

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

Медицинском Центре Нейрохирургии с 2017 по 2022 гг. Возраст больных колебался от 18 до 59 лет.

В нашей работе использовано 2 вида доступов к опухоли:

- Доступ к опухоли линейными или поперечными разрезами (через извилины или борозды) коры головного мозга в 41 (60,3%) случаях.
- Доступ к опухоли методом «циркулярных парциальных резекций коры головного мозга» над опухолью 27 (39,7%) случая. В этих случаях, до удаления коры головного мозга, функциональность удаляемого участка мозга проверена с использованием нейрофизиологических методов, такие как предоперационная транскраниальная магнитная стимуляция и интраоперационное картирование.

Результаты лечения оценивали по динамике неврологической картины, и оценку качества жизни по шкале Карновского. Всем больным в послеоперационном периоде выполнены МСКТ головного мозга для оценки тотальности удаления опухоли. Неврологический статус пациентов оценивали до операции, на следующий день после нее и при выписке.

**Результаты.** Для удаления низкокодифференцированных глиальных опухолей головного мозга разработан и использован доступ «циркулярной парциальной резекции коры головного мозга» над опухолью. Показанием к этому доступу является локализация опухоли в относительно нефункциональных зонах коры головного мозга по данным предоперационной транскраниальной стимуляции и интраоперационного нейромониторинга. Этот доступ обеспечивает полную визуализацию границ опухоли и возможность постоянного контроля за процессом удаления опухолевого узла. В отличие от традиционного горизонтального разреза коры головного мозга, при овальной резекции отсутствовала необходимость тракции вещества мозга, что зачастую приводило к повреждению здорового вещества мозговой ткани

Таким образом, удалось удалить опухолевый узел близко к тотальному — у 50 (73,5%) больного, субтотально — у 12 (17,6%) и частично — у 6 (8,9%).

Качество жизни больных оценивали по шкале Карновского. По нашим данным было отмечено «высокое качество жизни» в 80,9% случаев, удовлетворительное качество жизни — в 16,2% и низкое качество жизни в 2,9%.

**Выводы.** Применение транскраниальной магнитной стимуляции и интраоперационного нейромониторинга позволяет оценить функциональность места энцефалотомии, который позволяет произвести циркулярную резекцию коры головного мозга. Эта методика позволяет удалению опухолевого узла близко к тотальному и снижает риск развития тракционного повреждения здорового участка мозга.

## ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ СИСТЕМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

**Згамбердиев Р.Х., Асадуллаев У.М., Алтыбаев У.У.,  
Кариев Г.М., Алиходжаева Г.А.**

Республиканский специализированный научный практический  
медицинский центр нейрохирургии, г. Ташкент  
Akfa University, г. Ташкенте

Внутрижелудочковые опухоли супратенториальной локализации представляют собой небольшую подгруппу внутричерепных новообразований, которые включают гетерогенную группу опухоли, как у детей, так и у взрослых. Хотя некото-

рые из этих опухолей агрессивные, низкокодифференцированные, многие являются гистологически доброкачественными и потенциально излечимы, путем тотального удаления. Из-за глубокой локализации и сложности клинической анатомии желудочковой системы головного мозга используется различные доступы. Несмотря на это выбор оптимального доступа в зависимости локализации и размера опухоли окончательно не решен.

**Цель исследования.** Оценить результаты хирургического лечения и разработать рекомендации для выбора оптимального доступа для удаления опухолей желудочковой системы головного мозга супратенториальной локализации с учетом размера и локализации опухоли.

**Материалы и методы.** Работа основана на результатах клинико-лабораторных обследований и наблюдений у 110 больных с опухолями желудочковой системы головного мозга супратенториальной локализации, находившихся на лечении в Республиканском Специализированном Научном Практическом Медицинском Центре Нейрохирургии с 2017 по 2022 гг. Возраст больных колебался от 18 до 72 лет. Нами ретроспективно изучены данные всех больных. Оценены клиническая картина, данные МРТ и МСКТ головного мозга, гистология, хирургические доступы, клинический исход и осложнения в послеоперационном периоде.

**Результаты.** Удаление опухоли производилось под микроскопом с использованием микрохирургической техники. В качестве хирургического доступа к опухолям применялся транскаллезный или транскортикальный в зависимости от расположения и размеров опухоли. Степень удаления подтверждена по данным послеоперационной МСКТ головного мозга. У 89 (80,9%) больных опухоль удалось удалить тотально. У остальных 21 больных из-за спаянности опухоли с сосудами и структурами желудочковой системы тотальное удаление было невозможно.

В раннем послеоперационном периоде улучшение клинической картины и регресс симптоматики достигнут у 90,1% больных. В раннем послеоперационном периоде умерли 3 (2,7%) больных. Причину смерти мы связываем с нарушением стволового кровообращения вследствие дислокационного синдрома и отека стволово-дизэнцефальных отделов мозга. У 8 (7,2%) пациентов в различные сроки после операции из-за сохранения гипертензионно-гидроцефального синдрома в дальнейшем проведены ликворшунтирующие операции с использованием имплантируемых клапанных систем.

**Выводы.** Оптимальный доступ при опухоли желудочковой системы головного мозга зависит от точной локализации и размера опухоли. Рекомендуется транскаллезный доступ при малых и средних размерах опухолей третьего желудочка и передних отделов бокового желудочка головного мозга. В остальных случаях рекомендуется удаление опухоли транскортикальным доступом.

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БОЕВЫХ СОЧЕТАННЫХ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

**Есипов А.В., Антонов Г.И., Мануковский В.А.,  
Иванов И.И., Келин А.О.**

**Введение.** Использование новых военных технологий и средств поражения в современных конфликтах значительно изменили характер получаемых травм. Увеличение объемов использования ракет, БПЛА привело к существенному росту сочетанных минно-взрывных ранений, в том числе и сочетанных ранений позвоночника. Это определяет необходимость