

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»  
ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта»  
ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова»

## XXII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

# ПОЛЕНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

13–14 апреля 2023 года  
Санкт-Петербург

## СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

трансэпидуральной локализацией черепно-мозговой грыжи и размером костного дефекта до 5мм.

**Заключение.** Эффективность пластики ликворной фистулы при черепно-мозговых грыжах оценивалась с учетом отсутствия признаков рецидива назоликвореи и необходимости повторного вмешательства и составила 83,3% при первичной пластике. Не выявлено прямой корреляции рецидива назоликвореи с размером костного дефекта и использованием определенного материала для пластики дефекта — вероятно, ввиду малого для анализа количества пациентов с повторной назоликвореи.

Эндоназальный эндоскопический доступ является оптимальным в лечении данной патологии из-за своей малотравматичности, а при локализации дефектов в области ската черепа — практически безальтернативным. Рецидив назоликвореи является серьезной проблемой в лечении данной группы пациентов и ее частота напрямую зависит от кривой обучаемости.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АГРЕССИВНЫХ ГЕАНГИОМ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ

Казаков Ш.Ж., Алимов И.Р., Алиходжаева Г.А., Бобоев Б.А.

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент

**Введение.** Гемангиома позвоночника выявляется у 10% взрослого населения преимущественно в возрасте от 30 до 60 лет [1]. Следует отметить, что 90% всех гемангиом представляют собой мальформации или телеангиоэктазии, возникающие в результате адипозной редукции ткани красного костного мозга, а 10% гемангиом — собственно сосудистые новообразования [2]. Гистологически гемангиома позвоночника состоит из множества тонкостенных сосудов, окруженных жировыми скоплениями и проникающими в костномозговую полость между трабекулами [3].

**Цель исследования:** улучшить результатов лечения больных с агрессивным гемангиомом тел позвонков путем применения баллонной кифопластики.

**Материалы и методы.** Материал основан на результатах лечения 10 больных в условиях нейрохирургического отделения МПКЦПКМС и клиники «Nano medical clinic» с 2020 года. Из 10 пролеченных; женщин 7, мужчин 3, больных в возрасте от 23 до 60 лет. Наиболее ранним клиническим симптомом являлась локальная боль. Всем больным помимо общеклинических исследований, проводилось МРТ и МСКТ позвоночника. В данном случае оба метода имеют преимущества друг перед другом, так как гемангиомы позвоночника должны быть визуализированы не только в костной структуре, но и в экстрадуральном расположении гемангиомы, и отношение их к корешкам и спинного мозга. По данным МСКТ у всех пациентов было диагностировано поражение тел позвонков, в некоторых случаях с дефектами кортикального слоя. По результатам инструментального осмотра, у 3 больных было диагностировано тотальное поражение тел позвонков, в некоторых случаях с дефектами кортикального слоя. Данное разделение патологического очага имеет место не только для определения локальных клиничко-неврологических расстройств, но и для планирования дальнейшей хирургической тактики лечения.

В настоящее время одной из «приоритетных» методик лечения агрессивных гемангиом позвоночника является пункционная вертебропластика, основной задачей которой является восстановление опороспособности пораженного позвонка и достижение анальгетического эффекта. Наиболее частые осложнения связаны с миграцией полиметилметакрилата за

пределы тела позвонка, что может привести к возникновению неврологических нарушений. С целью снижения риска миграции полиметилметакрилата при выполнении ПВ используются различные методы аугментации пораженного позвонка. В частности, этапное введение и использование полимера наиболее вязкой консистенции, позиционирование пункционной иглы с максимальной конвергенцией к передним отделам тела пораженного позвонка, а также введение костного цемента под минимальным давлением. Несмотря на это, риск экстравертебрального выхода костного цемента остается высоким и составляет от 2 до 11% случаев.

На сегодняшний день, мы внедрили в практику баллонная кифопластика при лечении агрессивных гемангиомы позвоночника. Изначально метод баллонная кифопластика был разработан для лечения компрессионных переломов тел позвонков на фоне остеопороза. Баллонная кифопластика способствует восстановлению высоты тела пораженного позвонка при принудительном «расправлении» баллона и снижает риск экстравертебрального истечения костного композита за счет уплотнения костной ткани по периферии от него. Преимуществом БК является снижение риска экстравертебрального истечения костного композита через дефекты кортикального слоя.

**Результаты и их обсуждение.** Всем больным (n = 10) произведена операция баллонная кифопластика тел позвонков. У троих больных с тотальное поражение тел позвонков и с дефектами кортикального слоя для минимизации риска утечки цемента через дефекты задней кортикальной стенки тела позвонка произведена вначале в тело позвонка вводили небольшое количество полиметилметакрилата, а затем медленно «надували» баллоны, чтобы «прижать» цемент к стенкам полости с целью аугментации дефектов кортикального слоя. Когда «цементная скорлупа» затвердела, баллоны удалялись, а оставшийся костный композит вводился по стандартной методике, используемой при вертебропластике. Интраоперационных осложнений не выявлено. На послеоперационных КТ-снимках — тотальное заполнение остеолитического дефекта позвонков.

**Выводы.** Тактика хирургического лечения при агрессивных гемангиомах тел позвонков путем применения баллонная кифопластика уменьшает риск выхода полиметилметакрилата экстравертебрально за счет того, что композит идет по пути наименьшего сопротивления в уже сформированную «альтернативную» полость в теле пораженного позвонка и эффективна в плане купирования болевого синдрома и восстановления опороспособности позвонка.

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО КЛИППИРОВАНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ

Деркач М.И., Поляков А.В., Страхов Г.Ю.,  
Зайцев А.Д., Джинджихадзе Р.С.

ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва  
ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Москва

**Введение.** Лечение больных с аневризматическим САК является сложной проблемой, сопровождающейся высокой летальностью и инвалидизацией. 85% субарахноидальных кровоизлияний обусловлены разрывом аневризм сосудов головного мозга.

**Цель.** Оценка непосредственных и отдаленных результатов микрохирургического лечения церебральных аневризм в остром периоде САК.