

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

При дефекте в лабиринте или ситовидной пластине (8 случаев), на выбор хирурга использовался или ауто-, или алломатериал с простой пластикой обнаруженного дефекта. Все имело одинаковый результат с безрецидивным послеоперационным течением. Всем пациентам интраоперационно был установлен люмбальный дренаж на период 5–7 дней.

В наблюдении отмечен один рецидив назальной ликвореи (большой дефект в латеральной стенке основной пазухи). В первые сутки выполненная реоперация прошла без воспалительных осложнений и на 10-е сутки пациентка выписана из стационара.

Выводы. Используемые в нашей клинике эндоскопические методики являются современными и эффективными способами лечения таких сложных пациентов, как больные с назальной ликвореей, позволяющие обеспечить стабильный результат, с минимальным риском рецидива, а так же интра- и ранних послеоперационных осложнений.

КРОВОИЗЛИЯНИЕ В ПОЛОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И АНАЛИЗ СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ)

Копылов А.А.¹, Трофимов А.О.^{1,2}, Копылова Г.Е.¹

¹ ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

² Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко г. Нижний Новгород, Россия, г. Н. Новгород,

Введение. На сегодняшний день такой относительно распространенной патологии, как смешанные или остро-хронические гематомы, уделено крайне мало внимания в мировой литературе, что и определяет актуальность нашей темы.

Задачи. Представить данные анализа литературы, посвященной изучению кровоизлияний в полость хронических субдуральных гематом, а также собственных клинических случаев.

Результаты. Представлены результаты метаанализа источников литературы. Поиск производился в базах Медлайн, Пабмед, РИНЦ по ключевым словам «Кровоизлияние в полость хронической субдуральной гематомы», «повторные кровоизлияния в ХСГ», за период с 2001 по 2018 год. Было выбрано 20 статей, удовлетворяющим запросам. Всего, в найденных источниках было подробно описано 5 случаев кровоизлияний в полость хронической субдуральной гематомы.

Частота распространения кровоизлияний в полость хронической субдуральной гематомы (ХСГ) неизвестна, поскольку статистических данных по данной патологии нет. Наиболее частые причины кровоизлияния в полость ХСГ это — повторные черепно-мозговые травмы, сосудистые катастрофы, коагулопатии и т.д. Существует несколько теорий поддержания и возникновения повторных кровоизлияний в ХСГ: осмотическая, онкотическая, теория микрокровоизлияний, антикоагулянтная и профибринолитическая теория, воспалительная и теория факторов роста.

На КТ головного мозга кровоизлияние в ХСГ визуализируется как гипер- и гиподенстные структуры.

Описаны клинические случаи возникновения повторных кровоизлияний в полость ХСГ, где представлены пациенты различных возрастных групп — от 38 до 88 лет. За медицинской помощью люди обращались с абсолютно различной патологией, такой как невправимая бедренная грыжа, микроскопический полиангиит, легочная эмболия, рак аппендикса, дегенеративный артрит. Выявлено, что повторное кровоизлияние в полость ХСГ может быть вызвано такими необычными причинами, как обширная операция, спинальная анестезия, а также ряд основных факторов риска, например, прием антикоагулянтов и т.д.

Выводы. Кровоизлияние в полость ХСГ является достаточно редким явлением, в первую очередь из-за недостаточной изученности темы и гиподиагностики.

Возникновению кровоизлияния подвержены в основном люди пожилого возраста. К возникновению кровоизлияния в полость ХСГ, могут приводить различные причины. Кровоизлияние в полость ХСГ может протекать с незначительными клиническими проявлениями, что так же затрудняет диагностику.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ОСТРОВКОВОЙ ОБЛАСТИ

Быканов А.Е., Пицхелаури Д.И., Добровольский Г.Ф., Шкарубо М.А.
ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко»
Минздрава России

Цель. Изучение хирургической анатомии островковой области мозга. Особенности морфологии и васкуляризации островка и его покрышек с позиции трансильвиевого и транскортикальных доступов к островку, определение анатомических границ резекции глиальных опухолей островка.

Методы. Исследование проведено на 18 анатомических препаратах, фиксированных в спирто-глицериновом растворе. Артериальная система изучалась после перфузии внутренней сонной артерии красным латексом. Диссекция артерий, препаровка сильвиевой щели, изучение морфологических особенностей покрышек, а также моделирование трансильвиевого и транскортикальных доступов к островку производилось с использованием хирургического микроскопа в определенной последовательности.

Результаты. Моделируя на анатомических препаратах трансильвиевый доступ, и учитывая морфологию покрывающих островок покрышек мозга, мы пришли к выводам, что передняя доля островка более доступна, чем задняя; а нижние (расположенные под височной покрышкой) отделы доли более доступны чем верхние (расположенные под лобной покрышкой).

Транскортикальный доступ, вне зависимости от отдела островковой доли, обеспечивает больший хирургический обзор и рабочее пространство в сравнении с трансильвиевым, однако при данном доступе менее доступны ряд важных анатомических ориентиров: перинсулярные борозды, порог островка, латеральные лентикюлостриарные артерии, помимо этого требует рассечения покрышек мозга.

Заключение. Детальное знание хирургической анатомии островковой области обеспечивает правильное интраоперационное определение ряда важнейших анатомических ориентиров (порог островка, перинсулярные борозды, самая дистальная ЛСА) и помогает верно выбрать вариант хирургического доступа.

КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЭПИЛЕПСИЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Александров Ю.А.¹, Ларионов С.Н.¹, Пуляевская Е.К.²,
Хайкина Е.Б.², Ливадаров А.В.¹, Рудакова А.В.¹, Иванов Е.А.¹,
Лагунавичене М.Л.¹, Власова А.С. 1

¹ ОГАУЗ Городская Ивано-Матренинская детская
клиническая больница, г. Иркутск

² ГБУЗ Иркутская государственная областная детская
клиническая больница, г. Иркутск

В исследование были включены 4 пациентов с опухолями головного мозга супра- и субтенториальной локализации (4 мальчика в возрасте от 5 мес до 18 лет к началу наблюдения), проходивших лечение и лечение в отделении нейрохирургии ОГАУЗ ГИМДКБ с 2012–2018 годах с последующим катамнезом от 1 года до 3 лет. Во всех случаях наличие эпилепсии было основным клиническим проявлением в дебюте заболевания, все приступы в дебюте носили фокальный характер и характеризовались фармакорезистентным течением. У 1 пациента с эпилепсией хирургическое вмешательство было проведено с применением электрокортикографии (ЭКОГ), у 3 пациентов без ЭКОГ. Послеоперационный исход эпилептических приступов оценивали по классификации Engel. Всем пациентам на до-госпитальном этапе и различных по времени послеоперационном периодах проводилась, как мультиспиральная компьютерная томография (OptimaTM CT660, General Electric), так и магнитно-резонансная томография с напряженностью магнитного поля 3 (Philips Ingenia) и 1,5 Тс (Magnetom Essenza, Siemens) с внутривенным усилением. Электроэнцефалографический мониторинг проведен всем пациентам, включающий в себя в том числе видео-электроэнцефалографию сна (аппарат «Энцефалан 131-03»). Результаты гистологического исследования: астроцитомы Grade I, ганглиома Grade 1, медуллобластома Grade IV, 1 экстравентрикулярная нейрочитомы Grade II. В 3 случаях проведена субтотальная резекция опухоли, что было связано с локализацией объемного процесса. В случае с ме-

дуллобластомой проведено вентрикулоперитонеальное шунтирование (ВПШ) и взята биопсия. Повторные хирургические вмешательства проведены у всех пациентов. Причина во всех случаях была связана с рецидивом роста опухоли и развитием окклюзионной гидроцефалии, а так же рефрактерным течением эпилепсии. Число повторных оперативных вмешательств составляла от 2 до 3 вмешательств. У 1-го пациента раннее вмешательство было проведено в связи с развитием послеоперационного кровоизлияния в ложу опухоли. ВПШ проведено всем детям и дополнительная резекция опухолевой ткани у 3 детей. Электроэнцефалографический мониторинг на догоспитальном этапе выявил в 3 случаях эпилептогенные фокальные очаги, совпадающие с локализацией объемного процесса в головном мозге, у ребенка с медуллобластомой при наличии фокальных гемиконвульсивных приступов эпилептиформной активности не было выявлено. Проводимая ЭкоГ в одном случае определила фокус эпилептиформной активности, после субтотальной резекции повторное ЭкоГ не выявила эпилептиформной активности. Следует отметить, что после оперативного вмешательства отмечена трансформация фокальной эпилептиформной активности в 2 случаях: гипсаритмия у ребенка в возрасте до 1 года, билатеральная синхронная и асинхронная активность в правых и левых височных и лобных отведениях в 1 случае. В одном случае сохранялась стойкая фокальная эпилептиформная активность, и в случае с медулло-бластомой эпилептиформная активность не была зарегистрирована. Все дети в послеоперационном периоде продолжили противосудорожную поли-терапию, включающую 2 антиконвульсанта. Оценка эффективности лечения по шкале Engel I — 1 больной, II степень 1, III степень -1 пациент. Ребенок с медуллобластомой погиб через 6 месяцев с момента установления диагноза. Сохранение приступов и стойкой эпилептиформной активности, а также возможно и ее трансформация, обусловлено сохранением опухолевой ткани. Принципиального значения от локализации и объема опухолевой ткани на течение эпилепсии не отмечено.

СУПРАЦЕРЕБЕЛЛЯРНЫЙ ТРАНСТЕНТОРИАЛЬНЫЙ ДОСТУП К МЕДИОБАЗАЛЬНЫМ ОТДЕЛАМ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ

Тимошенков А.В., Григорян Ю.А., Ситников А.Р.

ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, Москва

Цель работы. Оценить результаты микрохирургического лечения больных с образованиями медиобазальных структур височной доли оперированных путем супрацеребеллярного транстенториального доступа (СТД).

Материалы и методы. Интродетроспективное клинико-инструментальное обследование: 31 пациент (21 женщины и 10 мужчин) с различными образованиями МБОВД (АВМ-3; сосудистые образования (кавернозная ангиома, гемангиобластома)-5; аневризма-1; внутримозговые опухоли-10; менингиомы заднего рога бокового желудочка-7; мезиальный темпоральный склероз-4; ФКД-1) подвергшихся хирургическому лечению 2009–2019 гг. Хирургическое вмешательство проводилось путем парамедианной субокципитальной краниотомии и тенториотомии для визуализации МБОВД.

Результаты. Исходы хирургического лечения оценивались после операции и через 6 месяцев после операции при помощи шкалы исходов Глазго (GOS). Радикальность удаления образования оценивалась по данным анализа послеоперационных КТ, МРТ исследований. В 77 % случаев произведено тотальное удаление образований, 16 % парциальное, 7 % субтотальное. Осложнения наблюдались у 10 пациентов (32 %): в виде развития транзиторной пирамидной недостаточности (13 %), вегетативного статуса (3 %) геморрагического инфаркта полушария мозжечка (3 %), транзиторного пареза блокового нерва (3 %), изменения психического статуса (3 %), инфицирования послеоперационной раны (3 %), асимптомного инфаркта четверохолмия (3 %).

Хорошее восстановление (5) по (GOS) наблюдалось у 74 % пациентов. 13 % отмечалось развитие умеренной инвалидизации (4). 9,7 % развитие тяжелой инвалидизации (3). 3 % вегетативное состояние (2).

Заключение. супрацеребеллярный транстенториальный доступ может быть применен в хирургии различных поражений медиобазальных отделов височной доли. Этот доступ снижает вероятность развития тяжелых неврологических осложнений (афатических расстройств, пирамидной недостаточности), наблюдаемых при транс- и субтемпоральных подходах.

ТРАНСФОРМАЦИЯ НЕЙРОВАСКУЛЯРНОГО КОНТАКТА В НЕЙРОВАСКУЛЯРНЫЙ КОНФЛИКТ — ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА КЛАССИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

В.А. Балязин, Е.В. Балязина, Т.А. Исаханова,
И.В. Балязин-Парфенов, Алексеева Н.А.

ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, Ростов-на-Дону

Дискуссия о патогенетической роли нейроваскулярного конфликта (НВК) в патогенезе классической НТН не прекращается по настоящее время. Суть ее в том, что как у больных НТН, так и у здоровых лиц обнаруживается при нейровизуализации контакт корешка тройничного нерва КТН с артериальным сосудом, чаще с верхней мозжечковой артерией (ВМА). Проведенными нами морфологических исследованиях (Е.В. Балязина, 2009, 2015) было показано, что у лиц, не страдавших НТН контакт ВМА с КТН был обнаружен у 32 % обследованных и близкое расположение (< 2 мм) у 12 %. Совершенно иные количественные взаимоотношения КТН и ВМА обнаружены у больных классической НТН при выполнении им микроваскулярной декомпрессии (МВД): в 64,7 % наблюдений вершина петли ВМА располагалась ниже верхнего края КТН, а нередко и его нижнего края, пересекая плоскость КТН в вертикальном направлении. Первый вариант НВК наблюдался нами только у больных НТН. Этот факт свидетельствует о том, что лица, имеющие подобные взаимоотношения КТН и ВМА в среднем или пожилом возрасте имеют высокую степень риска возникновения НТН. НВК второго типа обнаружен нами, при выполнении МВД, у 35,3 % пациентов, примерно в таком же проценте как наблюдается НВК в популяции (32 %). Физический механизм травмирующего воздействия ВМА на КТН описан ранее (Е.В. Балязина и соавт. 2017). Во всех публикациях, посвященных классической НТН сообщается о том, что болеют лица среднего и пожилого возраста, однако объяснения этой закономерности не приводится. Изменение с возрастом эластических свойств крупных артериальных стволов — известный факт (Greenwald S.E., 2007). Нами (Е.В. Балязина 2015) были изучены возрастные изменения ВМА в месте перехода ее переднего понто-мезенцефального сегмента в латеральный понто-мезенцефальный сегмент (вершина артериальной петли), место наибольшего воздействия систолической волны. С каждым десятилетием жизни нарастают фиброзно-склеротические утолщения интимального и медиального слоев, увеличение экстрацеллюлярного матрикса гладкомышечных клеток, изменения в количестве коллагена и эластина на сторону преобладания первого, были обнаружены мелкие очаги фиброза на месте атероматозных бляшек. Эти данные свидетельствуют о потере ВМА эластичности, прогрессивно нарастающей по мере увеличения возраста. Интенсивность травмирующего воздействия артерии на корешок зависит от потери эластических свойств сосудистой стенкой у лиц пожилого возраста, вследствие эндотелиальной дисфункции. У обследованных нами больных уровень эндотелина-1 в среднем составил $0,95 \pm 0,19$ фмоль/мл (норма $0,26 \pm 0,066$ фмоль/мл), общего холестерина — $6,21 \pm 0,16$ ммоль/л (норма $3,2 - 5,6$ ммоль/л). При ангиосканировании жесткость артерий в среднем составила $5,44 \pm 1,09$ % (норма -20 % -30 %), преобладал А тип пульсовой волны (в среднем $59,75 \pm 4,53$ %), указывающий на неудовлетворительное состояние сосудов. Существует мнение, что нарушение функции эндотелия и жесткость артерий имеют причинно-следственную связь (Peng X., et al., 2003). В процессе старения организма снижается синтез L-аргинина, основного донатора монооксида азота (NO), являющегося мощным вазодилатирующим агентом. Эндотелин-1 самый сильный из всех эндогенных вазоконстрикторов, в 100 раз превышающий эффекты норадреналина (Stewart, et al., 1991). Повышение уровня эндотелина-1, увеличение жесткости сосудов, по мере старения организма, трансформируют нейроваскулярный контакт, в нейроваскулярный конфликт, запуская механизм развития клинической картины классической НТН.

НЕТРАДИЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ЗАСТОЙНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ

Мардонов Ж.С., Урунов Д.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП г. Самарканд Узбекистан

Введение. Заболеваемость застойной пневмонией при инсультах в клинике экстренной неврологии колеблется от 20 до 30 %. Этот про-