

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

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

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, среди них 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.¹, Ким А.А.², Ташматов Ш.Н.¹, Каримов Б.А.¹

¹Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

²Республиканский 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.¹, Амонов А.А.², Ахмедиев Т.М.²

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

²Ташкентская 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.