

на поясничном уровне, как самостоятельно, так и в дополнение к другим методикам. Импульсную радиочастотную нейромодуляцию спинномозговых ганглиев и периферических нервов выполняли суммарно в 6,1% случаев, показанием являлась радикулопатия без очевидных признаков компрессии и неврологического дефицита.

На основании анализа полученных данных сделан вывод об эффективности методик. Отбор пациентов производят на основании оценки клинических и лучевых данных и в большинстве случаев должен быть дополнен выполнением тестовых блокад. Перспективным является исследование эффективности сочетания различных методик, уточнение критериев отбора пациентов.

## **ДЕМОНСТРАЦИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ВЦЭРМ**

*Поярков К.А., Карабаев И.Ш. Цибиров А.А.*

### **638-е заседание Ассоциации от 26 февраля 2014 г.**

#### **ДОКЛАД: СЕЛЕКТИВНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ГЛИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

*Анохина Ю.Е.<sup>1</sup>, Мартынов Б.В.<sup>1</sup>, Свистов Д.В.<sup>1</sup>, Папаян Г.В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Кафедра и клиника нейрохирургии ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург,

<sup>2</sup>СПГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Вопрос о влиянии степени резекции на дальнейший прогноз у пациентов со злокачественными глиомами остается нерешенным, хотя в последние годы многие авторы считают, что более радикальное удаление опухоли является залогом успешного комбинированного лечения, увеличения продолжительности безрецидивного периода и общей выживаемости. Перспективным в данном направлении является метод интраоперационной флуоресцентной диагностики, который дает возможность эффективной интраоперационной дифференциации зон опухолевого процесса от мозговой ткани. Таким образом, дальнейшее изучение и активное внедрение метода ФД в повседневную практику хирургического лечения злокачественных глиом, а также разработка алгоритма ее применения являются перспективным направлением современной нейроонкологии.

В рамках данного исследования на базе клиники нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова проанализировано влияние применения интраоперационной флуоресцентной диагностики на радикальность удаления опухоли, частоту послеопера-

ционных осложнений и качество жизни пациентов со злокачественными глиомами головного мозга. Изучена взаимосвязь между интенсивностью флуоресценции и гистологической структурой удаляемой ткани. На примере 51 пациента со злокачественными глиомами головного мозга (Grade III-IV) установлено, что видимая флуоресценция наблюдалась у 100% больных, при этом выявлены различия в интенсивности флуоресценции в разных участках опухоли. Установлена зависимость интенсивности флуоресценции от степени злокачественности опухоли по результатам гистологического исследования. Анализ показал, что тотальное удаление опухоли было более частым у пациентов, оперированных с использованием ФД (80,0% с использованием ФД и 49,6% без использования ФД у пациентов с глиобластомами, 72,7% с использованием и 38,7% без использования ФД у пациентов с анапластическими астроцитомами). Было установлено, что применение интраоперационной флуоресцентной диагностики существенно не влияет на риск развития осложнений в послеоперационном периоде.

#### **ДОКЛАД: АНАЛИЗ 131 СЛУЧАЯ ПЕРЕДНИХ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ НАРЕЗНОГО МЕГАКЕЙДЖА. ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ**

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

РНИИТО им. Р.Р. Вредена Минздрава России, Санкт-Петербург

**Цель исследования.** Выбор оптимального метода хирургического лечения нестабильности в поясничном отделе позвоночника (сегментарной нестабильности и спондилолистезов), позволяющего добиться надежного костного блока. Объект исследования: пациенты с сегментарной нестабильностью в поясничном отделе.

**Материалы и методы.** 131 пациент с сегментарной нестабильностью и спондилолистезами, оперированный с 01.01.2005 г. по 31.12.2013 г. Операция выбора — передняя декомпрессия и стабилизация в поясничном отделе с использованием мегакейджа. При высоких степенях спондилолистезов первым этапом предпринимали заднюю редукцию и транспедикулярную фиксацию и вторым этапом — переднюю стабилизацию. При ради-

кулопатии выполняли декомпрессию спинномозговых нервов из переднего доступа.

**Результаты и обсуждение.** Оценку функциональных результатов проводили по шкале нарушения жизнедеятельности (Oswestry), пятибалльной визуальной аналоговой шкале (VAS) и шкале работоспособности (Denis). Динамические МРТ- и КТ-мониторинг с денситометрической оценкой формирования костного блока проводили в течение первого года и в последующем — один раз в 2-3 года. Формирование костного блока оценивали по методу Bridwell. Катамнез составил 2,8 года в среднем (от 10 мес до 5 лет). У 112 пациентов результаты оценены как хорошие, у 17 — удовлетворительные. У 2 больных отмечен неудовлетворительный результат. Был проведен анализ осложнений и опасностей технологии метода.

**Выводы:** Использование нарезного мегакейджа показано прежде всего для применения у молодых и среднего возраста пациентов с истмическим или диспластическим спондилолистезом. Для мужчин репродуктивного возраста существует опасность половых

расстройств. Использование мегакейджа у пожилых пациентов возможно при отсутствии спинального стеноза. Использование мегакейджа осуществляет надежную первичную фиксацию и создает условия для формирования костного блока. Случаев псевдоартроза не отмечено.

## ДЕМОНСТРАЦИЯ: МЕТОД ПУНКЦИОННОЙ ТРАНСКУТАННОЙ КРИОДЕСТРУКЦИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОЧАГОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

*Кравцов М.Н.<sup>1</sup>, Низковолос В.Б.<sup>2</sup>, Алексеев Е.Д.<sup>1</sup>, Мартынов Б.В.<sup>1</sup>, Волков А.А.<sup>1</sup>, Храпов Ю.В.<sup>1</sup>, Свистов Д.В.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Кафедра нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург,

<sup>2</sup> Институт мозга человека РАН, Санкт-Петербург

**Актуальность.** Лечение метастатических поражений позвоночника представляет собой неразрешенную проблему современной онкологии, вертебрологии и нейрохирургии. В настоящее время принято считать, что хирургическое лечение метастазов рака в позвоночник является паллиативным методом и не обеспечивает продолжения жизни. Целями хирургического пособия являются контроль боли, поддержание стабильности позвоночника, профилактика и лечение неврологических осложнений, сохранение способности больных к передвижению. Приоритетным направлением хирургического лечения метастазов позвоночника является использование пункционных и минимально-инвазивных технологий, способных улучшить качество жизни больных, расширить «терапевтическое окно» для проведения традиционных схем противопухольной терапии. Известно множество способов хирургического лечения метастазов позвоночника, таких как чрескожная вертебропластика костным цементом, пункционная кифопластика с предварительной внутритканевой радиационной терапией, пункционная коагуляция с помощью генератора холодной плазмы в сочетании с последующей вертебропластикой, радиочастотная деструкция и др. Однако вышеперечисленные методики имеют ряд существенных недостатков, среди которых: миграция костного цемента по венозным коллекторам и в экстравертебральное пространство (7–50,5%), невозможность адекватного заполнения области метастаза костным цементом из-за отсутствия полости, смещение мягко-

тканного компонента опухоли в позвоночный канал, диссеминация онкологического процесса из-за вытеснения опухолевых клеток в системный кровоток, недостаточный объем зоны лечебного воздействия коагуляции (40–70% от объема очага). В последние годы значительный интерес исследователей вызывают другие методики, среди которых важное место занимает холодное воздействие (криодеструкция, криоабляция) на очаг поражения.

В период 2012–2013 гг. в клинике нейрохирургии ВМедА 5 пациентам было выполнено воздействие на метастазы тел позвонков сверхнизкой температурой по оригинальной методике. Результаты лечения оценивали с использованием международных шкал: Masnap, визуальной аналоговой шкалы боли (VAS), опросника нарушений жизнедеятельности при хронической и рецидивирующей боли в спине Oswestry.

Полученные в ходе исследования предварительные результаты свидетельствуют о хорошей переносимости операций и быстром восстановлении пациентов, а также значимом снижении болевого синдрома. Начальный опыт указывает на эффективность методики в отношении улучшения результатов лечения такой сложной категории больных, как пациенты с метастатическим поражением позвоночника, и целесообразность ее дальнейшего исследования.

**Цель демонстрации** — продемонстрировать успешные случаи лечения пациентов с метастатическими поражениями позвоночника методом криодеструкции патологических очагов в сочетании с вертебропластикой.

## ДЕМОНСТРАЦИЯ: КОМБИНИРОВАННАЯ ТРАХЕОСТОМИЯ У НЕЙРОРЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАСПОЛОЖЕНИЯ ТРАХЕИ И ПРИЛЕГАЮЩИХ АНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР

*Аверьянов Д.А., Дубинин А.А., Кузнецов М.В., Щеголев А.В.*

Кафедры и клиники анестезиологии и реаниматологии, нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

На сегодняшний день пункционно-дилатационная трахеостомия приобретает все большую популярность при необходимости долгосрочного обеспечения проходимости верхних дыхательных путей. Данный вид оперативного вмешательства сравнительно менее травматичен, занимает значительно меньше времени, проще в техническом исполнении и, что важнее, более безопасен для больного. Последнее достигается проведением фибробронхоскопии в периоперационном периоде и использованием ультразвукового обследования трахеи и претрахеальных тканей перед трахеостомией. Фибробронхоскопический контроль с использованием эндовидеоскопии позволяет оперирующему врачу контролировать все этапы выполнения оперативного вмешательства, начиная с позиционирования интубационной трубки, до этапа установки трахеостомы.

Применение УЗИ дает возможность определить расположение перешейка щитовидной железы, длину трахеи и количество хрящевых полуколец над яремной вырезкой, исключить или подтвердить наличие относительно крупных сосудов в зоне оперативного вмешательства. Кроме того, использование ультразвуковой диагностики в совокупности с некоторыми антропометрическими данными (длина шейной части трахеи и толщина кожно-крупных сосудов на шее) в предоперационном периоде позволяет выбрать методику выполнения трахеостомии.

Комбинированная трахеостомия, сочетающая в себе элементы открытой и пункционно-дилатационной методики, может считаться вариантом оперативного вмешательства у больных с особенностями расположения трахеи и прилегающих анатомических структур, повышая тем самым безопасность выполнения операции.