

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

внутричерепная гематома и мальформация были одномоментно удалены; в послеоперационном периоде у больного развился гемипарез (4 балла), на фоне восстановительной терапии наблюдалась положительная динамика в виде частичного регресса гемипареза до 3 баллов; частичная утрата полей зрения в виде квадрантной гемианопсии — у 1 пациента.

Задача комбинированного удаления АВМ головного мозга в гибридной операционной состояла в снижении интраоперационного риска кровотечения из АВМ благодаря частичной эндоваскулярной эмболизации перед МХ-удалением. В одном случае среди наших операций произошел интраоперационный разрыв АВМ при эндоваскулярной эмболизации. Поскольку не было необходимости транспортировать пациента в другую операционную, удалось эвакуировать внутричерепную гематому и резецировать АВМ без необходимости такой транспортировки.

Заключение. Комбинирование МХ и ЭХ в гибридной операционной позволяет сочетать их положительные свойства: малоинвазивность эндоваскулярного метода и радикальность микрохирургического. Лечение в гибридной операционной позволяет расширить возможности интраоперационной визуализации и мониторинга. Распределение операций на типы сочетанных вмешательств позволит стандартизировать предоперационное планирование, что сократит время на принятие решений, улучшит исходы нейрохирургических вмешательств. Требуется накопление большего количества материала для проведения более глубокого сравнительного анализа методов лечения в разных операционных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА В УСЛОВИЯХ ГИБРИДНОЙ ОПЕРАЦИОННОЙ

Чемурзиева Ф.А.¹, Сергеев А.В.¹, Чербилло В.Ю.¹,
Савелло А.В.², Меньшиков И.В.¹

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург

² ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»
Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Хирургическое лечение сложной сосудистой патологии нервной системы остается актуальной проблемой, требующей применения комбинаций различных технологий. Использование гибридной операционной позволяет сочетать одномоментно или последовательно микрохирургические и эндоваскулярные методы хирургии, что может улучшить исходы лечения.

Цель работы — улучшение результатов хирургического лечения пациентов с сосудистой патологией головного мозга с помощью возможностей гибридной операционной.

Материалы и методы. Оперативные вмешательства проводились в гибридной операционной с применением эндоваскулярных и микрохирургических методов лечения следующих сосудистых патологий головного мозга: сложных дуральных фистул, сложных аневризм, артериовенозных мальформаций. В зависимости от характера патологии применяли разные виды хирургического вмешательства: гибридный, комбинированный, этапный.

Результаты. За 5 лет в гибридной операционной прооперирован 41 пациент, из них 33 — с артериовенозными мальформациями, 6 — со сложными аневризмами, 2 — со сложными дуральными фистулами. Комбинированные вмешательства выполнены у 27 больных, этапные — у 12, гибридные — у 2. В соответствии с модифицированной шкалой Рэнкина (Modified Rankin Scale, mRS) отмечены следующие исходы операций:

осложнений не было в случаях сложных аневризм (6 пациентов) — mRS 0 (баллов), а также дуральных фистул (2 пациента) — mRS 0 (баллов); при артериовенозной мальформации головного мозга у 30 больных не было осложнений — mRS 0; возникли разного вида осложнения у 3 — mRS 1.

Заключение. Совмещение микрохирургических и эндоваскулярных способов лечения в гибридной операционной позволяет сочетать положительные свойства этих методов в соответствии с потребностями хирургического этапа лечения, что улучшает исходы нейрохирургических вмешательств при сложной невровазкулярной патологии.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭТАПНОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ

Чемурзиева Ф.А.¹, Сергеев А.В.¹,
Чербилло В.Ю.¹, Савелло А.В.²

¹ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург

² ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»
Минобороны России, г. Санкт-Петербург

В настоящее время нейрохирургия АВМ головного мозга включает в себя микрохирургию, эндоваскулярную хирургию и радиохимию. До настоящего дня в мире не существует общепринятых протоколов хирургии АВМ. Сложность и противоречивость выбора способа лечения АВМ заключается в том, что, не взвешивая на опыт и квалификацию хирурга, сохраняются трудности при радикальном выключении узла АВМ из кровотока.

При хирургическом лечении АВМ на 1-м этапе выполнялась частичная эндоваскулярная эмболизация. На 2-м — проводилось МХ-удаление АВМ с последующей контрольной церебральной ангиографией для оценки результата операции.

Комбинирование МХ и ЭХ в гибридной операционной позволяет сочетать их положительные свойства: малоинвазивность эндоваскулярного метода и радикальность микрохирургического. Лечение в гибридной операционной позволяет расширить возможности интраоперационной визуализации и мониторинга. Распределение операций на типы сочетанных вмешательств позволит стандартизировать предоперационное планирование, что сократит время на принятие решений, улучшит исходы нейрохирургических вмешательств.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 2 ЛЕТ

Ашрапов Ж.Р., Асадуллаев У.М.,
Алиходжаева Г.А., Шамуратов З.Ш.

Республиканский научный центр нейрохирургии, г. Ташкент
Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент

Опухоли в детском возрасте встречаются с частотой 2–4 на 100 тыс., занимая второе место среди всех новообразований (16–22%) и первое — среди солидных опухолей. Основой лечения опухолей головного мозга является хирургическое вмешательство, применение которых направлены на максимально возможное удаление опухолевой ткани в пределах обоснованных границ. И дальнейшей проведение лучевой и химиотерапии.

Цель исследования. Анализ больных детей глиальными опухолями головного мозга.

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 являлась разработка метода оценки индивидуальной радиочувствительности анапластических астроцитом 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. Оценку радиочувствительности тканей анапластических астроцитом 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