

Российский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова
Санкт-Петербургская Ассоциация нейрохирургов им. проф. И.С. Бабчина
Межрегиональная общественная организация «Человек и его здоровье»

РОССИЙСКИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

имени профессора а.л. Поленова

**Russian neurosurgical journal named after
professor a.l. Polenov**

Том V

Специальный выпуск

Научно-практический ежеквартальный журнал. Основан в Санкт-Петербурге в 2008 году

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора и кандидата наук

Главный редактор – Берснев В.П.

Заместители главного редактора – Иванова Н.Е., Кондаков Е.Н.

Ответственный секретарь – Иванов А.Ю.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Давыдов Е.А.,

Касумов Р.Д.,

Кондратьев А.Н.,

Мацко Д.Е.,

Олюшин В.Е.,

Панунцев В.С.

Свистов Д.В.,

Улитин А.Ю.,

Хачатрян В.А.,

Шулев Ю.А.,

Яковенко И.В.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Балязин В.А. (Ростов-на-Дону),
Буров С.А. (Москва),
Гайдар Б.В.,
Гармашов Ю.А.,
Гринев И.П. (Красноярск),
Громов С.А.,
Гуща А.О. (Москва),
Данилов В.И. (Казань),
Дралюк М.Г. (Красноярск),
Зозуля Ю.А. (Украина),
Древаль О.Н. (Москва),
Иова А.С.,
Кривошапкин А.Л. (Новосибирск),

Колесов В.Н. (Саратов),
Лихтерман Л.Б. (Москва),
Луцик А.А. (Новокузнецк),
Медведев Ю.А.,
Метелкина Л.П. (Москва),
Можаев С.В.,
Музлаев Г.Г. (Краснодар),
Одинак М.М.,
Островский А.В.,
Парфенов В.Е.,
Петриков С.С. (Москва),
Петрищев Н.Н.,
Савина И.А.,

Сафин Ш.М. (Уфа),
Сакович В.П. (Екатеринбург),
Ступак В.В. (Новосибирск),
Суфианов А.А. (Иркутск),
трофимова т.Н.,
Фраерман А.П. (Н.Новгород),
Хилько В.А.,
Черекаев В.А. (Москва),
Takeshi Kawase
Kintomo Takakura
Tomokatsu Hori

© ФГУ «РНХИ им. Поленова», составление, 2013

© Издательство «Человек и его здоровье», оформление, 2013

© Коллектив авторов, 2013

МИНЗДРАВ РОССИИ
АССОЦИАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГОВ РОССИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ АССОЦИАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГОВ ИМ. ПРОФ. И.С. БАБЧИНА
ФГБУ «РНХИ ИМ. ПРОФ. А.Л. ПОЛЕНОВА» ВОЕННО-
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМ. С.М. КИРОВА
СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА
МОО «ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ»

ПОЛЕНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

МАТЕРИАЛЫ XII ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



24–27 апреля 2013 года

Результаты и обсуждение. По результатам морфологического исследования опухоли мостомозжечкового угла были представлены менингиомами в 13 случаях, эпидермоидами – в 7 и невриномами – в 6 наблюдениях. Выявленные интраоперационно варианты прямого и опосредованного, через сосуды парастволовой локализации, компрессионного воздействия опухолевого объема на тригеминальную входную зону схематически подразделены на пять типов: тип I – корешок тройничного нерва расположен внутри опухоли. Тип II – опухоль сдавливает, смещает и деформирует корешок тройничного нерва, который расположен на поверхности опухолевого узла при этом не контактирует с сосудами. Тип III – корешок тройничного нерва смещен и сдавлен артериальным сосудом, дислоцированным опухолевым узлом. Тип IV – корешок тройничного нерва сдавлен между опухолью и артериальным сосудом. Тип V – корешок тройничного нерва не соприкасается или минимально контактирует с опухолью без смещения и деформации нервных волокон. Основные варианты компрессионного воздействия на корешок тройничного нерва, соответственно представленным топографическим типам, распределились следующим образом: тип I- у 3 пациентов, тип II – у 11, тип III – у 4, тип IV – у 6 и тип V- у 2 больных. Оперативное вмешательство ограничивалось удалением опухоли у пациентов с топографическими взаимоотношениями, соответствующим типам I и II, а при III, IV и V и типах дополнительно проводилась сосудистая декомпрессия корешка тройничного нерва.

Сосудистая компрессия была выявлена и устранена у 10 пациентов. Сдавление корешка тройничного нерва верхней мозжечковой артерией и ее ветвями было обнаружено в 9 наблюдениях (4 невриномы и 5 менингиом) и латеральной веной моста в 1 случае (менингиома). Артериальные петли выделялись из паутинной оболочки и отводились от тригеминальной входной зоны, а последующая фиксация нового пространственного положения достигалась установкой небольших (2-4 мм) кусочков мышечной или фасциальножировой тканей.

Летальных исходов после хирургических вмешательств не наблюдалось. У 2 пациентов с эпидермоидными опухолями отмечено возникновение транзиторных изолированных парезов глазодвигательного (1 случай) и отводящего (1 случай) нервов. В 1 случае менингиомы верхушки пирамиды височной кости удаление супратенториальной части опухоли привело к развитию изолированного пареза глазодвигательного нерва. Парез лицевого нерва, соответствующий II-III баллам по шкале Хаус-Бракманн отмечался в 3 случаях (невринома 2 .эпидермоид - 1случай). Эти нарушения регрессировали в течение 3 - 4 недель при проведении консервативной терапии.

Выводы. Невралгия тройничного нерва, как синдром, может быть обусловлена нейротумороваскулярным конфликтом, возникающим как при непосредственной опухолевой компрессии ТН образованием мостомозжечкового угла, так и при вторичной дислокации сосудистых парастволовых структур с последующим механическим воздействием на корешок тройничного нерва. Это положение обосновывает необходимость обязательной и тщательной микрохирургической эксплорации указанной анатомической зоны (входа корешка тройничного нерва в ствол головного мозга) при сочетании невралгии тройничного нерва с опухолевыми образованиями мостомозжечкового угла для проведения адекватной микроваскулярной декомпрессии

нервного корешка и, в конечном счете, устранения пароксизмальной лицевой боли.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОНВЕКСИТАЛЬНЫХ И ПАРАСАГИТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сариев А.У., Алимов Д.Р., Исакулов Ш.Р., Ниязов К.Б.

Республиканский научный центр нейрохирургии,
г. Ташкент, Узбекистан

Конвексительные менингиомы исходят из твердой мозговой оболочки наружной поверхности мозга, не связаны с верхним сагиттальным синусом и его боковыми лакунами. Составляют 23% из внутричерепных менингиом и делятся по анатомическим областям на лобные, теменные, височные и затылочные. Изредка встречаются внутрикостные и эктопические менингиомы. Клиническая картина определяется локализацией и размерами менингиомы, первыми проявлениями часто бывают парциальные (фокальные) эпилептические припадки. Внутричерепная гипертензия развивается редко, обычно при опухолях большого размера или с выраженным перитуморозным отеком. Основные методы объективной диагностики — МРТ и КТ.

За период с 2000 по 20012 гг. в отделении нейроонкологии Республиканского научного центра нейрохирургии прооперированы больные с наиболее часто встречающимися менингиомами супратенториальной локализации 422 (86,6%) пациентов. Подавляющее большинство из них образуют две группы опухоли: парасагитальные 176 (36,2%) больных и конвексительные менингиомы 246 (50,5%). Менингиомы чаще встречались у лиц женского пола 234 (48%) больных. Различают три формы роста менингиом: шаровидную, инфильтративную и смешанную. При шаровидной форме роста менингиомы имеет небольшой по площади матрикс, что облегчает ее удаление. Из 246 (50,5%) больных с конвексительными менингиомами головного мозга, 42 (8,6%) больным при менингиомах, врастающих в кости черепа применили широкий доступ с выполнением трепанации костно-пластическим способом с дальнейшим установлением костного лоскута, 19 (3,9%) пациентам произведена резекционная декомпрессивная трепанация черепа, так как во время удаления менингиомы отличался отек головного мозга с массивным кровотечением. По тяжести общего состояния, больные разделены на 4 фазы течения заболевания: I-фаза компенсации- 111 (22,7%) больных; II-фаза субкомпенсации- 80 (16,4%); III-фаза умеренной декомпенсации- 38 (7,8%); IV-фаза грубой декомпенсации- 17 (3,4%). В зависимости от локализации конвексительных менингиом определялся возраст больных. От 14 до 20 лет- 13 (2,6%) больных; от 30 до 44 лет- 73 (14,9%) больных; 45-59 лет- 128 (26,2%) больных; 60-74 года- 32 (6,5%) больных. В зависимости от радикальности удаления конвексительных опухолей головного мозга тотальное удаление произвели- 148 (30,3%) больным; субтотальное удаление- 66 (13,5%) больным; частичное или биопсия- 32 (6,5%).

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ МАКРОАДЕНОМ ГИПОФИЗА

Сельский м.С.¹, федулов А.С.¹, Сакович И.И.¹, Лихачев С.А.²,

24–27 апреля 2013 года