

аневризм сосудов головного мозга. Научная школа профессора Ю.Н.Зубкова подготовила для России, а также для стран ближнего зарубежья целую плеяду нейрохирургов, успешно продолжающих и развивающих его научные идеи

Сегодня в отделении хирургии сосудов головного мозга Российского нейрохирургического института им.проф.А.Л.Поленова проводят операции по поводу всего спектра сосудистой патологии головного и спинного мозга, причем сохранен ставший традиционным для института подход, при котором сотрудники владеют методиками как открытых, так и эндоваскулярных вмешательств. Хирурги ежегодно выполняют более 400 операций на аневризмах и артериовенозных мальформациях, артерио-синусных соустьях, стенозирующих процессах и т.п.

В отделение из разных регионов России и ближнего зарубежья направляют преимущественно пациентов с особо сложными формами аневризм, мальформаций и других видов патологии сосудов мозга, осложненными и последствиями ранее проведенных операций. Отделение оснащено современным оборудованием для проведения открытых оперативных вмешательств, что позволяет поддерживать высокий уровень открытой

хирургии сосудистой патологии, — от клипирования всех видов аневризм и до хирургии микроанастомозов. Наличие двух рентгеноэндоваскулярных операционных комплексов позволяет проводить в год более 300 внутрисосудистых операций с применением самых передовых методик, включая последние модели поток-отклоняющих стентов, современные неадгезивные эмболизирующие композиции. Традиционное владение как открытыми, так и эндоваскулярными вмешательствами позволяет выбрать наиболее оптимальную тактику лечения в каждом конкретном случае.

В отделении ведется активная научная деятельность по изучению патогенетических механизмов роста и рецидива аневризм и АВМ, новых возможностей хирургического лечения аневризм, АВМ, АСС и стенозирующих заболеваний сосудов мозга, а также различных аспектов мозгового кровообращения.

На базе отделения проходят подготовку врачи различных регионов России, а также ординаторы и аспиранты.

Несмотря на использование самых современных технологий, в отделении по-прежнему тщательно сохраняются традиции научной и клинической школы, заложенные со времен профессора Ю.Н.Зубкова.

649 заседание Ассоциации от 25 ноября 2015 г.

Председатель заседания: проф., д.м.н. Олюшин В.Е.

Секретарь заседания: Абрамов К.Б.

ДОКЛАД

ОБСУЖДЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ КОНЦЕПЦИЙ СПИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ (ОТЧЕТ О ПОЕЗДКЕ НА СЪЕЗД ИНДИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ СПИНАЛЬНЫХ ХИРУРГОВ)

Шулев Ю.А., Печиборщ Д.А.

ГБУЗ Городская многопрофильная больница №2,

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Ежегодная конференция Ассоциации спинальных хирургов Индии в этом году в сентябре проходила в штате Гоа. Ключевыми фигурами Ассоциации спинальных хирургов Индии являются профессоры Y. Dewan (президент) и P.S. Ramani (основатель). Докладчиками на конференции были как нейрохирурги, так и ортопеды из Индии, а также США, Великобритании, Швейцарии, Японии, Египта, Малайзии и Индонезии. Тематика конференции охватывала весь спектр спинальных хирургических патологий (дегенеративные поражения, онкология, травма, туберкулез) у взрослых и детей (в Индии отсутствует разделение на «взрос-

лых» и «детских» спинальных хирургов). Из России были представлены 2 устных доклада профессора Шулева Ю.А.: «Менингиомы краниовертебральной области» (в секции онкологии краниовертебральной области) и интересный клинический случай в интерактивной секции.

Будут представлены краткие обзоры наиболее интересных докладов, таких как новая парадигма этиологии и хирургического лечения мальформации Киари (профессор Atul Goel), дилемма в хирургическом лечении дегенеративного стеноза у пожилых (профессор P.S. Ramani) и другие.

ДОКЛАД

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Шулёв Ю.А., Степаненко В.В., Трашин А.В.

Введение. Заднебоковые доступы с различными вариантами расширений широко применяются для удаления интрадуральных опухолей передней локализации в краниовертебральной области (КВО).

Цель: ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов с передними интрадуральными опухолями КВО.

Материал и методы. С 1998 по 2014 г. хирургическое лечение получил 21 больной. Применяли различные варианты расширений заднебокового доступа. Из

21 пациента в 9 (42,9%) наблюдениях — менингиомы нижней трети ската, у 7 (33,3%) — менингиомы БЗО, у 5 (23,8%) — менингиомы С1. В 14 (66,7 %) наблюдениях применяли заднебоковой доступ с частичной резекцией мышечков, в 7 (33,3%) наблюдениях — без резекции мышечков.

Результаты. Клинические исходы оценивали по Glasgow outcomescale (GOS). У 14 (87,5%) больных — GOS-5, у 7 (12,5%) — GOS-4. Для анализа радикальности удаления опухолей использовали шкалу Simpson.

У 12 (57,2%) больных — Simpson II, у 7 (33,3%) больных — Simpson III, у 2 (9,5%) больных — Simpson IV. Рецидив у 1 (6,25%) больного и продолженный рост — у 1 (6,25%) больного. Окклюзионная гидроцефалия развилась через 10 нед после операции у 1 (6,25%) больного, наложен вентрикулоперитонеальный шунт. Дисфункция краниальных нервов отмечена у 4 (25%) пациентов, из них у

3 отмечен регресс в течение 6 мес после операции, у 1 больного сохранилась дисфункция XII п.

Заключение. Заднебоковые доступы с различными типами расширений к передним опухолям КВО обеспечивают надежное хирургическое манипулирование, визуальный контроль и достаточную степень радикальности удаления менингиом КВО.

ДЕМОНСТРАЦИЯ ПРЕЗЕНТАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С БАЗИЛЯРНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ

Шулев Ю.А., Степаненко В.В.

Пациент С., 56 лет, поступил в стационар с жалобами на выраженные нарушения координации движений, шаткую походку, онемение кистей рук, онемение в стопах, боль в шейно-затылочной области.

Анамнез заболевания: считает себя больным с осени 2012 г., когда после травмы (падение балки на голову) отметил пекущие ощущения в шейно-затылочной области. В течении 2012—2013 гг. выросли боли в надплечьях, затылке и появилась шаткость при ходьбе. К марту 2015 г. вышеперечисленные ощущения выросли, и пациент вынужден был прекратить работу. Был обследован, выявлена комбинация аномалий краниовертебрального перехода.

Диагноз: Краниовертебральная аномалия. Базилярная инвагинация в сочетании с аномалией Киари I ст. Тетрапарез. Атаксия.

Операция (24.09.2015 г.)

I этап. Трансоральная субтотальная резекция С2.

II этап. Окципитоцервикальная фиксация С0-С3-С4-С5.

Послеоперационный период протекал без осложнений, послеоперационная рана зажила первичным натяжением, швы сняты. В ходе хирургического лечения получена положительная динамика в виде улучшения чувствительности в кистях рук и стопах. Пациент прогрессивно наращивает объем ходьбы, ходит без посторонней помощи.

ДОКЛАД БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАВЕРНОЗНОЙ АНГИОМОЙ СТВОЛА МОЗГА, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

Тасланбеков М.М., Пустовой С.В.

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

Цель: оценить ближайшие результаты хирургического лечения больных с кровоизлиянием в каверному ствола мозга.

Материалы и методы. В 2014 г. в 4 отделении РНХИ пролечены 4 мужчин в возрасте от 23 до 57 лет, поступивших в остром периоде кровоизлияния в каверному ствола мозга на 5—16-е сутки от начала заболевания. У всех симптоматика развивалась подостро на протяжении 5—18 ч. Неврологически по шкале Rankin у всех пациентов при поступлении 4—5 ст. По данным МРТ, каверномы локализовались понтомезенцефально у 3, понтомедулярно — у 1 чел. Объем вместе с гематомой составил $11,3 \pm 3,2$ см³. Выраженный перифокальный отек отмечен в 2 наблюдениях. У 3 пациентов выявлены единичные каверномы, у 1 — множественные с кровоизлиянием в одну из них. У 1 диагностированы сопутствующие множественные венозные ангиомы.

Результаты. Операцию проводили ретроградным доступом — в 1, латеральным супрацереллярным — в 2 и доступом через IV желудочек — в 1 наблюдении. Интраоперационно при ревизии над областью кровоизлияния в 2 наблюдениях отмечали пропитыва-

ние гемосидерином, в 4 — размягчение и флуктуация ствола в проекции каверномы. Подход к каверномам через вентро-латеральную поверхность варолиева моста использован в 3 наблюдениях, через дно IV желудочка — в 1 наблюдении. У всех больных после аспирации гематомы тело каверномы было удалено тотально. Интраоперационно всем проводили нейрофизиологический мониторинг, в 2 наблюдениях — стимуляция ядер черепных нервов. Тотальное удаление достигнуто у всех больных. У 3 пациентов с единичными каверномами отмечен значительный регресс неврологической симптоматики до 0-1 ст. по Rankin. У пациента с множественными каверномами послеоперационное состояние — 2 ст. по Rankin. Катамнез составил от 3 до 10 мес, повторных кровоизлияний не было.

Выводы. У пациентов в остром периоде кровоизлияния в каверному ствола мозга с формированием гематомы, вызывающей компрессию окружающих структур, тотальное удаление гематомы и всех фрагментов каверномы позволяет достичь регресса неврологической симптоматики и избежать риска повторного кровоизлияния.

650 заседание Ассоциации от 23 декабря 2015 г., ОТЧЕТНО-ВЫБОРНОЕ

Председатель заседания: проф. д.м.н. Берснев В.П.

Секретарь заседания: Абрамов К.Б.

ОТЧЕТ ПРЕЗИДЕНТА АССОЦИАЦИИ О 644-650 ЗАСЕДАНИЯХ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ АССОЦИАЦИИ НЕЙРОХИРУРГОВ ИМ. И.С. БАБЧИНА

Яковенко И.В.