

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

шейного отдела позвоночника с последующим восстановлением ликвородинамики в субарахноидальном пространстве спинного мозга.

**Материалы и методы.** В Республиканском Многопрофильном Медицинском Центре имени У. Халмуратова г. Нукус Республики Узбекистан проведены диагностика и лечение 50 больных с диагнозом травма шейного отдела позвоночника, осложненных гематомиелией в возрасте от 15 до 55 лет за период 2016–2020 гг. Всем больным были проведены клинично-неврологическое, компьютерно-томографическое (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Все больные были подвергнуты оперативному вмешательству в виде передней и задней декомпрессии нервных структур с последующей стабилизацией шейных позвонков.

**Результаты.** При анализе выявлено, что гематомиелия при травмах шейного отдела чаще всего отмечалась у лиц мужского пола у 45 (90%) больных и у женщин — у 5 (10%). При анализе клинично-неврологического статуса нарушения чувствительности наблюдались у 41 (82%) больного, средних выраженные симптомы были отмечены у 25 (61%), умеренные — у 7 (17%), слабые — у 9 (22%) и парезы верхних конечностей — у 25 (50%). У всех больных на МРТ и КТ шейного отдела позвоночника была обнаружена гематомиелия.

Операционные доступы к гематомиелии в зависимости от уровня локализации были различными. Для доступа к уровням  $VC_1-VC_2$  и  $VC_2-VC_3$  был проведен разрез на 1 см ниже угла нижней челюсти. Рассечение нижней челюсти выполнялось для доступа к позвонкам у больных с короткой шеей. При доступе к  $VC_3-VC_4$  разрез проведен непосредственно под уровнем подъязычной кости, к  $VC_4-VC_5$  — на уровне щитовидного хряща, к  $VC_5-VC_6$  и  $VC_6-VC_7$  — на уровне перстневидного хряща.

В зависимости от локализации компрессии спинного мозга нами проведены 2 вида декомпрессии нервных структур. 37 (74%) больным при вентральной компрессии спинного мозга была выполнена передняя декомпрессия нервных структур с ревизией передних отделов спинного мозга. При обнаружении переломов задних отделов позвонков со смещением костных отломков и сдавлением спинного мозга 13 (26%) больным была проведена задняя декомпрессия нервных структур.

**Выводы.** В диагностике гематомиелии при травмах шейного отдела позвоночника немаловажное значение имеют КТ и МРТ исследования. Путем применения наиболее адекватных доступов к различным уровням гематомиелии шейного отдела позвоночника с последующей передней и задней декомпрессией спинного мозга можно достичь полного восстановления ликвородинамики в субарахноидальном пространстве спинного мозга.

## К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАВЕРНОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Алиходжаева Г.А.<sup>1</sup>, Ким А.А.<sup>2</sup>, Ташматов Ш.Н.<sup>1</sup>, Каримов Б.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.** Кавернозные мальформации (КМ) представляют собой систему сообщающихся сосудистых полостей различной величины, наполненных кровью и разделенных соединительной тканью перегородками. Стенки КМ выстланы эндотелием и имеют самостоятельный каркас, мышечные и эластические волокна в ней отсутствуют.

**Материал и методы.** Работа основана на ретро- и проспективном анализе 56 больных с кавернозными мальформациями головного мозга, находившихся на стационарном лечении в РСНПМЦ нейрохирургии МЗ РУз с 2020 по 2023 г. Данные получены из архива центра и из личных наблюдений авторов. Все больные были клинически обследованы и оперированы в соответствии с установленным стандартом и протоколом.

**Результаты и их обсуждение.** За последние 2,5 года в центр поступило 54 больных с данным заболеванием, из них 61,3% мужчин и 38,7% женщин. Самому молодому прооперированному пациенту было 7 лет, самому старшему — 62 года. Средний возраст клинических проявлений составил  $34 \pm 2,0$  лет.

КМ головного мозга составляют около 5–10% всей сосудистой патологии головного мозга. Частота встречаемости в популяции, по данным аутопсий и больших рандомизированных МРТ-исследований, составляет около 0,4–0,8%.

Наиболее частая локализация поражения была в больших полушариях. КМ могут располагаться в разных отделах головного мозга. На локализацию в больших полушариях приходится 75% всех наблюдений. По нашим данным локализация в лобной области наблюдается в 25–39% случаев, в области височной и теменной долей в 15% соответственно. Чаще всего наблюдается корковое или подкорковое расположение КМ, реже — в базальных ганглиях, гипоталамусе или желудочках головного мозга. По данным некоторых авторов, в 9–35% случаев КМ обнаруживают в стволе головного мозга. Внутрижелудочковые КМ встречаются с частотой от 2,5 до 14% всех церебральных КМ.

Для предупреждения развития повторных кровоизлияний, частота которых может достигать 43%, необходимо полное удаление КМ. Показано, что эффективность микрохирургического лечения КМ головного мозга значительно выше по сравнению с радиохирургическими методами. У большинства больных КМ головного мозга сопровождается судорожным синдромом, последний чаще всего полностью регрессирует после микрохирургического удаления патологического образования.

**Выводы.** Хирургическое лечение КМ улучшает качество жизни больных, так как после него у большинства больных отмечается прекращение эпилептических приступов, регресс неврологического дефицита и снижение риска развития геморагий в дальнейшем. Выявлено, что факторами риска персистенции эписиндрома в послеоперационном периоде являются размер КМ более 1,5 см и множественный характер образований.

## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЕТРИНГ СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Ахмедиев М.М.<sup>1</sup>, Амонов А.А.<sup>2</sup>, Ахмедиев Т.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, г. Ташкент

<sup>2</sup>Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

С целью уточнения значения растяжения спинного мозга в формировании неврологического дефицита при спинальных миелодисплазиях было предложено разделять «истинный» тетринг синдром при аномалиях конечной нити и каудально расположенных миелодисплазиях, имеющий благоприятный прогноз для проведения операции, направленной на устранение фиксации спинного мозга; а также состояния, не относящиеся к синдромологии тетринг синдрома, не имеющие показаний к операции, направленной на устранение фиксации спинного мозга.

**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 интеректальном 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 гемианалепсия.

**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