

Российский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова – филиал НМИЦ им. В.А. Алмазова
 Санкт-Петербургская Ассоциация нейрохирургов им. проф. И.С. Бабчина
 Общественная организация «Человек и его здоровье»

РОССИЙСКИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

имени профессора А.Л. Поленова

RUSSIAN NEUROSURGICAL JOURNAL
 named after Professor A.L. Polenov

Том X Специальный выпуск

Научно-практический ежеквартальный журнал. Основан в Санкт-Петербурге в 2008 году

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий,
 рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ,
 в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций
 на соискание ученой степени доктора и кандидата наук

Главный редактор – проф., д.м.н. Берснев В.П.
 Заместители главного редактора: проф., д.м.н. Иванова Н.Е., проф., д.м.н. Кондаков Е.Н.
 Ответственный секретарь – д.м.н. Иванов А.Ю.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

д.м.н. Гуляев Д.А.
 проф., д.м.н. Давыдов Е.А.
 проф., д.м.н. Кондратьев А.Н.
 проф., д.м.н. Олюшин В.Е.

к.м.н. Свистов Д.В.
 к.м.н. Себелев К.Н.
 д.м.н. Улитин А.Ю.

проф., д.м.н. Хачатрян В.А.
 проф., д.м.н. Шулев Ю.А.
 проф., д.м.н. Яковенко И.В.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

проф., д.м.н. Баязин В.А. (Ростов-на-Дону)
 д.м.н. Буров С.А. (Москва)
 акад. РАН, д.м.н. Гайдар Б.В. (Санкт-Петербург)
 д.м.н., проф. Гармашов Ю.А. (Санкт-Петербург)
 к.м.н. Гринев И.П. (Красноярск)
 проф., д.м.н. Громов С.А. (Санкт-Петербург)
 д.м.н. Гуша А.О. (Москва)
 проф., д.м.н. Данилов В.И. (Казань)
 проф., д.м.н. Дралюк М.Г. (Красноярск)
 проф., д.м.н. Древаль О.Н. (Москва)
 проф., д.м.н. Зозуля Ю.А. (Украина)
 проф., д.м.н. Иова А.С. (Санкт-Петербург)
 чл.-корр. РАН, д.м.н. Кривошапкин А.Л. (Новосибирск)

проф., д.м.н. Колесов В.Н. (Саратов)
 проф., д.м.н. Лихтерман Л.Б. (Москва)
 проф., д.м.н. Луцик А.А. (Новокузнецк)
 проф., д.м.н. Мегелкина Л.П. (Москва)
 проф., д.м.н. Можяев С.В. (Санкт-Петербург)
 проф., д.м.н. Музлаев Г.Г. (Краснодар)
 чл.-корр. РАН, д.м.н. Одинак М.М. (Санкт-Петербург)
 Островский А.В. (Санкт-Петербург)
 проф., д.м.н. Парфенов В.Е. (Санкт-Петербург)
 проф., д.м.н. Петриков С.С. (Москва)
 проф., д.м.н. Петрищев Н.Н. (Санкт-Петербург)
 проф., д.м.н. Саввина И.А. (Санкт-Петербург)

проф., д.м.н. Сафин Ш.М. (Уфа)
 проф., д.м.н. Ступак В.В. (Новосибирск)
 проф., д.м.н. Суфианов А.А. (Иркутск)
 проф., д.м.н. Трофимова Т.Н. (Санкт-Петербург)
 проф., д.м.н. Фраерман А.П. (Н.Новгород)
 акад. РАН, д.м.н. Хилько В.А. (Санкт-Петербург)
 проф., д.м.н. Черкаев В.А. (Москва)
 проф., д.м.н. Шагинян Г.Г. (Москва)
 чл.-корр. РАН, д.м.н. Щербук Ю.А. (Санкт-Петербург)
 проф. Takeshi Kawase (Япония)
 проф. Kintomo Takakura (Япония)
 проф. Tomokatsu Nohi (Япония)

министерство здравоохранения российской Федерации
«РНХИ им. проф. А.Л. Поленова» — филиал
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Ассоциация нейрохирургов России
Ассоциация нейрохирургов Санкт-Петербурга

при участии:

ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России Военно-медицинская
академия им. С.М. Кирова
Университетская клиника ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России
ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе
ИМЧ РАН им. Н.П. Бехтеревой
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. БЕХТЕРЕВА» Минздрава России
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

**XVIII ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

ПОЛЕНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

15-17 апреля 2019
Санкт-Петербург

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

**ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА
КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ**

Яриков А.В., Шпагин М.В., Смирнов И.И., Горелов С.А.
ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 39»
г. Нижний Новгород,

Крестцово-подвздошное сочленение (КПС) обозначается причиной боли у 15–30 % лиц с хроническим болевым синдромом в области нижней части поясничного отдела позвоночника (ПОП). До 70 % случаев, неудачно пролеченных дегенеративно-дистрофических заболеваний ПОП, связано с упущением патологии КПС.

Цель исследования. Изучить эффективность интервенционных методов лечения синдрома КПС.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Нижегородского межобластного нейрохирургического центра им. А.П. Фраермана. Все пациенты (n = 6) были женщины в возрасте от 45 до 73 лет. Диагноз синдром КПС устанавливали на основании жалоб, клинической картины и проведенных провокационных тестов (компрессионный, дистракционный, Ганслена, Патрика, компрессии крестца, Гейта). У всех пациенток была диагностирована патология опорно-двигательного аппарата и ПОП. У 5 был диагностирован коксартроз, 2 — гонартроз, 4 — плоскостопие, 6 — экзостозы и протрузии межпозвоночного диска, 6 — спондилоартроз, 2 — стеноз позвоночного канала, 3 — спондилолистез, 1 — синдром грушевидной мышцы. В нейрохирургическом отделении всем больным проводилось комплексное консервативное лечение: медикаментозная терапия (НПВП, анальгетики, антидепрессанты), гимнастика, магнитотерапия, массаж, когнитивно-поведенческая терапия, коррекция плоскостопия ортопедическими стельками, блокады триггерных точек. 6 больным было выполнено интраартикулярное введение в КПС 40 мг кеналога под рентгеннаведением. 5 пациенткам одновременно с блокадой КПС была проведена денервация дугоотростчатых суставов L3-4, L4-5, L5-S1 с обеих сторон.

Результаты. Изучены отдаленные результаты данной процедуры в сроки от 5 до 18 месяцев. У всех лиц зафиксировано снижение интенсивности болей по 10-балльной шкале с 6,8 до 2,9 баллов. Продолжительность эффекта в среднем составила 6 месяцев. Все работающие пациенты смогли вернуться к труду. Следовательно интраартикулярное введение глюкокортикостероидов дает возможность добиться длительного снижения интенсивности болей при синдроме КПС и быстрее восстановить трудоспособность.

Выводы. Комплексное консервативное лечение, состоящая из мануального воздействия, медикаментозной и когнитивно-поведенческой терапии дает возможность купировать болевой синдром в 80 % случаев, вызванного патологией КПС. Инъекции с глюкокортикостероидами рекомендованы в случае отсутствия эффекта от консервативной терапии при синдроме КПС, а радиочастотная нейроабляция показана при отсутствии эффекта блокад с глюкокортикостероидами. Необходимо более широко информировать врачей первичного звена (неврологов, терапевтов, врачей общей практики, хирургов, травматологов-ортопедов) о причинах болей в нижней части ПОП с целью своевременного назначенного правильного лечения. Следует заметить, что необходимо шире использовать интервенционные и малоинвазивные методы лечения в патологии КПС.

**СПЕКТР МОЩНОСТИ КОЛЕБАНИЙ АЛЬФА-ЧАСТОТНОГО
ДИАПАЗОНА В ФЕНОМЕНЕ «ВСПЫШКА-ПОДАВЛЕНИЕ»
РАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Сумский Л.И., Михайлов А.Ю., Березина И.Ю.
ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В.Склифосовского ДЗМ», Москва

Картина ЭЭГ, в которой очень низкоамплитудная активность пароксизмально сменяется, как правило, высокоамплитудным полиритмичным разрядом, который может продолжаться до нескольких секунд и также неожиданно, как и начинался, прекращаться, в литературе получил название «вспышка подавление» (ВПд). Этот феномен был впервые описан в эксперименте на животных при проведении барбитурового и эфирного наркоза еще в конце сороковых годов прошлого века. К настоящему времени в литературе возникновение этого феномена описано не только при проведении наркоза, но и при различ-

ных видах повреждения мозга: ЧМТ, аноксическое повреждение мозга, энцефалопатия при метаболических расстройствах, инфекциях и др. Несмотря на всестороннее описание параметров ВПд, до сегодняшнего дня нет общепринятых представлений о возможных нейрофизиологических механизмах, лежащих в основе возникновения этого феномена. Высказывается даже предположение, что характеристики ВПд не зависят от этиологического фактора. В тоже время работы, в которых непосредственно сравниваются ЭЭГ показатели ВПд, возникающих вследствие разных этиологических причин (от интраоперационного наркоза до патологических состояний), вследствие повреждения мозга, практически отсутствуют.

Проанализировано 14 пациентов с феноменом ВПд на ЭЭГ: у трех пациентов ВПд регистрировалась в период операции при севоановом наркозе, у одного вследствие передозировки баклофена, у шести больных ВПд возникла после остановки сердца, у остальных пациентов (4 человека) к ВПд привела выраженная постгипоксическая энцефалопатия различного генеза. Все больные, кроме оперируемых, находились в коматозном состоянии с уровнем бодрствования 3 балла по шкале ком Глазго. Запись ЭЭГ проводили на электроэнцефалографах «Нейрон-Спектр-5» фирмы «Нейрософт» (г. Иваново, Россия) или «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» фирмы «Медиком МТД» (г. Таганрог, Россия). Проводился частотно-спектральный анализ мощности периода вспышки в феномене ВПд.

Отмечено, что в эпизоде «вспышки» в комплексе ВПд у больных после остановки сердца, когда вследствие гипоксии и развившейся энцефалопатии можно предполагать определенную альтерацию морфофункционального состояния клеточных элементов мозга, в мощностном спектре практически отсутствовали частоты альфа-диапазона. При этом у больных, у которых феномен ВПд развивался при применении наркоза или передозировке баклофеном, то есть тогда, когда можно предполагать относительную сохранность клеток мозга, в частотном спектре мощности сохранялись показатели альфа частот.

Можно предполагать, что сохранность составляющих ЭЭГ альфа-диапазона отражает определенную функциональную сохранность альфа-генераторных элементов таламокортикальной системы. Степень сохранности показателей работы этой системы может определенным образом учитываться в дифференциальной диагностике феномена ВПд при неизвестной этиологии и использоваться в прогностических построениях.

**РАННЯЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
БОЛЬНЫХ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ
ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Лапшина О.В.¹, Наджарьян Л.Г.¹, Рогожкин С.Б.¹,
Рогожкина Д.С.², Латышев Ю.В.³

¹ ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А. Семашко,

² ФГБОУ ВО «НИИМИ» Минздрава России, г. Нижний Новгород

³ Второй военный клинический госпиталь войск национальной гвардии РФ, г. Пятигорск

Введение. В секторе здравоохранения современных стран произошли сложные и взаимообусловленные изменения. Возросло значение профилактики и реабилитации. Наряду с диагностикой и терапией органических болезней получили признание психосоматика и учет факторов риска, вытекающих из взаимосвязанного воздействия общества, рабочей и окружающей среды на здоровье и болезнь человека. Принципы охраны и укрепления здоровья имеют значение как для профилактики, так и для реабилитации, как системе государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий направленных на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду.

Цель исследования. Оценить влияние ранней послеоперационной реабилитации больных при злокачественных новообразованиях головного мозга.

Материалы и методы. Объектом исследования стало изучение влияния ранней послеоперационной реабилитации на состояние больных в послеоперационном периоде при злокачественных новообразованиях головного мозга. Проводилось сравнительное, открытое проспективное исследование в двух однородных группах больных —