинике нейрохирургии ВМедА проведено комбинированное хирургическое лечение трех пациентов с осложненным течением агрессивных гемангиом позвонков. При этом были использованы методы предварительной эмболизации сосудистой сети опухоли, вертебропластики полиметилметакрилатом, открытого декомпрессивно-стабилизирующего пособия, и эндоскопического удаления опухолевого паравертебрального компонента.

Цель демонстрации: показать успешный клинический случай лечения агрессивных гемангиом позвонков, характеризующихся экстравертебральным ростом и компрессией нервных структур, путем комбинации вертебропластики с открытой и эндоскопической техниками удаления опухоли и фиксации позвоночника. Наметить лечебный алгоритм у данной категории пациентов с использованием «Оригинальной (тактико-хирургической) классификации гемангиом позвонков».

**ДЕМОНСТРАЦИЯ
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЦИЛОСТАЗОЛ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ
РАЗВИТИЯ СОСУДИСТОГО СПАЗМА ПРИ АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОМ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ
КРОВОИЗЛИЯНИИ**

С.А. Ландик, Д.В. Свистов

Кафедра нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Сосудистый спазм является наиболее серьезным осложнением субарахноидального кровоизлияния (САК), этиология и патогенез остаются до конца не изученными. Вызванная спазмом ишемия мозга определяет наиболее тяжелое течение заболевания в первые недели после разрыва аневризмы. В современной литературе рассматриваются принципиально новые подходы к лечению сосудистого спазма, изучаются новые препараты. Цилостазол, препарат группы ингибиторов фосфодиэстеразы-3, уменьшает агрегацию тромбоцитов и является прямым артериальным вазодилататором. Он также имеет уникальный стабилизационный эффект на оболочку сосудов, подавляет определенные механизмы воспаления. Ранее его применяли для устранения явлений перемежающейся хромоты у пациентов с атеросклеротическим поражением сосудов нижних конечностей. В лабораторных исследованиях и клинических испытаниях отмечено, что цилостазол эффективно уменьшает частоту спазма сосудов и вторичного ишемического инсульта при аневризматическом САК.

В клинике нейрохирургии эффект цилостазола изучен в двух наблюдениях лечения пациентов, гос-

питализированных в остром периоде разрыва аневризм. Он применялся энтерально в дозе 100 мг 2 раза в день в течение первых 21 сут после кровоизлияния. В первом случае у пациентки 60 лет с диссекционной аневризмой левой ПМА-ПСоА, с повторными кровоизлияниями и клипированием аневризмы, несмотря на их массивность и тяжелое течение послеоперационного периода, церебральный вазоспазм (по критериям ТКДГ и ЦАГ) не развился. Во втором случае у пациентки 59 лет с мешотчатой аневризмой бифуркации ОА и аневризматическим паренхиматозно-вентрикулярным кровоизлиянием выполнена вентрикулостомия и эмболизация аневризмы. Ангиографическое и доплерографическое наблюдение не зафиксировало развитие церебрального вазоспазма. Пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Первый опыт применения препарата цилостазол демонстрирует его эффективность как средства предупреждения развития сосудистого спазма и отсроченной ишемии головного мозга при массивном базальном САК. Цилостазол является вероятным кандидатом для продолжения исследований его эффективности при аневризматическом САК.

ДЕМОНСТРАЦИЯ СЛУЧАЙ МНОГОЭТАПНОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ ДУРАЛЬНЫХ АРТЕРИОСИНУСНЫХ СОУСТИЙ ЗАДНЕЙ ТРЕТИ ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА, ПОПЕРЕЧНЫХ СИНУСОВ И СТОКА

А.В. Савелло, Д.В. Кандыба, С.А. Ландик, К.Н. Бабичев, Д.В. Свистов

Кафедра нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Пациент Л., 1961 г.р., обратился в декабре 2009 г. с жалобами на периодически возникающие эпизоды нарушения речи, дезориентации, ухудшение памяти, снижение внимания. Жалобы впервые возникли в августе 2006 г.

По данным МРТ головы (10.11.2009), у пациента выявлены множественные АСС задней трети верхнего сагиттального синуса, поперечных синусов, области стока.

При селективной церебральной ангиографии (09.12.2009) верифицированы множественные АСС, 16.02.2010 выполнена трансартериальная эмболизация АСС задней трети верхнего сагиттального синуса неадгезивной композицией. В послеоперационном периоде клинически отмечена положительная динамика в виде исчезновения эпизодов нарушения речи и дезориентации, улучшения когнитивных функций, частичный регресс морфологических изменений головного мозга по данным МРТ. В последующем на протяжении 2010–2011 гг. выполнена частичная трансартериальная эмболизация АСС области правого поперечного синуса адгезивной клеевой композицией, трансвенозное разобщение путей оттока от АСС и мозговых вен отделяемыми микроспиралями.

Состояние пациента оставалось стабильным до декабря 2011 г., когда было отмечено резкое ухудше-

ние когнитивных функций. В последующем с января по март 2012 г. отмечалось постепенное ухудшение состояния пациента в виде серии нарушений мозгового кровообращения, расцененных как ОНМК по ишемическому типу, постепенного угнетения сознания до глубокого оглушения, появления бульбарных расстройств, центрального тетрапареза со снижением мышечной силы в конечностях до 1–2 баллов.

Повторно поступил в клинику 20.03.2012 г., при селективной церебральной ангиографии визуализированы функционирующие АСС области поперечных синусов, стока; АСС задней трети верхнего сагиттального синуса не функционирует. Отмечено формирование стеноза левого сигмовидного синуса. Выполнена ангиографически тотальная трансвенозная эмболизация АСС свободными микроспиралями путем их имплантации в поперечные синусы и сток. В послеоперационном периоде отмечен регресс неврологической симптоматики, постепенное восстановление когнитивных функций.

Цель демонстрации — продемонстрировать возможности внутрисосудистого лечения церебральных артериосинусных соустьев трансартериальным и трансвенозным доступами, а также особенности клинической картины энцефалопатии при дефиците путей венозного оттока от головного мозга.

632-е заседание от 27 марта 2013 г.

Председатель заседания: профессор Олюшин В.Е.

Секретарь заседания: Степанов А.В.

ДОКЛАД

О РАБОТЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СПБ ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ МАРИИНСКАЯ БОЛЬНИЦА» В 2012 Г.: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

О.А. Павлов

СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург

Отделение нейрохирургии в составе многопрофильного стационара функционирует на 30 коек. В 2012 г. пролечен 1081 пациент, что на 86 человек меньше, чем в 2011 г. 34% составили пострадавшие с черепно-мозговой травмой, 39% — пациенты с различными сосудистыми заболеваниями, 9,5% — пациенты с новообразованиями, 6,5% — дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, 11,1% — прочие нозологические формы. Выполнено 413 хирургических вмешательств. Хирургическая активность составила 38,2%. По поводу травмы головного мозга выполнено 118 (28,6%) хирургических вмешательств, при сосудистых заболеваниях — 189 (45,8%), 42 (10%) по поводу новообразований головного мозга, 17 (4,2%) — дегенеративных поражениях позвоночника, прочие

хирургические вмешательства составили 47 (11,4%). Общая летальность за 2012 г. составила 17,2%, хирургическая летальность — 23,9%.

За 2012 г. в отделении выполнено 116 операций по поводу аневризматической болезни головного мозга, из них эндоваскулярные операции составили 25, микрохирургические — 96. Уменьшение количества хирургических вмешательств по сравнению с 2011 г. (160 операций) связано с началом активной работы нейрохирургических отделений больниц №3, №26, Александровской больницы. Возраст больных колебался от 22 до 77 лет, средний возраст 49 лет. 83% пациентов оперированы в остром периоде кровоизлияния. Выполнено 25 эндоваскулярных и 91 микрохирургическое вмешательство. Хирургическая

летальность составила 13%, средний койко-день — 17 дней.

В остром периоде САК радикального выключения аневризмы из кровотока эндоваскулярным способом удалось достичь в 58,4% наблюдений, субтотального — в 29,9%, частичного — у 11,7% больных. Таким образом, эффективная окклюзия аневризм (тотальная и субтотальная — А+В) в остром периоде САК достигнута в 88,3% наблюдений. Интраоперационные осложнения отмечались в 4% случаев. Отличные и хорошие функциональные исходы (mRS-0, I) получены в 40%, удовлетворительные (mRS-II, III) в 20% случаев, неудовлетворительные (mRS-IV, V) — 25%, летальность (mRS-VI) составила 15% (3 человека).

В группе больных, оперированных микрохирургическим способом (76 человек), отличные и хорошие результаты получены в 18,3% случаев, удовлетво-

рительные (mRS-II, III) — в 44,7%, неудовлетворительные (mRS-IV, V) — 18,4%, летальность (mRS-VI) составила 15,7% (13 больных). По моему мнению, результаты лечения в большей степени зависят от тяжести состояния и формы кровоизлияния, чем от метода хирургического лечения.

В феврале 2011 г. на базе Мариинской больницы организован и начал работу Региональный сосудистый центр. В рамках федеральной программы отделение нейрохирургии оснащено современным микроскопом, навигационной станцией и эндоскопическим оборудованием, увеличено количество коек в нейрореанимации, что позволит совершенствовать нейрохирургическую помощь больным с аневризматическими кровоизлияниями. Перспективы улучшения исходов у таких больных мы видим в повышении качества реабилитационного лечения.

ДОКЛАД

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ О РАБОТЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ГМПБ №2 ЗА 2012 Г.

К.С. Гордиенко, Ю.А. Шулёв, Е.М. Белов, Г.Б. Григорьев

СПбГБУЗ ГМПБ №2

ДОКЛАД

ЗАДНЕЛАТЕРАЛЬНЫЕ ДОСТУПЫ К ПЕРЕДНИМ ОПУХОЛЯМ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ (ОБЗОР 18 НАБЛЮДЕНИЙ)

В.В. Степаненко, Ю.А. Шулёв, О.Р. Акобян, В.А. Шаманин, Г.Б. Григорьев

ГБУЗ ГМПБ №2, СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Введение: Заднелатеральные доступы, с различными вариантами расширений, широко применяются для патологии переднелатеральной локализации в краниовертебральной области.

Цель: Анализ результатов хирургического лечения пациентов с передними опухолями краниовертебральной области.

Материал и методы: С 1998 по 2012 гг. 18 пациентов с передними опухолями краниовертебральной области были оперированы с применением заднебокового доступа в разных модификациях. Проведен анализ результатов хирургического лечения этих пациентов и ретроспективная оценка хирургических возможностей заднебоковых доступов.

Результаты: из 18 больных в 7 (38,9%) случаев менингиомы $n\geq 3$ ската, 5 (27,8%) менингиомы БЗО, 6 (33,3%) невриномы С1. В 11 (61,2%) наблюдениях применяли заднелатеральный доступ с частичной кондилэктомией, в 7 (38,8%) — без резекции мышечков. Результаты прослежены у 14 (77,7%) больных, средний период наблюдения 87 мес (от 12 до 187).

Результаты хирургического лечения оценивали по Glasgow outcome scale (GOS). У 11 (61,2%) больных отмечено хорошее восстановление (GOS 5), у 6 (33,3%) умеренная инвалидизация (GOS 4). 1 пациент (5,5%) умер через 4 нед после операции (ишемический инсульт). Рецидив отмечен у 1 (5,5%) и продолженный рост у 1 (5,5%) пациента. Гидроцефалия — через 10 нед у 1 больного (5,5%), наложен ВПШ. Дисфункция краниальных нервов отмечена у 4 (22,2%) пациентов, из них у 3 (16,6%) отмечен регресс в течение 6 мес после операции, у 1 (5,5%) сохраняется дисфункция XII п.

Заключение: Предоперационное планирование основано на многофакторном анализе, включающем изучение морфологии и биомеханики краниовертебрального сочленения, характеристик опухоли, и индивидуальных особенностей пациента. Заднебоковые доступы к передним опухолям КВС обеспечивают надежное манипулирование и визуальный контроль. В большинстве случаев представляется возможным сохранение биомеханической устойчивости КВС, минимизируя костные резекции мышечков.

ДОКЛАД

РАСПИРЕНИЯ РЕТРОСИГМОИДНОГО ДОСТУПА ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПЕТРОКЛИВАЛЬНОГО РЕГИОНА С СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ

О.Р. Акобян, Ю.А. Шулёв, А.В. Трашин, А.С. Смекалов, В.А. Шаманин

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, СПб ГУЗ «Городская многопрофильная больница №2»

Введение: Хирургическое лечение опухолей петрокливальной локализации является одной из слож-

ных проблем нейрохирургии. Глубокое расположение этих опухолей и близость к жизненно важным не-

вральным и сосудистым структурам значительно увеличивают риск хирургического лечения. За последние 20 лет разработано множество различных доступов к петрокливалюму региону (ПКР). Среди них наиболее признанными являются транспетрозальные доступы, которые обеспечивают хорошую визуализацию этой зоны, но достаточно травматичны и имеют высокую степень риска развития послеоперационных осложнений (до 50%) в виде нарушения слуха, повреждения краниальных нервов и ликвореи. В настоящее время, согласно концепции минимально инвазивной хирургии, существует тенденция к более широкому внедрению комбинированных «микродоступов» или различных расширений классических доступов для обеспечения хорошего функционального результата.

Цель исследования: Целью нашего исследования является решение проблемы выбора хирургического доступа к ПКР.

Материалы и методы: С 2000 по 2012 гг. были оперированы 36 пациентов с опухолями петрокливалюмой локализации с супратенториальным распространением, применяя различные трансбазальные доступы: субтемпоральный, орбитозигматический, расширенный птериональный, пресигмоидный — субтемпоральный, ретросигмоидный и комбинированный (ретросигмоидный + птериональный).

В настоящее исследование включены 17 пациентов, оперированных ретросигмоидным доступом с различными расширениями. Среди них 12 пациентов с менингиомами петрокливалюмой региона, 5 — с шванномами V нерва.

Все пациенты подвергались тщательному неврологическому осмотру. На этапе предоперационного планирования всем пациентом выполнялись СКТ и

МРТ головного мозга с целью оценки размеров, формы, локализации и распространенности опухоли. Для оценки функционального состояния больных применялась шкала Карновского. Функция лицевого нерва оценивалась по шкале House-Brackmann. Степень радикальности опухоли оценивалась согласно классификации Simpson.

Во всех случаях проводился интраоперационный нейрофизиологический мониторинг для идентификации лицевого и тройничного нервов, а также контроля их функционального состояния. В комплекс нейрофизиологического мониторинга также была включена кардиоинтервалография.

Результаты: Средний возраст пациентов составил 48,5 года. Среди них 10 мужчин, 7 женщин. Средний срок наблюдения составил 74 мес. В 12 наблюдениях размеры опухоли превышали 3 см. Во всех случаях имело место супратенториальное распространение опухоли через меккелеву полость или тенториальную вырезку. Тотальное удаление опухоли было достигнуто у 12 (70,6%). Дисфункция V нерва — у 2 пациентов (гипестезия). Дисфункция VII нерва — у 2 пациентов при анатомической целостности нерва, у одного больного дисфункция VII нерва носила переходящий характер. Снижение слуха — у 1 пациента. Дисфункция VI нерва у 2 пациентов, у 1 дисфункция носила переходящий характер. Случаев послеоперационной ликвореи не было. Рецидив опухоли был отмечен у 2 пациентов с менингиомами через 2 и 3 года. Один пациент оперирован повторно.

Заключение: Дискуссия о доступах к ПКР не может считаться завершённой. Наш опыт свидетельствует о том, что расширенный ретросигмоидный доступ является методом выбора.

633-е заседание от 29 мая 2013 г.

Председатель заседания: профессор Хачатрян В.А.

Секретарь заседания: Дон О.А.

ДОКЛАД

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Л.М. Щугарева

Кафедра детской неврологии и нейрохирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, детская городская больница № 1, Санкт-Петербург

В последние годы подтвердились данные о том, что у детей могут существовать структурные внутричерепные изменения без типичных клинических проявлений. Так, по результатам мультицентровых исследований, у детей даже с нормальным неврологическим статусом частота значимых структурных внутричерепных изменений колеблется от 8,7 до 2%, из них 30–35% требует дообследования, а 1–2% — срочной нейрохирургической операции. Это является одной из основных причин «опасной» врачебной ошибки, риск которой наиболее высокий в амбулаторной практике, при легкой черепно-мозговой травме, в условиях отделения нейрореанимации и у глубоко недоношенных новорожденных. С теоретической точки зрения, риск таких ошибок можно уменьшить, заменив первичный клинический осмотр ребенка на первичный «клинико-интраскопический» осмотр. Однако даже в круп-

ных детских больницах мегаполиса реализовать эту тактику невозможно, поскольку методы медицинской визуализации (интраскопии) имеют ряд ограничений: ионизирующее облучение (при КТ), наркоз (для детей раннего возраста и неконтактных больных), возрастные ограничения (для чрезродничковой ультрасонографии). В докладе обсуждаются возможности проведения клинико-интраскопического осмотра в широкой клинической практике за счет сочетания клинических методов диагностики и ультрасонографии. Материал доклада основан на обследовании 2453 детей в возрасте от 1 дня жизни до 18 лет (средний возраст детей $6,6 \pm 0,14$ года), проведенном в период 2003–2011 гг. в детской городской больнице №1 Санкт-Петербурга. Обсуждаются три основных положения:

1. «Современная» модель нейродиагностики недостаточно эффективна, поскольку обеспечивает прове-

дение КТ/МРТ только у части пациентов, имеющих «типичные» клинические проявления заболеваний головного мозга, сопровождающихся структурными внутричерепными изменениями.

2. Клинико-сонографическая оценка неврологического состояния является широко доступной и экономически эффективной методикой для детской многопрофильной больницы.

3. Применение клинико-сонографической оценки оптимизирует диагностику заболеваний головного мозга у детей различного возраста в результате уменьшения количества инвазивных процедур и повышения эффективности неврологической оценки на местах, независимо от медицинских условий.

С использованием современных методов статистического анализа оценивается эффективность ультразвукового скрининга и мониторинга в выявлении структурных внутричерепных изменений.

Оптимизация диагностики заболеваний головного мозга у детей заключается в том, что «современная» нейроразностическая модель, основанная на обязательном клиническом диагнозе, заменяется на нейроразностическую модель, основанную на обязательном клинико-интраскопическом диагнозе. Такой системный подход позволяет повысить эффективность оценки неврологического статуса ребенка с 48 до 93%.

ДОКЛАД МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИПАДКА ПРИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ И ГЕНУИННОЙ ЭПИЛЕПСИИ (ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ)

Ю.А. Гармашов

Кафедра детской неврологии и нейрохирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

В докладе изложена теоретическая концепция причин возникновения эпилептического припадка при симптоматической и генуинной эпилепсии. В основе концепции высказывается предположение о возникновении частичной потери нейронов в сочетании с обеднением капиллярного русла в ограниченной зоне коры головного мозга. Неполноценность локального кровотока в этой зоне в случаях активации анализатора, в системе которого находятся эти нейроны, приводит к ло-

кальному накоплению токсических метаболитов. Взрыв эпилептической активности — это защитная реакция группы нейронов, стремящихся перейти в состояние торможения, или работы в условиях более низкого метаболизма. Локальное обеднение сосудистого русла определяется как зона остаточного кровотока. Приведены клинические примеры формирования зон остаточного кровотока при остром и хроническом инсульте, острой и хронической фазах черепно-мозговой травмы.

ДОКЛАД СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ

А.С. Иова, Е.Ю. Крюков

Кафедра детской неврологии и нейрохирургии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, детская городская больница №1, Санкт-Петербург

Развитие медицины сопровождается появлением новых ее разделов. Сначала формируются общие принципы нового раздела, затем на их основе развиваются отдельные направления, посвященные уточнению какой-либо узкой проблемы. Одним из примеров такого развития является «перинатальная медицина». Общими ее концепциями являются концепции «плод как пациент», «глубоко недоношенный новорожденный как пациент» и концепция единства системы «мать-плод-новорожденный». В дальнейшем сформировалась «перинатальная неврология», направленная на изучение заболеваний нервной системы у плодов и новорожденных. Появление МРТ плода позволило очень точно выявлять нейрохирургическую патологию до рождения ребенка, что потребовало участия нейрохирургов в определении перинатальной медицинской тактики. Решить перинатальные нейрохирургические проблемы с помощью технологий современной нейрохирургии, в том числе используемых в детской нейрохирургии, невозможно. Осознание этого факта требует поиска новых решений, эффективность которых во многом определяется конкретными соци-

альными, экономическими и медицинскими особенностями региона. Необходимость ускорения решения этих задач связана с тем, что с 2012 г. в России приняты законы, обязывающие выхаживать новорожденных с экстремально низкой массой тела, у которых до 80% наблюдений встречаются внутрижелудочковые кровоизлияния. Это предполагает значительное возрастание роли нейрохирурга в работе Перинатальных и Неонатальных Центров. В докладе обсуждаются варианты решения проблем перинатальной нейрохирургии в Санкт-Петербурге и предлагается модель оказания медицинской помощи при нейрохирургической патологии у плодов и новорожденных, характеризующаяся оптимальным соотношением «общая польза/цена». Критерий «общая польза» определяет возможность решения не только перинатальных, но и других нерешенных задач нейрохирургической помощи в Санкт-Петербурге (например, обеспечение широкой доступности мини-инвазивной нейронавигации в режиме реального времени и интраоперационной нейровизуализации независимо от возраста пациента).

ДЕМОНСТРАЦИЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ НАВИГАЦИИ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ПРИ УДАЛЕНИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ АБСЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

С.А. Сотников

Отделение неврологии и нейрохирургии детской городской больницы №1, Санкт-Петербург

Пациент Б., 2 года 4 мес, госпитализирован в ДГБ №1 26.05.2013 г. 26.05.11 г. подъем температуры до 39 °С, мама обратила внимание, что ребенок перестал пользоваться правой рукой. Госпитализирован в ДГБ №1 по экстренным показаниям. С рождения наблюдается кардиологами с диагнозом тетрада Фалло, по поводу которой в январе 2009 г. выполнена операция (подключично-легочный шунт по Блэлэку справа). 26.05.11 г. ребенку выполнены КТ и МРТ головного мозга — обнаружены множественные абсцессы в лобно-теменно-височной области слева с выраженным смещением срединных структур. 27.05.11 г. выполнена операция — пункционная аспирация и дренирование множественных абсцессов левой лобно-теменно-височной области (при пункции абсцессов и имплантации в их полости катетера применяли ультразвуковую стереотаксическую навигацию в режиме реального времени). После операции ребенок получал комбинированную внутривенную антибактериальную терапию (меронем, ванкомицин, дифлюкан). В дренаж, заведенный в полости абсцессов, вводили ванкомицин. Длительность дренирования — 10 сут. При клинко-интраскопическом мониторинге отмечена положительная динамика.

Пациентка А., 5 лет. На фоне подъема температуры до 39 °С 18.10.12 г. у ребенка развился генерализованный тонико-клонический припадок. В связи с сохраняющейся температурой, частым жидким стулом, рвотой девочка госпитализирована в ДГБ №1. При дообследовании обнаружена тетрада Фалло и 26.10.12 г. пациентка переведена в отделение кардиохирургии для планового оперативного лечения. После консультации невролога выполнена МРТ, обнаружен многокамерный абсцесс левой теменной и затылочной областей со смещением срединных структур до 6 мм и признаками перифокального отека. 08.11.12 г. выполнена стереотаксическая аспирация множественных абсцессов левой теменной и затылочной долей (при пункции абсцессов и имплантации в их полости катетера применяли ультразвуковую стереотаксическую навигацию в режиме реального времени). Полости абсцессов дренировали одним катетером в течение 8 сут. В послеоперационном периоде проводили массивную антибактериальную терапию. При клинко-интраскопическом мониторинге отмечена положительная динамика.

634-е заседание от 30 октября 2013 г.

Председатель заседания: профессор Шулёв Ю.А.

Секретарь заседания: Николаев И.О.

ДОКЛАД

ХИРУРГИЯ ОБЛАСТИ КРЫЛОВИДНО-НЕБНОЙ И ПОДВИСОЧНОЙ ЯМОК

И.Ю. Белов, Д.А. Гуляев, С.Я. Чеботарев, Н.А. Примак, В.В. Горбань, Д.С. Годанюк, П.В. Красношлык, А.А. Петров, Т.А. Каурова, Т.О. Извекова, Н.Л. Васькова

ФГБУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, КБ №122 им. Л.Г. Соколова, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Введение. В общем числе патологий данной области преобладают злокачественные опухоли с агрессивным, местнодеструктурирующим типом роста. Для осуществления адекватной резекции опухоли необходимо прибегать к расширенным и комбинированным доступам. В хирургии основания черепа область крыловидно-небной и подвисочной ямок — одна из наиболее труднодоступных. Она отличается от других не только сложной локализацией, но и широкой возможностью и высокой частотой распространения опухолей через естественные анатомические сообщения в смежные регионы, такие как носоглотка, полость рта, глазница, наружное и внутреннее основание черепа. На сегодняшний день в хирургии крыловидно-небной и подвисочной ямок существует целый ряд нерешенных задач. Не существует общепринятого алгоритма выбора хирургического доступа и метода резекции опухоли, нет четкого представления о необходимости

применения того или иного вида пластики послеоперационного дефекта.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения больных с опухолями крыловидно-небной и подвисочной ямок.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе комплексного обследования и хирургического лечения 59 больных с опухолями крыловидно-небной и подвисочной ямок и смежных регионов, находившихся на лечении во II и IV отделениях хирургии опухолей головного и спинного мозга ФГБУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова с 2004 по 2013 гг. Все больные разделены на 3 основные группы: 1-я группа — больные, которым в качестве хирургического подхода были выбраны краниобазальные доступы. В эту группу вошли 29 пациентов, 12 из которых с доброкачественными опухолями и 17 со злокачественными; 2-я группа — больные, которым в качестве хирургическо-

го подхода были выбраны трансфациальные доступы. Данную группу составили 15 пациентов, из них 3 с доброкачественными опухолями и 11 — со злокачественными; 3-я группа — 15 пациентов с гигантскими опухолями переднелатерального отдела основания черепа злокачественной природы, основной хирургической технологией у которых явилась блок-резекция с последующей пластикой пострезекционного дефекта регионарными лоскутами. Катамнез прослежен у 59 (100%) больных на протяжении от 3 до 110 мес после операции. Оценка результатов лечения дана по состоянию на июнь 2013 г.

Результаты и выводы. В 1-й группе тотальное удаление достигнуто только в 27,59% наблюдений, во 2-й и 3-й группах — 80 и 73,33% соответственно. На долю субтотального удаления по группам приходилось: 41,38, 13,33 и 26,67% соответственно. Частичное удаление в 1-й группе произведено в 31,03% наблюдений. Во 2-й группе — только в 1 наблюдении (6,67%), в 3-й группе случаев частичного удаления не было. При

анализе средней продолжительности безрецидивного периода было выявлено, что этот показатель был наиболее высоким во 2-й группе и составил $31,6 \pm 6,68$ мес. Разница между ближайшей группой составила 6 мес. Максимальное значение безрецидивного периода было 96 мес в 1-й группе у больной с доброкачественной менингиомой. Двухлетняя выживаемость в 1, 2 и 3-й группах составила $79,1 \pm 7,6$, $77,5 \pm 11,4$ и $60 \pm 12,6\%$ соответственно. Пятилетняя выживаемость была $56,8 \pm 11$, 57 ± 17 и $34,6 \pm 14,7\%$ соответственно.

Таким образом, трансфациальные доступы достоверно ($p < 0,001$) чаще позволяют выполнить радикальное удаление (80% случаев против 27,59% случаев краниобазальных доступов), а также достоверно ($p < 0,05$) улучшают качество жизни больных и увеличивают срок безрецидивного периода на 6 мес и более. Методика блок-резекции опухоли требует отдельного самостоятельного исследования, несмотря на полученные достаточно сопоставимые результаты.

ДОКЛАД ОПУХОЛИ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Д.А. Гуляев, С.Я. Чеботарев, Н.А. Примак, И.Ю. Белов, В.В. Горбань, Д.С. Годанюк, П.В. Красношлык, А.А. Петров, Т.А. Каурова, Т.О. Извекова, Н.Л. Васькова

ФГБУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, КБ №122 им. Л.Г. Соколова, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова

Введение. Опухоли переднего отдела основания черепа характеризуются агрессивностью опухолевого процесса, высокой частотой местного рецидивирования, поздней диагностикой и, как следствием, трудностями выполнения радикального вмешательства. Это подтверждается данными многих исследователей, которые отмечают резкое снижение выживаемости этой группы пациентов.

Целью настоящей работы явилось улучшение результатов хирургического лечения больных со злокачественными опухолями переднего отдела основания черепа.

Материалы и методы. Работа основана на результатах лечения 62 пациентов с опухолями переднего отдела основания черепа с экстра-интракраниальным распространением. Из них женщин было 25, мужчин 37. Операции проводились в РНХИ им. А.Л. Поленова, КБ №122 им. Л.Г. Соколова, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Согласно гистологическим заключениям, верифицировали: эпителиальные опухоли в 54% случаев, мезенхимальные в 14% наблюдений, оболочек в 27%, нейроэктодермальные в 5% случаев. В 12% случаев использовали эндоскопическую технику для формирования нижнего блока вместо стандартного трансфациального доступа.

Результаты и выводы. У всех пациентов к моменту хирургического вмешательства опухоль поражала не-

скольких анатомических зон с выраженным интракраниальным распространением. В 47 (75,8%) наблюдениях удалось добиться тотального удаления опухоли. В остальных случаях опухоль была удалена субтотально. Летальный исход наступил в раннем послеоперационном периоде в одном наблюдении (1,6%).

Хирургическое лечение злокачественных опухолей переднего отдела основания черепа должно сочетать радикальность онкологических вмешательств, с одной стороны, с возможностью сохранения функционально важных зон и анатомических структур в области основания черепа, с другой. «Золотым стандартом» этого лечения является применение комбинированных доступов с выполнением краниофациальных блок-резекций, к достоинствам которых можно отнести возможность удаления гигантских опухолей одним блоком, всесторонний подход к опухоли, минимальную тракцию окружающих тканей, хороший контроль важных анатомических структур и их протекцию, а также приемлемый косметический результат. Также, по нашему мнению, обязательным в условиях современной хирургии основания черепа является использование эндоскопии как самостоятельного доступа для формирования нижнего блока, которая пока занимает достаточно скромное место и выступает, как правило, в роли ассистенции, нежели как самостоятельный доступ.

ДЕМОНСТРАЦИЯ БЛИЖАЙШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ МЕНИНГИОМЫ III ЖЕЛУДОЧКА

О.Ю. Голик, Д.А. Гуляев, Н.А. Примак

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

Пациент Г., 1972 г.р., госпитализирован в 2-е отделение РНХИ им. проф. А.Л. Поленова 22.05.2013 г.

в тяжелом состоянии. При поступлении в неврологическом статусе отмечается угнетение сознания до глу-

бокого оглушения-сопора, выраженный общемозговой и гипертензионный синдром (головная боль гипертензионного характера, тошнота, снижение зрительных функций), диэнцефальный синдром и центральный тетрапарез до 4 баллов. Анамнез заболевания 2 нед. По данным МРТ головного мозга (16.05.2013 г.) у пациента выявлена опухоль области прозрачной перегородки, тривентрикулярная гидроцефалия. При осмотре офтальмологом выявлены начальные застойные диски зрительных нервов. 23.05.2013 г. произведено хирургическое вмешательство: краниотомия в левой лобной области, микрохирургическое удаление

опухоли из транскортикального трансвентрикулярного доступа. В ходе операции выявлено, что опухоль растет из сосудистого сплетения III желудочка, удалена тотально (Simpson I). Гистологическое заключение — атипичная менингиома. WHO 9539/1. В послеоперационном периоде отмечен регресс неврологической симптоматики, пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Цель демонстрации: Представить редкий случай локализации гигантской менингиомы передних отделов III желудочка и возможность её успешного радикального удаления.

635-е заседание от 27 ноября 2013 г.

Председатель заседания: Драгун В.М.

Секретарь заседания: Николаев И.О.

ДОКЛАД

ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРХНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

В.В. Руденко, В.Н. Бикмуллин, И.Л. Пудовкин, А.П. Татаринцев, А.С. Толстых, Д.Н. Ткаченко

ФГБУ «Российский ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена». Нейрохирургическое отделение

Частота повреждений верхнешейного отдела позвоночника невелика, но сложность анатомической зоны и высокий риск развития тяжелых неврологических осложнений делают данную проблему весьма актуальной.

Цель: Выбор оптимальной хирургической тактики лечения пациентов с травмами верхнешейного отдела позвоночника в зависимости от морфофункционального паттерна, данности травмы и возможностей лечебного учреждения.

Материалы и методы: С 2006 по 2013 г. в НХО РНИИТО им. Р.Р. Вредена пролечен 71 пациент. Из них: с переломами С1 (Джефферсона) — 12; с переломами С2 («палача») — 16; с переломами зубовидного отростка С2 II и ПА типов (застарелые) — 26; с атлантаксиальным вывихом — 3; со смешанными переломами С1 и С2 — 14.

Материалы и методы: Спондилография — обзорная, трансоральная, функциональная (при отсутствии противопоказаний) ³/₄ проекция; МРТ, СКТ с 3D-реконструкцией, оценка соматического и неврологического статуса, ортопедического ущерба и перспектив его динамики, и на основании этого — прогноз возникновения неврологических нарушений.

Способы хирургического лечения: изолированная ГАЛО-коррекция — у 15; стабилизирующие (фик-

сирующие) операции после предварительной ГАЛО-коррекции — у 27 пациентов (окципитоцервикальная фиксация — у 14, корпородез С2-С3 — у 12); первично-стабилизирующие (фиксирующие) операции без предварительной ГАЛО-коррекции — у 29 (окципитоцервикальная фиксация — у 6, С1-С2-фиксация — у 23).

Результаты лечения: У всех оперированных пациентов удалось достичь стабильной фиксации пораженного сегмента. При этом количество заблокированных сегментов при окципитоспондилодезе варьировало от 3 до 6, при всех остальных вариантах хирургической фиксации блокировался лишь один сегмент. Нарастания или появления неврологической симптоматики после хирургического лечения не отмечено, 68 из 71 оперированного пациента социально адаптированы и трудоспособны.

Заключение: Хирургическое лечение поражений верхнешейного отдела сводится к декомпрессии и ортопедической коррекции в целях профилактики вторичных неврологических осложнений. Ортопедическая коррекция преследует две цели: устранение риска развития неврологических осложнений и надежную стабилизацию при минимальном вовлечении позвоночно-двигательных сегментов.

ДОКЛАД

СТИМУЛЯЦИЯ СПИННОГО МОЗГА В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА НЕУДАЧНО ОПЕРИРОВАННОГО ПОЗВОНОЧНИКА

А.С. Толстых, В.Н. Бикмуллин, Д.А. Рзаев, В.В. Руденко, И.Л. Пудовкин

ФГБУ «Российский ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена». Нейрохирургическое отделение

Доступность хирургических ресурсов широким кругом специалистов неминуемо ведет к значительному

увеличению спинальных операций. Учитывая, что частота синдрома неудачной хирургии позвоночника

составляет от 5 до 50% (Macrae W.A., 2001; Taylor R.S., Taylor R.J., 2012), соответственно увеличивается и абсолютное количество пациентов с хронической болью в спине и/или ноге. Учитывая низкую эффективность традиционных терапевтических и хирургических методов лечения данной патологии, остается актуальным поиск более эффективной терапевтической опции.

Целью данной работы явилась оценка эффективности стимуляции спинного мозга.

Материалы и методы. 32 пациента в возрасте от 20 до 60 лет с хронической болью в спине и/или ноге, оперированные ранее на поясничном отделе позвоночника. Боль оценивали по шкале VAS, функциональный статус — индексом Oswestry.

Критерии отбора пациентов: неэффективность консервативной противоболевой терапии, отсутствие психических заболеваний, длительность болевого синдрома более 6 мес, положительный ответ на тестовую стимуляцию.

Результаты. В тестовом периоде у всех пациентов отмечалось значительное снижение болевого синдрома, им были установлены постоянные системы стимуляции. Период наблюдения после имплантации постоянной системы составил от 1 до 2 лет. Стойкий противоболевой эффект достигнут в 88% случаев (28 пациентов). 15 из них через год пришлось перепрограммировать подкожный генератор в связи с уменьшением противоболевого эффекта.

У 5 больных был отмечен полный регресс болевого синдрома и имплантированные системы были удалены.

В 4 случаях генератор был удален в связи с неэффективностью.

Заключение. Эпидуральная стимуляция спинного мозга является эффективным, малоинвазивным методом лечения пациентов с синдромом неудачно оперированного позвоночника.

ДЕМОНСТРАЦИЯ

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ С ИНВАГИНАЦИЕЙ ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА С2 ПОЗВОНКА МЕТОДОМ С1-С2 ФИКСАЦИИ В КОМБИНАЦИИ С МЕЖСУСТАВНОЙ ДИСТРАКЦИЕЙ И АРТРОДЕЗОМ. АНАЛИЗ 1 СЛУЧАЯ

В.В. Руденко, В.Н. Бикмуллин, И.Л. Пудовкин

ФГБУ «Российский ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена». Нейрохирургическое отделение

Пациентка М., 61 год, поступила на нейрохирургическое отделение РНИИТО им. Р.Р.Вредена с грубыми неврологическими расстройствами, обусловленными инвагинацией зубовидного отростка С2 позвонка в ствол мозга вследствие атланта-аксиальной дислокации на фоне дегенеративного остеоартрита С1-С2. В анамнезе — падение с высоты человеческого роста.

09.07.13 оперирована: произведена атланта-аксиальная дистракция с созданием межсуставного корпоро-

деза кейджами «Бенгал» (De Puy), задняя С1 — С2 фиксация по методу Harms.

В послеоперационном периоде отмечен регресс неврологических расстройств, позволивший пациентке достичь полной функциональной независимости.

Цель демонстрации: показать возможности альтернативного трансоральной декомпрессии метода устранения компрессии ствола за счет редукции атланта-аксиальной дислокации.

636-е заседание Ассоциации — Итоговое. Отчетно-выборное. от 23 декабря 2013 г.

Председатель заседания: профессор Хачатрян В.А.

Секретарь заседания: Николаев И.О.

ДОКЛАД

МАЛОИНВАЗИВНАЯ НЕЙРОХИРУРГИЯ (КОНЦЕПЦИЯ И НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

К.А. Самочерных

ФГБУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова МЗ РФ, Санкт-Петербург

«Малоинвазивная нейрохирургия» — в наши дни можно с достаточной долей вероятности считать одним из наиболее употребляемых и предпочтительных понятий в нейрохирургическом наукопроизводстве, хотя в доступной нам литературе мы не нашли инвариантной формулировки этого понятия, а также определения её конкретного значения и сферы применения.

Ретроспективный анализ классических принципов нейрохирургии и их последующая эволюция побудили нас считать, что в этом контексте оптимальным является прежде всего выделение главных аспектов

этой концепции, определение её основных задач и алгоритмов практического применения.

При таком рассмотрении цель малоинвазивной нейрохирургии можно сформулировать как решение задач, поставленных перед операцией с минимально-возможной ятрогенной травмой.

Тогда задачи сводятся к разработке конкретных алгоритмов лечебно-диагностических мероприятий, при помощи которых объем всех этапов диагностики и лечения минимизируется с сохранением максимизации задач, поставленных перед операцией.

Основными алгоритмами являются:

— оценка биомеханических свойств краниоспинальной системы и ликворообращения с целью прогнозирования изменения краниоцеребрального соотношения по ходу планируемой операции и в послеоперационном периоде;

— оценка функциональной значимости структур, где предполагается манипуляция («зоны интереса»), посредством изучения результатов современных методов морфологической и функциональной визуализации (ТКДГ, КТ-перфузия, функциональная МРТ, МР-трактография, ПЭТ, ЭЭГ, ВП, ЭКГр, стимуляционное картирование, морфометрия и др.) с целью

разработки конкретных алгоритмов отбора внепроекции доступов, «минимально-достаточного» объема манипуляции, оценка результатов воздействия;

— использование не прямых способов визуализации и манипуляций (эндоскопическая хирургия, эндоскопическая ассистенция и др.) к глубинным, труднодоступным структурам;

— разработка алгоритмов оптимального сочетания декомпрессивных операций и вмешательств на целевых структурах.

Обсуждаются конкретные аспекты применения малоинвазивной нейрохирургии в детской практике.

ДОКЛАД**ФОКАЛЬНАЯ КОРТИКАЛЬНАЯ ДИСПЛАЗИЯ В ХИРУРГИИ ЭПИЛЕПСИИ**

Э.А. Асатрян, А.Р. Тадевосян, Ю.М. Забродская

ФГБУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Хирургическое лечение является безальтернативным методом коррекции медикаментозно-резистентной прогрессирующей эпилепсии (МРЭ). Оценка структурного субстрата эпилепсии имеет важное значение в диагностике и хирургическом лечении заболевания.

В последние четверть века большое значение придается фокальной кортикальной дисплазии (ФКД) как проявлению дизэмбриогенеза у больных эпилепсией (Harvey S., 2008; Wang D., 2013; Giulioni M., 2013; Schwartzkroin P., 2012).

В клинической практике распространение получила гистологическая классификация Blumcke (2011 г.), которая разделяет I, II и III типы фокальных кортикальных дисплазий, в зависимости от наличия радиальной или тангенциальной дисламинации, наличия дисморфических нейронов и баллоновидных клеток, а также сочетания дисламинации с другой патологией головного мозга.

Изучены результаты обследования и хирургического лечения 52 детей с МРЭ в период 2000-2013 гг. в РНХИ им. А.Л. Поленова.

Сопоставляли информативность различных методов оценки клинико-электроэнцефалографических проявлений эпилепсии: структура эпилептических припадков, особенности психопатологических проявлений, амплитудно-частотные характеристики и пространственное распространение картины био-

тенциалов мозга, данные морфологической и функциональной нейровизуализации (3D МСКТ, 3Тл МРТ, фМРТ, МР-спектроскопия, МР-трактография, МР-ангиография, СКТ- и МР-перфузия, ПЭТ, ТКДГ и др.) с выявляемостью ФКД и их разновидности.

На нашем материале, среди больных МРЭ, ФКД выявлялась в 35,2% наблюдений. Наиболее частыми оказались ФКД типа Ib. Анализ конкретных наблюдений показывает наличие связи между ФКД, особенностями проявлений эпилепсии и прогнозом хирургического лечения.

В частности, ФКД часто выявляется в зоне локализации ведущего эпилептического очага, является фактором риска медикаментозной резистентности эпилептического процесса. ФКД у больных с опухолью и артериовенозными мальформациями мозга, сочетающимися с проявлениями эпилепсии, по-видимому, являются одним из структурных носителей пароксизмального синдрома, и, по-видимому, должна считаться среди ведущих факторов, определяющих течение эпилепсии после удаления этих патологических образований.

Обсуждаются вопросы классификации ФКД в системе хирургического лечения медикаментозно-резистентной эпилепсии и результаты хирургического лечения, и алгоритмы учета особенностей ФКД при планировании операций, направленных на коррекцию эпилепсии.

ДОКЛАД**СИНДРОМ ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА**

К.В. Сысоев, В.А. Хачатрян

ФГБУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Термином «синдром фиксированного спинного мозга» (СФСМ) обозначают состояние, возникающее при ограничении подвижности каудальных отделов спинного мозга в результате их фиксации любой неэластичной структурой. Понятие «фиксация спинного мозга» ввел Hoffman в 1976 г., а обозначение синдрома фиксированного спинного мозга предложил Yamada в 1981 г. Классическим вариантом СФСМ являются состояния, наблюдаемые при аномалиях конечной нити (склерозированная, жировая FT). Ограничение

подвижности спинного мозга также имеется при различных формах миелодисплазий (миеломенингоцеле, липомы, диастематомиелия, дермоид, дермальный синус), а также при рубцово-пролиферативных изменениях после операций. Учитывая, что частота встречаемости дефектов нервной трубки в популяции достигает 1-2 на 1000 новорожденных, а СФСМ приводит к существенному снижению качества жизни больных, СФСМ является актуальной проблемой детской нейрохирургии.

Проведен анализ результатов обследования и лечения 150 больных в возрасте от 0 до 18 лет с СФСМ. На момент операции возраст больных в большинстве наблюдений был в пределах 3—5 лет. 68 больных ранее были оперированы по поводу спинномозговой грыжи, липом, дермоидов, диастем и др. В 6 случаях фиксация была повторная. Операция сводилась к грыжесечению, удалению патологического образования спинного мозга и позвоночного канала, миелорадикулолизу, иссечению измененной конечной нити. Показаниями к операции являлись: низкое расположение каудальных отделов спинного мозга (ниже L2), нижний парапарез (параплегия), гипестезия, болевой синдром, тазовые расстройства. В большинстве наблюдений клинические проявления имели нарастающий характер. После операции стабилизацию состояния наблюдали в большинстве случаев, регресс клинических проявлений отмечен в $\frac{1}{4}$ наблюдений. Осложнения имелись у 12% больных, чаще это были псевдоменингоцеле, ликворея и нагноение раны.

Во всех случаях осложнения поддавались коррекции. Следует отметить, что улучшения чаще касались нарушений чувствительности и болевого синдрома.

Установлено, что СФСМ является одной из основных причин низкой социальной адаптации детей со спинальными дизрафиями, поэтому одним из основных принципов лечения этих больных является своевременное устранение фиксации спинного мозга.

Обсуждаются вопросы патогенеза и рациональной тактики диагностики и лечения СФСМ. Рассматривается информативность спинальной МР-трактографии, ССВП и др. при выборе тактики лечения. Представляется модифицированная классификация СФСМ (Yamada, Won 2007). Предлагается выделять истинный СФСМ (в том числе скрытый СФСМ), ассоциированный СФСМ, стационарный СФСМ (бессимптомную фиксацию спинного мозга), а также состояния, имеющие сходные с СФСМ клинические проявления, но не относящиеся к СФСМ.

ОТЧЕТ КАЗНАЧЕЯ АССОЦИАЦИИ

Д.Ю. Комков

ОТЧЕТ РЕВИЗИОННОЙ КОМИССИИ АССОЦИАЦИИ

Профессор Е.А. Давыдов

ДОКЛАД ПРЕЗИДЕНТА АССОЦИАЦИИ ПО ИТОГАМ РАБОТЫ АССОЦИАЦИИ В 2013 Г.

Профессор В.П. Берснев

ВЫБОРЫ ПРЕЗИДЕНТА И ПРАВЛЕНИЯ АССОЦИАЦИИ НА 2014—2015 ГГ.