

логических или витальных осложнений. К витальным зонам относили: треугольники X и XII нервов, зону обих, зону голубого пятна, пара-акведуктальное серое вещество. К функционально-значимым зонам относили проводники и ядра ствола мозга, а также ядра черепных нервов. К функционально малозначимым зонам относили: зону вокруг передней и задней центральных борозд, межколликкулярное пространство среднего мозга, субколликкулярные и супраколликкулярные треугольники дна ромбовидной ямки, латерально-вентральную поверхность среднего мозга и моста. Манипуляции в витально-значимых зонах, направленные на удаление остатков опухолей или формирование там хирургических коридоров к внутривентрикулярным опухолям, чреваты опасностью развития стойких витальных расстройств и декомпенсацией больных, и не допустимы. Манипуляции в функционально значимых зонах ствола с целью удаления опухоли или формирования раневого хода к внутривентрикулярным опухолям чреваты опасностью развития стойких

неврологических дефицитов, несут риск инвалидизации больных, поэтому нецелесообразны и должны иметь дополнительные показания. Манипуляции в функционально малозначимых зонах ствола мозга возможны. Ввиду минимальной индивидуальной вариабельности ствола мозга выявление анатомических ориентиров для морфометрии (бугорок лицевого нерва, водопровод мозга, задняя и передняя центральная борозда, бугорки четверохолмия и др.) и определение функциональных зон нетрудно, однако в условиях деформации ствола, вызванной новообразованием, это сложнее. В этих случаях регистрация ствольных вызванных потенциалов и электростимуляционное картирование ядер ствола и черепных нервов совместно с интраоперационной НСГ и МРТ, а также данные функциональной МРТ и МРТ-трактографии позволяют интраоперационно определить функционально значимые зоны ствола. Транзитная, обратимая блокада ядер и проводников позволяет уточнить их локализацию при спорных ситуациях.

ДОКЛАД: ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Иова А.С., Крюков Е.Ю., Гармашов Ю.А., Сотников С.А., Козырев Д.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
СПб ГБУЗ ДГБ №1, Санкт-Петербург

В связи с принятием закона о выхаживании новорожденных с массой тела 500 г тема внутрижелудочковых кровоизлияний стала более актуальна. До настоящего времени не было единства в выборе тактики лечения недоношенных новорожденных. Министерство здравоохранения РФ поручило разработать Российской Ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ) протокол ведения недоношенных новорожденных с внутрижелудочковыми кровоизлияниями. Данный протокол совместными усилиями нейрохирургов, неонатологов из разных городов Российской Федерации был разработан и неоднократно обсужден на заседаниях Ассоциации. Активное участие приняли сотрудники СЗГМУ им.И.И. Мечникова

(Иова А.С. и др.) и РНХИ им. проф. А.Л.Поленова (Хачатрян В.А. и др.). Принята классификация внутрижелудочковых кровоизлияний (3 степени), что раньше соответствовало классификации МКБ-10, достигнуто соглашение об использовании на первом этапе серийных люмбальных пункций с разгрузочной и санационной целью и применении наружного вентрикулярного или вентрикуло-субгалеального дренирования. На завершающем этапе лечения прогрессирующей гидроцефалии — вентрикулоперитонеальное шунтирование. Высказано однозначное решение о неэффективности применения эндоскопической тривентрикуло-цистерностомии при прогрессирующей постгеморрагической гидроцефалии.

ДОКЛАД: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С ИЗОЛИРОВАННЫМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Смирнова М.М., Щербук Ю.А.

Кафедра нейрохирургии и неврологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с изолированным травматическим повреждением лобных долей головного мозга путем разработки дифференцированной лечебной тактики в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи.

Материалы и методы: объектом исследования стали 132 взрослых человека в остром периоде изолированного травматического повреждения лобных долей головного мозга, подтвержденного методом компьютерной томографии, проходивших лечение в Александровской больнице Санкт-Петербурга в 2011—2013 гг. У 58% пациентов выявляли единичные контузионно-геморрагические очаги. У 15, 10 и 17% пострадавших соответственно выявляли 2, 3 и более 3 очагов. При этом у четверти больных очаги были двусторонними.

Результаты и обсуждение: контузионно-геморрагические очаги, объем которых превышал 25 см³, были склонны к прогрессированию.

Можно утверждать, что близкорасположенные очаги ведут себя как единый очаг. При выявлении подобных изменений необходимо рассчитывать по формуле объ-

ема эллипсоида их суммарный объем, складывающийся из объема каждого локуса, объема зоны перифокальных изменений, а также объема визуально пока еще не поврежденной ткани головного мозга, заключенной внутри данной группы очагов. Аналогично и сочетание контузионно-геморрагических очагов и ипсилатеральной гематомы той же области составляет единый объем.

На основании выявленных клинико-компьютерно-томографических параллелей была создана Шкала дифференцированного лечения пациентов с изолированным травматическим повреждением лобных долей головного мозга, позволяющая избирать оптимальную тактику ведения таких пострадавших в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи.

Алгоритм лечения рассматриваемых больных может быть представлен в следующем виде. При поступлении в многопрофильный стационар состояние пациента оценивают по Шкале дифференцированного лечения. Оценка в 4-9 баллов подразумевает проведение консервативной терапии. При оценке в 16-19 баллов пациенту следует выполнять экстренную краниотомию по жизненным по-

казаниям. При оценке в 10-15 баллов требуется почасовое динамическое наблюдение за пострадавшим с выполнением контрольных компьютерных томограмм в динамике. Если между последовательными томографическими исследованиями увеличение суммарных размеров очагов не превышает 15 см³, то пациенту проводят консервативную терапию. Если наблюдается увеличение суммарных

размеров очагов более, чем на 15 см³ в сочетании с клиническим ухудшением состояния пациента, то выполняют срочное вмешательство. В случаях, когда на фоне указанного увеличения объема очагов состояние пострадавшего остается стабильным, то цикл повторяется, и продолжается почасовое динамическое наблюдение с повторными нейровизуализационными исследованиями.

643-е заседание от 03 декабря 2014 г., посвященное 20-летию Научно-практического центра

ДОКЛАД: НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМУ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМУ ЦЕНТРУ 20 ЛЕТ

Академик Хилько В.А.

СПб ГБУЗ ГМПБ №2, Санкт-Петербург

ДОКЛАД: АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕТРОКЛИВАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ

Шулёв Ю.А., Акобян О.Р.

СПб ГБУЗ ГМПБ №2, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. Лечение петрокливальных менингиом является одной из сложных проблем нейрохирургии. В настоящее время нет универсального хирургического подхода к патологическим образованиям этой сложной анатомической зоны. За последние 20 лет разработаны множество базальных доступов к анатомической мишени, которой являются верхушка пирамиды, верхние отделы ската и вырезка намета. Большинство этих доступов трудоемки и имеют высокий уровень осложнений в виде нарушения слуха, повреждения краниальных нервов и ликвореи. Успешное манипулирование на границе суб- и супратенториального пространства может быть достигнуто посредством более простых краниотомических решений.

Цель исследования. Оценить эффективность расширения классических доступов при удалении петрокливальных менингиом и проанализировать результаты хирургического лечения.

Материалы и методы. В настоящее исследование включен 21 пациент с менингиомами петрокливальной локализации, оперированный в период с 01.01.2000 по 31.12.2014 гг. Средний возраст пациентов составил 47,6 года.

Все больные прослежены по стандартному протоколу, включавшему клинические данные, результаты методов нейровизуализации, анатомические и топографические параметры новообразований, гистоструктуру удаленных опухолей.

Выбор хирургического доступа осуществляли в зависимости от локализации и распространенности опухоли.

Ретросигмоидный доступ с различными его расширениями (супрамеатальное расширение и тенториотомия) применяли у 18 (85,7%) пациентов.

Ретросигмоидная краниотомия дополнена супрамеатальной резекцией верхушки пирамиды у 15 больных. Тенториотомия выполнена во всех 18 наблюдениях. У 7 больных наряду с тенториотомией выполнена резекция края намета, пророщенного опухолью. У 4 больных рет-

росигмоидный доступ был комбинирован с расширенным птериональным доступом. Три пациента оперированы передним транспетрозальным доступом (доступ по Kawase).

Анализ исходов включал измерение функционального состояния (шкала Karnofsky), исследование краниальных нервов, радикальность удаления, сроки и частота возникновения рецидивов, хирургические осложнения (инфекция, ликворея).

Во всех случаях выполняли интраоперационный нейрофизиологический мониторинг лицевого и тройничного нервов в сочетании с кардиоинтервалографией.

Результаты. Тотальное удаление менингиом было достигнуто у 13 (62%) пациентов, в 5 наблюдениях оставлены оральные фрагменты опухоли в кавернозном синусе, у 3 больных оставлен фрагмент опухоли, прораставший петрозальную часть ВСА.

Исходы. Среднее значение по шкале Karnofsky до операции составило 71,4%. В раннем послеоперационном периоде отмечалось снижение этого показателя (69%) с последующим нарастанием до 81% в течение 1 года. Нарастание нарушения функции краниальных нервов по сравнению с дооперационным периодом отмечено у 9 больных. Анатомическое повреждение IV нерва имело место у 3 больных в процессе резекции матрикса опухоли из края намета. Грубая дисфункция V нерва имела место у 3 пациентов. Дисфункция VII нерва отмечалась у 3 пациентов и имела транзиторный характер. Стойкое снижение слуха отмечено у 2 человек. Рецидив менингиом отмечен у 3 больных. Двое пациентов оперированы повторно.

Заключение: Ретросигмоидный доступ с целенаправленными расширениями (тенториотомия и супрамеатальная резекция верхушки пирамиды) в сочетании с расширенным птериональным доступом может являться эффективной альтернативой транспетрозальных подходов при удалении опухолей петрокливальной зоны.

ДОКЛАД: ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И РЕЗЕКЦИОННЫЕ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ. ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА И ИСХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Шулёв Ю.А., Степаненко В.В.

СПб ГБУЗ ГМПБ №2, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург