

Российский нейрохирургический институт им. проф. А. Л. Поленова – филиал НМИЦ им. В. А. Алмазова

Ассоциация нейрохирургов России

Санкт-Петербургская Ассоциация нейрохирургов им. проф. И.С. Бабчина

---

# **РОССИЙСКИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**имени профессора А. Л. Поленова**

**RUSSIAN NEUROSURGICAL JOURNAL  
named after professor A. L. Polenov**

**Том XV**

**Специальный выпуск**

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

---

Санкт-Петербург

2023

**Цель исследования.** Анализ результатов хирургического лечения тетринг синдрома при миелодисплазиях с уточнением показаний к выполнению дефиксирующих операций.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ результатов хирургического лечения 24 детей с тетринг синдромом при различных формах миелодисплазий, оперированных в РСНПМЦН в период с 2021 по 2022 г. Данные предоперационного клинического и инструментального (ЭНМГ, МРТ, трактография) обследования, а также данные интраоперационного нейромониторинга (степень устранения фиксации спинного мозга, факторы резидуальной фиксации) сопоставлялись с динамикой клинических проявлений тетринг синдрома после операции.

**Результаты и обсуждение.** В результате хирургического лечения в большинстве случаев (81%) удалось достигнуть улучшения или стабилизации состояния. Было установлено, что вероятность улучшения состояния в результате операции достоверно выше у детей с изолированными аномалиями конечной нити, а также умеренных местных патологических изменений и сохранности трактов спинного мозга на уровне вмешательства ( $p = 0,01$ ). Благоприятным в прогностическом плане оказалось радикальное устранение фиксации спинного мозга — в этом случае положительный результат лечения достигался достоверно чаще ( $p = 0,05$ ). Другим благоприятным фактором оказалась низкая пороговая величина силы тока (менее 1тА), при которой регистрировались вызванные потенциалы с мышц мишеней, что свидетельствовало о сохранности возбудимости и проводимости регенеративных спинальных структур. Феномен иммобилизации каудальных отделов спинного мозга укороченными корешками оказался сравнительно более благоприятным фактором ведущим к резидуальной фиксации.

**Вывод.** Регресс неврологической симптоматики в результате хирургического лечения наиболее вероятен при манифестации тетринг синдрома в виде тазовых расстройств (Grade II SBNS). Улучшение состояния в результате хирургического лечения наиболее ожидаемо у детей с изолированными аномалиями конечной нити, а также в условиях сохранной электровозбудимости.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИСОЧНОЙ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ

Алиходжаева Г.А.<sup>1</sup>, Хасилбеков Н.Х.<sup>2</sup>,  
Арзикулов Ж.М.<sup>1</sup>, Жолдасбаев А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент

<sup>2</sup> Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, г. Ташкент

**Введение.** Несмотря на значительный успех медикаментозной терапии эпилепсии, по-прежнему во всем мире до 20% пациентов остаются рефрактерными к лекарственному лечению. Из них у 50-60% больных наблюдаются парциальные припадки и из них примерно у 25% больных возможно проведение хирургического лечения.

**Цель исследования.** Оценить результаты хирургического лечения пациентов с височной фармакорезистентной эпилепсией.

**Материалы и методы.** За период 2020–2022 гг. в РСНПМЦН прооперированы 13 пациентов с фармакорезистентной височной эпилепсией в возрасте 5–38 лет. Среди пациентов было женщин — 6, мужчин — 7. Больным в предоперационном периоде было выполнено МРТ головного мозга по протоколу

эпилепсии, длительный видео-ЭЭГ мониторинг, ПЭТ. Исходы оперативного лечения оценивались по шкале J. Engel (1993).

**Результаты и их обсуждение.** На МРТ у всех пациентов обнаружен склероз гиппокампа. На длительном видео — ЭЭГ мониторинге у больных определена эпиактивность по височным отведениям. Двоим больным произведена ПЭТ в интерректальном периоде, где определяется гипометаболизм ФДГ у одного больного в правой височной доле и у второго в левой. Всем больным была произведена антеромедиальная лобэктомия и амигдалогиппокампэктомия. Также больным интраоперационно произведен ЭЭГ мониторинг.

По нашим данным при изучении послеоперационного катмнеза у 2 больных — исход Engel IIA, у 5 больных — исход Engel IIB, у 6 больных — исход Engel IIC. У одного пациента развилась переходящая моторная афазия, у одного квадратная гемипарезия.

**Выводы.** Хирургическое лечение фармакорезистентной височной эпилепсии является эффективным и безопасным методом лечения медикаментозно-резистентной эпилепсии как у взрослых, так и детей с низким риском развития послеоперационных осложнений. При этом отсутствие приступов после операции является прогностически наиболее информативным фактором улучшения качества жизни и психосоциальной адаптации детей и взрослых.

## К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Алиходжаева Г.А., Ташматов Ш.Н., Алланазарова Н.М.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент

**Введение.** Метастазы в головной мозг (МГМ) — это злокачественные опухоли, наиболее часто встречающиеся интракраниальные новообразования. В связи с улучшением нейровизуализации и совершенствованием лекарственного лечения длительность жизни пациентов увеличивается и следовательно, частота регистрации МГМ возрастает.

**Цель исследования.** Определить значимость диагностических методов исследования в оценке результатов лечения больных с метастатическими опухолями головного мозга.

**Материалы и методы.** Нами было проведено обследование 30 больных с диагнозом метастазы головного мозга в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нейрохирургии г. Ташкент Республики Узбекистан в возрасте от 4 до 68 лет, в периоде 2021–2022гг. Всем больным проведено комплексное клиничко-неврологическое, нейрофизиологическое, нейроофтальмологическое, компьютерно-томографическое (КТ), whole-body (тотальное) магнитно-резонансное томографическое (МРТ) и УЗИ исследования. Все 30 больные были подвергнуты оперативному вмешательству с последующей верификацией гистоструктуры и направлением в химио- и/или лучевую терапию.

**Результаты.** Общее состояние пациентов оценивалось по шкале Карновского при поступлении и на момент выписки. На момент поступления средний показатель составил 60 и при выписке — 70. На КТ и МРТ головного мозга у 23 (76,7%) больных метастазы были обнаружены в супратенториальной и у 7 (23,3%) — в субтенториальной локализации. Солитарный метастаз был диагностирован у 20 (66,7%) больных и множественные метастазы — у 10 (33,3%).

На Whole-body МРТ и УЗИ исследованиях были выявлены рак легкого в 8 (26,7%) случаев, рак молочной железы — в 6 (20%), рак почки — в 4 (13,3%), рак яичников и тела

матки — в 3 (10%), рак печени — в 2 (0,7%), рак поджелудочной железы — в 1 (0,3%), рак яичка — в 1 (0,3%), остеосаркома — в 1 (0,3%), меланома — в 1 (0,3%) и другие нозологии — в 3 (10%) случаях. Во время операции у 17 (56,7%) больных метастаз удален тотально и у 13 (43,3%) — субтотально.

Злокачественные опухоли мозга были выявлены у всех 30 (100%) больных, из них в 17 (56,7%) случаях аденокарциномы и в 13 (43,3%) — карциномы. Все больные после оперативного лечения и верифицирования гистологического диагноза направлены на химио- и/или лучевую терапию.

**Выводы.** Применение Whole-body MPT и УЗИ исследования имеет немаловажное значение в диагностике выявления источника метастазов головного мозга и выбора хирургической тактики лечения в зависимости от локализации и гистоструктуры метастатических опухолей. Результаты лечения зависят от локализации и гистоструктуры метастатических опухолей.

### ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ НЕВРИНОМЫ ОБЛАСТИ ЯРЕМНОГО ОТВЕРСТИЯ

**Ачилова Г.Т.**

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент  
Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр нейрохирургии, г. Ташкент

Область яремного отверстия — одна из наиболее сложных анатомических зон основания черепа. По сообщениям разных авторов в ней более часто встречаются опухоли яремного гломуса и менингиомы. Невриномы или шванномы каудальной группы нервов встречаются значительно реже. На их долю приходится до 3% опухолей среди всех внутричерепных неврином (А.Н. Коновалов, 2003; Crumley R.L., 1984; Pollock B.E., 1993) и около 5% из опухолей в области яремного отверстия (Fenton J.F., 1996). В литературе описано более 140 случаев неврином яремного отверстия. В основном в исследованиях приводятся данные единичных наблюдений и лишь в некоторых анализируется материал насчитывающий более 10–50 случаев.

В 1984 году Кауе А.Н. и соавторы разделили эти опухоли на три группы (тип А-интракраниальное расположение; тип В-расположение опухоли в основном в яремном отверстии с инвазией в костные структуры; тип С-экстракраниальное расположение опухоли). С 1988 года W. Pellet и соавторы дополняют эту классификацию еще одной группой с большим расположением опухоли как экстракраниально, так и интракраниально (тип К). Такая расширенная классификация получила наибольшее использование в последние годы.

**Материал и методы.** Ретроспективное исследование проведено за период 2012 года по май 2022 года. В отделении опухоли основания черепа № 4 Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нейрохирургии наблюдалось 15 пациентов с невриномой яремного отверстия (мужчин — 4, женщин — 11). Возраст больных от 16 до 58 лет (средний возраст — 31 год). Всем больным проводилось комплексное отоневрологическое обследование, нейроофтальмологическое неврологическое, дополняемое рентгенографией черепа, компьютерной томографией, магниторезонансной томографией. Тип А опухоли отмечен у 8 больных; тип С у 2; тип К в 5 наблюдениях.

**Результаты.** Продолжительность заболевания с момента появления первых симптомов до установления диагноза от 2 до 11 лет. Несмотря на локализацию опухоли и место ее исходного роста, симптоматика нарушения функции каудальной группы нервов отмечалась значительно реже, чем других нервов. Так

дисфункция тройничного нерва была у 2 больных; отводящего в 3 наблюдениях; лицевого — 3; вестибулокохлеарного — 15; языкоглоточного и блуждающего — 6; добавочного — 1; подъязычного в 3 наблюдениях. Причем дисфункция каудальной группы нервов характеризовалась различным сочетанием: изолированное нарушение IX–X нервов у 4 больных; синдром Кале Сикара — 1; IX–X и XII — 1; изолированное нарушение XII у 1 больного. Внутричерепная гипертензия выявлена у 9 больных (в 4 из этих наблюдений она сопровождалась тошнотой и рвотой).

Незначительное накопление контрастного вещества при МСКТ исследовании, наличие кистозного компонента в опухоли (4 наблюдения), четко очерченное расширение яремного отверстия при исследовании в костном режиме, наличие гетерогенного сигнала при МРТ исследовании с хорошо прослеживаемым расположением новообразования и его взаимоотношением с окружающими анатомическими структурами характерные признаки невриномы яремного отверстия.

Особенность преимущественного направления роста и расположения неврином яремного отверстия обосновывали выбор адекватного хирургического доступа, позволяющего провести более радикальное вмешательство при наименьших послеоперационных осложнениях. Все больные оперированы. При опухолях типа А использовался ретросигмовидный доступ; при невринах типа С-латеральный цервикальный. В 5 наблюдениях с невриномой типа К, с учетом значительного увеличения яремного отверстия и в большинстве наблюдений кистозного характера опухоли, также использован ретросигмовидный доступ. Тотальное удаление опухоли произведено у 9 больных, субтотальное у 6. В послеоперационном периоде лишь в 2 случаях отмечалось ухудшение функции каудальной группы черепных нервов.

### СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ ДИАСТАЗА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА

**Беляков Ю.В., Орлов А.Ю., Назаров А.С.**

РНХИ им. проф. А. Л. Поленова — филиал  
ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

По данным современных публикаций нейропатия малоберцового нерва является самой распространенной нейропатией нижних конечностей и 3-й по распространенности из периферических нейропатий конечностей, после нейропатии срединного и локтевого нервов.

Причинами, по которым общий малоберцовый нерв является таким уязвимым, заключаются в его анатомо-морфологических особенностях. Во-первых, нерв расположен на задней-наружной поверхности коленного сустава и на передне-боковой поверхности голени, что увеличивает площадь поверхности, на которой он может быть поврежден. Кроме того, расположен поверхностно и прилегает к шейке малоберцовой кости. Во-вторых, нерв проходит через фибулярный канал, а в нижней трети голени проходит через фасцию, где также может быть подвержен компрессии. В-третьих, диаметр малоберцового нерва больше, за счет более толстой миелиновой оболочки в сравнении с более тонкими волокнами большеберцового нерва. При повреждении первыми поражаются толстые волокна, требующие более интенсивного обмена и хуже переносящие аноксию.

В структуре поражений малоберцового нерва можно выделить туннельные синдромы, опухоли и повреждения (открытые и закрытые). Формирование диастаза малоберцового нерва может происходить при закрытых тракционных повреждениях,