

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

**Материал и методы исследования.** В республиканском научном центре проведен анализ 46 больных, находившихся на лечении в течение 2008–2022 гг. оперировано детей до 2 лет 45 (11%), из них детей до года — 6 (13,3%). Мальчиков в 1,5 раза больше. Диагностика сводилась к сопоставлению клинико-интроскопических исследований, нейрофизиологических и гистологических исследований.

В клинической картине преобладал гидроцефально-гипертензионный синдром — 33 (73,3%). По онкотипу на первом месте выявлены астроцитомы — 14 (31,1%), затем ПНЭО (медуллобластомы) — 10 (22,2%), эпендимомы — 7 (15,5%), краниофарингиомы — 4 (8,8%), хориоидпапилломы, ганглиоглиомы, тератомы по 2 (4,4%), герминома, эстезионеробластома, невринома зрительного нерва, олигодендроглиома — по 1 (2,2%) случаю. Соотношение опухолей супра- и субтенториальной локализации оказалось примерно равным. Новообразований хиазмально-селлярной области и 3 желудочка — 9 (20%), больших полушарий — 10 (22,2%), боковых желудочков — 5 (11,1%), мозжечка — 9 (20%), 4 желудочка — 7 (15,5%), ствола мозга — 5 (11,1%). Во всех случаях проводилась краниотомия, удаление новообразования: тотальное — 20 (44,4%), субтотальное — 13 (28,8%), частичное — 9 (20%), биопсия — 3 (6,6%). В 17 (37,7%) случаях в периоперационном периоде проводилась ликворшунтирующая операция. В раннем послеоперационном периоде умерло 3 (6,6%) больных.

**Выводы.** Опухоли головного мозга у детей до 2 лет встречаются в 11% случаев. Отмечается равное соотношение супра- и субтенториальных опухолей головного мозга у детей. Учитывая, что у детей с опухолями головного мозга до 2 лет противопоказано лучевое лечение, должно быть стремление к тотальному удалению опухоли.

Обсуждаются прогностические факторы, пути улучшения радикальности хирургии при локализации опухолей головного мозга у детей в функционально-значимых зонах, разработка новых методов адьювантной терапии для детей младшего возраста, в том числе с учетом цитогенетических особенностей бластоматозной ткани.

### КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ГЛИОМАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

**Ашрапов Ж.Р., Асадуллаев У.М.,  
Алиходжаева Г.А., Ахмедиев М.М., Тулаев Н.Б.**

Республиканский научный центр нейрохирургии МЗ РУз, г. Ташкент  
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

Опухоли головного мозга у детей сохраняет тенденцию к росту. Результаты хирургического лечения опухолей непосредственно связаны с распространением их на подкорковые структуры, то есть с ограничением радикального удаления и степенью анаплазии опухоли. Взгляды на вопросы лечебной тактики при глиомах головного мозга у детей до настоящего времени остаются разноречивыми и являются актуальной проблемой в детской нейроонкологии.

**Цель.** Оценка эффективности комбинированное лечение детей с супратенториальными глиомами головного мозга

**Материалы и методы.** Проведен анализ 58 больных с глиальными опухолями головного мозга супратенториальной локализации, находившихся на лечении в Республиканском научном центре нейрохирургии РУз. Возраст от 1 года до 15 лет. Всем больным проведено комплексное обследование.

**Результаты и обсуждения.** По степени анаплазии опухоли у 43,8% пациентов были отнесены к доброкачественным и у 56,2% — к злокачественным новообразованиям. Расположение опухоли в функционально важных зонах мозга и распространение на подкорковые структуры ограничивают возможности ее радикального удаления, которое удалось осуществить у 72,7% пациентов. Послеоперационная летальность при этом составила в целом 3,6%. При тотальном удалении глиом I–II степени анаплазии 5-летняя выживаемость больных составила 98,7%, при III степени анаплазии с применением лучевой терапия и химиотерапия — 66,5%. В случае субтотального удаления опухоли 5-летняя выживаемость больных составила 94,7 и 39,0% при доброкачественных и злокачественных опухолях соответственно. По нашей шкале у 42,0% детей было оценено как хорошее, 54,2% — как удовлетворительное и только 3,8% — как плохое. При прорастания опухоли в в подкорковые структуры, тотальном удалении опухоли хорошее качество жизни у 67,7%, удовлетворительное — у 30,9%, плохое — у 1,4% больных. При субтотальном удалении аналогичные показатели составили 31,6; 57,9 и 10,5%.

**Выводы.** Результаты хирургического лечения супратенториальных глиальных опухолей непосредственно связаны с распространением их на подкорковые структуры. Эффективность лечения детей со злокачественными глиомами непосредственно связаны с применением комбинированного лечения.

### МЕТОД ОЦЕНКИ IN VITRO РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ АНАПЛАСТИЧЕСКИХ АСТРОЦИТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

**Кадырбеков Р.Т., Ахмедиев М.М., Кадырбеков Н.Р., Тулаев Н.Б.**

Республиканский специализированный научно-практический  
медицинский центр нейрохирургии МЗ РУз, г. Ташкент

**Целью исследования** являлось разработка метода оценки индивидуальной радиочувствительности анапластических астроцитов головного мозга с использованием живых срезов опухолей с максимальным сохранением структурной организации.

**Материал и методы.** Для исследования были использованы фрагменты опухолей, удаленных во время стандартной нейрохирургической операции. Образцы сохраняли в стерильном физ. растворе с 5% глюкозой, охлажденным до 4 °С. Из полученных фрагментов опухолей подготавливали срезы тканей опухолей головного мозга толщиной от 3 до 5 мм. Из каждого индивидуального образца опухоли приготавливали пять срезов, один срез фиксировали сразу и использовали для гистологического анализа контроля, второй срез использовали в качестве контроля и инкубировали в течение 24 часов, остальные три среза использовали для облучения гамма-излучением дозами 5, 10 и 15 Грей. После гамма облучения срезы переносили в свежий физ. раствор с 5% глюкозой, охлажденной до 4 °С, и инкубировали в течение 24 часов при температуре 4 °С, затем фиксировали в 10% формалине с последующим гистологическим анализом степени некроза опухолевой ткани (на разработанный метод получен патент на изобретение Республики Узбекистан #IAP 06855, дата приоритета 18.03.2020).

**Результаты и обсуждение.** Оценка радиочувствительности тканей анапластических астроцитов определяли по специально разработанной шкале. Были проведены исследования на анапластических астроцитомах 69 пациентов и было показано наличие резистентных форм опухолей у отдельных пациентов. Полученные данные позволяют предположить, что разработанный метод может быть успешно использован для индивидуального

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 применение 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.