

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

у 82 (20,5%) пациентов. Возраст обследованных больных варьировал от 45 до 81 года.

Причиной стойкой компрессии поясничных и крестцовых корешков в 13,75% (55 пациентов) были только негрыжевые факторы. У 6,75% (27 пациентов) сочетание грыжи диска с негрыжевыми факторами.

Статистически достоверно было доказано, что негрыжевая и полифакторная компрессия поясничных и крестцовых корешков диктовала выполнение широких декомпрессивных операций.

По объему декомпрессии структур позвоночного канала пациенты были разделены на 4 группы: 1-я — пациенты, которым была выполнена — односторонняя расширенная интерламинэктомия (13 пациентов), 2-я — двусторонняя расширенная интерламинэктомия (21 пациент), 3-я — гемиламинэктомия (17 пациентов) и 4-я — ламинэктомия (31 пациент).

Были получены следующие результаты: отличные составили от 20 до 50%; хорошие от 31 до 65%; удовлетворительные от 8,5 до 24%. Во всех группах в раннем послеоперационном периоде значимо регрессировал болевой корешковый и вертебральный синдром по визуально-аналоговой шкале ($5,52 \pm 1,05$ до операции; $1,64 \pm 0,72$ в 1-е сутки; $1,52 \pm 0,68$ в 7-е сутки) ($p < 0,03$). Лучшие результаты по регрессу неврологической симптоматики и восстановлению работоспособности были получены в группе пациентов, которым была выполнена двусторонняя расширенная интерламинэктомия при моносегментарном полифакторном стенозом. Не отмечено ни одного обострения имеющейся сопутствующей патологии, общехирургических осложнений, летального исхода.

Выводы. Преимущественно отличные и хорошие результаты лечения дегенеративного стеноза позвоночного канала возможны при адекватной хирургической декомпрессии нервных структур позвоночного канала с учетом детальной оценки всех факторов компрессии на дооперационном уровне.

ХАРАКТЕРИСТИКА АСТРОЦИТОМ ПОЛУШАРИЙ БОЛЬШОГО МОЗГА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИХ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Ахмедиев М.М., Кадырбеков Н.Р.

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

Введение. Морфологические изменения в головном мозге при глиомах разнообразны. МРТ позволяет оценить не только структуру и объем глиальной опухоли головного мозга, но и в наибольшей степени охарактеризовать зону перифокального отека.

Цель исследования. Изучить особенности супратенториальных глиом различной степени злокачественности, в зависимости от их локализации (глубинные и поверхностные отделы полушарий большого мозга).

Материалы и методы. Проведены обследования 67 больных с астроцитомами головного мозга супратенториальной локализации с учетом их расположения. Типические астроцитомы были у 32 больных, у 35 больных обнаружены анапластические астроцитомы. Астроцитомы с преимущественным поражением лобной доли головного мозга наблюдались в 23 случаях. У 27 больных опухоль поражала задние отделы полушарий большого мозга. У 17 больных опухоли локализовались на стыке лобной и височной доли, то есть прорастали срединные структуры полушарий. У 16 больных из 23 опухоли глубинных отделов были преимущественно типической гисто-

структуры. Опухоли задних отделов больших полушарий имели практически такое же соотношение (у 21 из 27). При опухолях лобно-височной локализации преобладали анапластические астроцитомы, которые наблюдались в 14 случаях из 17. При анализе проводилась визуальная оценка результатов МРТ опухолевой ткани и области перифокальной зоны. Учитывалась интенсивность свечения (гипоинтенсивное, гиперинтенсивное, изоинтенсивное), форма, структурность опухоли (гомогенная или гетерогенная), наличие кист и их размеры, контакт опухоли с желудочками головного мозга.

Результаты исследований. При поражении передних отделов полушарий большого мозга в 19 случаях опухоль имела узловую округлую форму. При этом в последнем случае опухолевая ткань была фрагментирована на 2–3 участка овоидной формы, с различной интенсивностью свечения. У 7 больных по данным МРТ и при хирургическом вмешательстве выявлены в опухоли кисты, занимающие до 70–80% от объема опухоли. Для астроцитом передних отделов полушарий большого мозга характерно отсутствие деформаций боковых желудочков. У 25 больных с астроцитомами задних отделов больших полушарий структура опухоли была гетерогенной, при этом в структуре опухоли имелись множественные мелкие кисты объемом менее 1 см^3 и крупные кисты, занимающие до 70–80% от объема опухоли. Во всех случаях имела деформация бокового желудочка на стороне опухоли с преимущественным поражением заднего рога. При астроцитомах лобно-височной локализации у 15 больных из 17 по данным МРТ обнаружены опухоли полициклической формы с нечеткими контурами. Контур опухоли по периферии с трудом дифференцировались от вещества головного мозга, а в структуре опухоли часто обнаруживались гипертрофированные ветви средней мозговой артерии. В 14 случаях из 15 при гистологическом исследовании обнаружены анапластические астроцитомы. Нечеткость контуров опухоли по МРТ и полициклическая форма расценивались как признаки злокачественности, что в послеоперационном периоде верифицировано гистологически.

Выводы

1. При астроцитомах большого мозга с преимущественным поражением передних отделов полушарий обнаружено преобладание узловых форм опухолей гомогенной структуры.

2. При астроцитомах задних отделов полушарий большого мозга опухолевая ткань чаще имела полициклическую форму, гетерогенную структуру, обширное кистообразование.

3. При астроцитомах, локализующихся на границе между лобной долей и задними отделами больших полушарий преобладают инфильтративные формы роста с прорастанием сосудов и практическим отсутствием зоны перифокального отека.

СПИНАЛЬНЫЕ КАУДАЛЬНЫЕ ДИЗРАФИИ У ДЕТЕЙ И СОПУТСТВУЮЩАЯ СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Ахмедиев М.М.¹, Давлетярова У.М.², Ахмедиев Т.М.¹

¹ Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр нейрохирургии, г. Ташкент

² Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

Первичное поражение вертебральных сегментов при спинальных каудальных дизрафиях в 76,2% случаев сопровождается сопутствующими пороками развития внутренних органов и нарушением их функций, осложняющими течение основного заболевания и формирующими в последующем «синдром взаимного отягощения» (Э. В. Ульрих, 1995).

Цель исследования — изучить значимую соматическую патологию у детей со спинальными дизрафиями.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в период с 2020 по 2022 г. находились 31 ребенок (15 мальчиков и 16 девочек) в возрасте от 6 мес. до 15 лет с клиническими признаками спинального дизрафизма. Последний был представлен скрытой и открытой формами. В первую группу вошли 9 пациентов с дермальным синусом и по 5 больных с липомиелоцеле и диастематомиелией. Группу детей с открытой формой составили 12 пациентов с различными видами спинномозговых грыж. Для выявления сопутствующей патологии использовали общепринятые методы исследования внутренних органов.

Результаты исследования. У 2 пациентов 1 группы было выявлено удвоение одной из почек, в 1 случае диагностирован гидронефроз; у 3 детей обнаружено патологическое удлинение сигмовидной кишки — долихосигма и еще у 1 пациента — общий колоноптоз. У этих же детей патология толстой кишки во всех случаях сопровождалась моторной дисфункцией. Удельный вес выявленных соматических изменений в группе больных со скрытым спинальным дизрафизмом составил 57.

У представителей 2 группы в 4 случаях выявлен 2-сторонний гидронефроз, у 3 детей осложненный пузырно-мочеточниковым рефлюксом; агенезия почки констатирована в 1 наблюдении; еще в одном случае выявлена односторонняя пиелоктазия; у 9 из 12 детей имелись признаки гипотонии мочевого пузыря. Патология толстой кишки в виде долихосигмы выявлена в 1 случае. Тем не менее 5 из 12 пациентов имели гипотонию толстого кишечника и 3 — признаки спастического колита. Патология мочевыделительной системы в обеих группах сопровождалась гнойно-воспалительными изменениями в анализах мочи. Удельный вес поражения для второй группы составил 75 от общего количества больных с данной нозологической формой.

В наших наблюдениях в 75% случаев различные формы спинального дизрафизма сопровождалась патологией со стороны кишечника и мочевыделительной системы. Последняя нередко осложнялась нарушением эвакуаторной функции органа и, как правило, присоединением, инфекции, осложняющей течение основного заболевания. Отсюда следует, что при наличии у пациента любых дизрафических проявлений в области пояснично-крестцового дела позвоночника, комплекс исследований должен дополняться диагностическими процедурами, направленными на поиск патологии со стороны органов брюшной полости и почек.

Выводы

1. Спинальные дизрафии как синдромное заболевание подразумевает порок развития спинного мозга, позвоночника и аксонального аппарата со скрытыми или явными клиническими проявлениями с сопутствующими нарушениями органов малого таза и других систем.

2. Полиморфность клинических дизэмбриологических проявлений обуславливает сложность выработки единой стратегии диагностических и лечебных мероприятий, что и определяет перманентную актуальность проблемы.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕДНИХ ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГРЫЖАХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Алиходжаева Г.А.¹, Бобоев Б.А.¹, Собиров Ж.О.², Ахмедов Б.Э.¹

¹Ташкентская медицинская академия г. Ташкент

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, г. Ташкент

Введение. На сегодняшнее время самым распространенным методом хирургического лечения дегенеративных заболеваний шейного отдела позвоночника считаются декомпрес-

сивно-стабилизирующие операции из переднего доступа. При данной методике общепринято удаление межпозвонкового диска и установление имплантата. Причина болей в шейной области после установления имплантата считается растяжение фасеточного сустава, в связи с чрезмерной дистракцией из-за большого по размеру имплантата или спазм паравертебральных мышц. Причиной исследования является определение взаимосвязи между размерами имплантата и послеоперационными болями в шейном отделе позвоночника.

Цель исследования. Определить связь болевого синдрома в шейном отделе позвоночника после передней декомпрессии и стабилизации по поводу грыж межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника от расстояния межтелового промежутка и межсуставных поверхностей суставных отростков.

Материалы и методы. В исследование были включены 37 больных перенесших переднюю декомпрессию-стабилизирующую операцию с установлением РЕЕК кейджей на шейном отделе позвоночника. Катамнез составил более одного года. Женщин было 16, мужчин 21. Средний возраст больных составил $49 \pm 2,6$ лет. Высота межтелового промежутка и дистанция между суставными поверхностями смежных позвонков измерена до и после операции на уровне оперированного сегмента на основании спондилографии в двух проекциях. В клинической картине оценивали выраженность болевого синдрома в шейном отделе и верхних конечностях не корешкового характера. В этих целях мы применили визуальную аналоговую шкалу.

Результаты исследования. Результаты хирургического вмешательства оценивали дважды в течение года после передней декомпрессию-стабилизирующей операции с установлением имплантата. Межтеловой промежуток в послеоперационном периоде увеличился в среднем на 2,9 мм от исходной величины, дистанция между суставными поверхностями суставных отростков увеличилась на 0,7 мм. Интенсивность болевого синдрома по шкале ВАШ в среднем до операции — 6, в ближайшем послеоперационном периоде — 2 и через год после операции составил 1 балл. Боли в верхних конечностях составили по шкале ВАШ соответственно 4, 2 и 1 балл.

Выводы. Передние декомпрессию-стабилизирующие операции остаются методом выбора в хирургии грыж межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника. Достигнут значимый регресс шейной цервикалгии в катамнезе более одного года.

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОРА ДОСТУПА К ГЕМАТОМИЕЛИИ ПРИ ТРАВМАХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

**Кудайбергенов Р.М.¹, Алиходжаева Г.А.²,
Алланазарова Н.М.², Казаков Ш.Ж.²**

Республиканский Многопрофильный Медицинский Центр
имени У. Халмуратова¹, г. Нукус

Ташкентская Медицинская Академия², г. Ташкент

Введение. Гематомиелией называют различное кровотечение в вещество и оболочки спинного мозга. Симптомы определяются тем, в какой конкретно отдел произошло кровоизлияние и могут проявляться слишком внезапно. Так, гематомиелия может определяться по следующим признакам: расстройством двигательных и чувствительных функций; расстройство функций органов таза, корешковый болевой синдром.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с гематомиелией при травмах шейного отдела позвоночника путем использования наиболее эффективных методов диагностики и выбором адекватных доступов при травмах