

Министерство здравоохранения Российской Федерации

«РХИ 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»

XIX ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ПОЛЕНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

11-12 ноября 2020

Санкт-Петербург

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Санкт-Петербург
2020

нарушения связанные патологией ЦНС. Во многих исследованиях выявлены факторы, влияющие на возникновение кровотечений из ЖКТ. Наличие язвы гастродуodenальной зоны считается одним из важных причин кровотечений. Подавление выработки соляной кислоты желудочного сока применением антагонистов Н-2 гистаминорецепторов и ингибиторов протонной помпы эффективны в профилактике кровотечений. При исследовании выявлено, повышение риска развития кровотечений из ЖКТ в острой фазе инсульта у больных получавших небольшую дозу или совсем не получавших противоязвенной терапии. Целью данного исследования является выявление текущей частоты возникновения кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта и его клиническое значение у пациентов с ОНМК. Для этого мы исследовали факторы, связанные с желудочно-кишечным кровотечением из верхних отделов ЖКТ, частоту, клиническое проявление кровотечений, выполнялась эндоскопическая диагностика при наличии подозрения на кровотечение, и связь желудочно-кишечного кровотечения с клиническими исходами у данной категории больных.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения гастродуodenальных кровотечений у больных переносящих нарушение мозгового кровообращения путем использования консервативных и эндоскопических методов остановки кровотечения и разработка тактики ведения данной категории пациентов.

Материалы и методы: В исследование включены 105 больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения и признаками кровотечения из верхних отделов ЖКТ, поступившие в СПбГБУЗ Городская Мариинская больница с 2013 по 2018гг. По характеру неврологической патологии больные разделены на 2 группы: пациенты с нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу и пациенты с нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Всем пациентам выполнялась ВЭГДС в течение 2 часа от момента установления признаков кровотечения.

Результаты: у 105 пациентов из группы наблюдения диагностированы кровотечения из верхних отделов ЖКТ. Частота кровотечений в группе с ОНМК по ишемическому типу 0,77%, в группе больных геморрагическим инсультом кровотечения диагностированы в 2,45% случаев, в группе с верифицированным кровотечением из верхних отделов ЖКТ наблюдалось удлинение сроков госпитализации, увеличение частоты смертности.

Выводы: Факторами риска у больных с ОНМК по ишемическому типу являются: наличие язвенной болезни и/или гастродуodenального кровотечения в анамнезе, тяжесть инсульта, сепсис, нарушение функций печени и почек. У больных с ОНМК по геморрагическому типу с формированием внутримозговой гематомы, кроме сепсиса к факторам риска относятся: тяжесть состояния по шкале комы Глазго, возраст, объем гематомы.

МИНИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ

Левченко О.В., Каландари А.А., Ревазян К.В.

Кафедра нейрохирургии и нейрореанимации Московского Медико-Стоматологического университета имени А.И. Евдокимова
Москва

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения пациентов с эндокринной офтальмопатией.

Материал и методы. С 2014 по 2019 год в отделении нейрохирургии КМЦ МГМСУ им. А.И. Евдокимова оперированы 69 пациентов с эндокринной офтальмопатией (131 орбита). Средний возраст пациентов составил 52 года. Мужчин было 6 (8,7%), женщин – 63 (91,3%). У 52 пациентов (75,3%) было эутиреоидное состояние, 17 пациентов (24,6%) находились в гипертиреоидном состоянии. Липогенная форма заболевания наблюдалась в 32,8% случаев (n=43), миогенная форма в 22,2% (n=29), смешанная форма в 45% (n=59). В 38 случаях (29%) вовлечение мягких тканей были минимальными, в 5 случаях (3,8%) – средней степени тяжести, в 15 случаях (11,4%) – выраженными. По степени вовлечения глазодвигательных мышц в 20 случаях (15,3%) отмечали незначительное ограничение подвижности глазного яблока, в 11 случаях (8,3%) – явное ограничение подвижности глазного яблока, в 8 случаях (6,1%) – фиксацию глазного яблока. Поражения роговицы отсутствовали в 117 случаях (89,3%). Умеренные изменения отмечали

в 12 случаях (9,1%), изъязвления – в 2 случаях (1,5%). Пациентам была выполнена хирургическая декомпрессия орбиты, из них: 102 случая липэктомии, 99 случаев глубокой латеральной орбитотомии, 21 случай медиальной орбитотомии и 29 случаев эндоскопической медиальной орбитотомии с декомпрессией зрительного нерва.

Результаты. Количественную оценку состояния пациентов оценивали с помощью шкалы активности эндокринной офтальмопатии CAS и по шкале тяжести течения эндокринной офтальмопатии NOSPECS. Пациентам до и после операции проводились офтальмологическое обследование и мультиспиральная компьютерная томография. Среднее значение экзофтальма до операции составило 25мм. (макс.= 31мм., мин.= 18мм.). Средний показатель регресса экзофтальма составил 4,22 мм ($P<0,0001$) – 16,67% от исходных данных. Улучшение остроты зрения отмечено в среднем на 10,7% ($P<0,0001$). Среднее значение полученного объема орбиты после наружной декомпрессии – $22,72 \pm 2,89$ см³, на 10,1% больше дооперационных данных ($P<0,0001$). Также было отмечено преимущество применения видеондоскопии: объем орбиты после операции составил в среднем $20,6 \pm 1,1$ см³, без эндоскопии – $19,20 \pm 1,05$ см³, дипlopия сохранялась в группе видеондоскопии лишь в 17 случаях (12,9%) по сравнению с 44 случаями (33,6%) в группе без ее применения. Использование нейронавигации также показало свою эффективность: объем орбиты после операции составил $26,2 \pm 1,1$ см³ по сравнению с $24,0 \pm 1,05$ см³ в группе без нейронавигации, дипlopия сохранялась в 7 случаях (5,3%) против 19 (14,5%). Осложнения были у 6 пациентов (6 орбит) из них: интраоперационная ликворея – у 3 пациентов (3 орбиты – 2,9%), рестриктивное косоглазие – у 2 (1,5%), симблефарон – у 1 (0,76%). Летальных случаев не было.

Заключение: Различные комбинации трансконъюнктивальных трансортитальных доступов, в том числе с применением видеондоскопии, сочетая в себе малотравматичность, косметичность и безопасность, могут быть эффективно использованы при хирургическом лечении пациентов с эндокринной офтальмопатией в неактивной фазе. Использование безрамной нейронавигационной системы позволяет запланировать объем резекции стенок глазницы и осуществлять контроль орбитотомии интароперационно. Применение трансназальных эндоскопических методик, трансортитальных кожных доступов целесообразно в хирургическом лечении пациентов с эндокринной офтальмопатией в активной фазе с оптической нейропатией, рефрактерной к консервативному лечению.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ НЕЙРОМОДУЛЯЦИИ

Нарышкин А.Г.^{1,2,3}, Скоромец Т.А.^{1,4}, Галанин И.В.¹, Орлов И.А.¹,
Ляскина И.Ю.¹

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

² Федеральное государственное бюджетное учреждение «Институт эволюционной физиологии и биохимии имени И. М. Сеченова» Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия

³ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

⁴ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Введение. История исследования влияния различных физических факторов (электрический ток, холодная и горячая вода) на вестибулярную функцию насчитывает более 200 лет. Так А. Вольта в 1790 году приставил электроды изобретенного им аккумулятора к своей голове. В результате этого воздействия у него возникло резкое головокружение, нарушение равновесия и падение. В диссертации 1820 г Я. Э. Пуркинье сообщил, что гальванический ток, протекающий через голову,

нарушает равновесие. В 1886 г Шмидекам и Гензен обнаружили, что введение холодной воды в наружный слуховой проход вызывает такие вестибулярные реакции, как головокружение и рвоту. На основании своего богатого опыта по изучению этого феномена в 1904 г Р. Барани предложил использовать калорические пробы для изучения функции вестибулярного аппарата. Долгое время эти методы являлись диагностическими или использовались в экспериментальных разработках. В конце XX века они стали применяться в неврологии и психиатрии с лечебной целью. В 10-ые годы XXI века в медицинской литературе появился термин вестибулярная нейромодуляция (ВН).

Цели и задачи. На основании анализа собственных и литературных данных по применению методов ВН в неврологической и психиатрической практике подвести теоретическую базу под их применение и объяснить широкий спектр показаний к их использованию.

Материалы и методы. Обсуждаются результаты применения трех методов ВН: холодовая вестибулярная стимуляция (ХВС), гальваническая вестибулярная стимуляция (ГВС) и вестибулярная дерецепция (ВД). Показания к их применению весьма обширны. В неврологии методы ВН эффективны при последствиях нарушения мозгового кровообращения (спастический гемипарез, аноногнозия, афазия, неглект и др.), экстрапирамидная патология (спастическая кривошеея, паркинсонизм, торсионная дистония, эссенциальный трепор). В психиатрии их эффективность описана при мании на фоне биполярного и шизоаффективного расстройства, при обсессивно-компульсивном расстройстве с тиками. Методы ВН эффективны при целом ряде болевых синдромов (фантомно-болевой синдром, таламические боли, боли при поражениях спинного мозга, аллодиния). Несмотря на свои названия ХВС и ГВС (при использовании анодного воздействия) в физиологическом отношении обладают тормозным эффектом на структуры вестибулярного аппарата. Таким образом, все методы ВН обладают тормозным эффектом на вестибулярный аппарат.

Результаты и их обсуждение. Широкий спектр состояний и заболеваний, при которых эффективна ВН, наводит на мысль, что в основе ее эффективности лежит один и тот же механизм. Вестибулярный аппарат в своем составе содержит преддверие состоящее из сферического (саккулюс) и эллиптического (утрикулюс) мешочеков, в которых располагается отолитовый аппарат (макулы). Отолитовый аппарат преддверия ответственен за анализ линейных ускорений, а также является органом гравитационной чувствительности. Дальнейшие рассуждения основаны на нашем 30-тилетнем опыте использования вестибулярной дерецепции, суть которой заключается во введении в среднее ухо антибиотика аминогликозидного ряда (AAP), для лечения различных патологических состояний при заболеваниях ЦНС. Как было показано в экспериментальных работах еще в конце 60-ых годов (Lindeman H.N., 1969), введение (AAP) в среднее ухо вызывает дегенеративные изменения преимущественно или исключительно в волосковых клетках отолитового аппарата преддверия. Иными словами вестибулярная дерецепция снижает возможность анализа линейных ускорений и, что более важно, чувствительность гравицентров.

Вестибулярный нерв единственный нерв, который имеет постоянную тоническую активность. Причем эта тоническая активность возрастает в ряду: морской скат – морская свинка – белочья обезьяна – макака-резус. Иными словами она имеет связь с действием гравитации и возрастает при переходе из водной среды к сухопутному образу жизни, а на суше ее возрастание зависит от степени вертикализации животного.

В филогенезе, а, значит, и в онтогенезе согласно биогенетическому закону Геккеля-Мюллера, наиболее раннее развитие имеет отолитовый аппарат преддверия. Перепончатый лабиринт преддверия уже полностью сформирован на 4 неделе эмбрионального развития. К 7 неделе уже происходит формирование рецепторно-клеточного аппарата лабиринта, и волосковые клетки уже имеют связи с вестибулярной порцией VIII черепного нерва. Таким образом, в развивающейся мозг уже на стадии мозговых пузьрей начинает поступать информация о чувстве гравитации. Гравитационная чувствительность это единственная сенсорная информация, которая на этом этапе организует развитие и функционирование мозга. На 4 месяце эмбриогенеза вестибулярная порция VIII уже полностью миелинизирована, в отличие от других черепных и периферических нервов, что свидетельствует о ее окончательном созревании. Следовательно, гравитационная чувствительность в онтогенезе является основой развития головного мозга и базовой по отношению к его многообразным функциям.

Все заболевания, при которых эффективна ВН являются хроническими. Для объяснения таких широких терапевтических возможностей ВН нами было высказано предположение о том, что в основе всех хронических заболеваний головного мозга лежит формирование патологической функциональной системы (ПФС). Как любая функциональная система ПФС имеет четыре главных блока, определяющих ее функционирование: блок афферентного синтеза (БАС), блок принятия решения, блок реализации решения, акцептор результата действия. Патологическая детерминанта (Крыжановский Г.Н., 1980), определяющая работу головного мозга при его хронических заболеваниях, оказывает влияние на деятельность всех блоков ПФС, в том числе, на БАС. Согласно закону диссолюции Д.Х. Джексона ПФС возвращается к физиологическим более ранним формам функционирования. Как было сказано раньше именно гравитационная чувствительность, является наиболее ранним видом чувствительности, как в филогенезе, так и онтогенезе, что и определяет ее доминантное значение в БАС ПФС. Именно поэтому подавляющее воздействие ВН на гравитационную чувствительность оказывает терапевтический эффект при разнообразных патологических состояниях.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ОБУСЛОВЛЕННОЙ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Крылов В.В.^{1,2}, Удодов Е.В.^{2,3}

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, отделение неотложной нейрохирургии, г. Москва

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, г. Москва.
ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», г. Симферополь.

Цель работы: уточнить тактику хирургического лечения пациентов с патологией брахиоцефальных артерий в остром периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы: С 01.07.2014 г. по 31.12.2017 г. в нейрохирургическом отделении НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, г. Москва, а также в отделение нейрохирургии ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», г. Симферополь было выполнено 125 операций у пациентов, по поводу церебральной ишемии в остром периоде ишемического инсульта с окклюзионно-стенотическим поражением прецеребральных артерий в сроки от 1 до 28 суток (острый период инсульта). Все пациенты были разделены на 3 группы с учетом сроков оперативного лечения.

Результаты: хорошие и отличные результаты (по шкале ШИГ 4-5 б) получены в 119 (95,2%) наблюдениях. Функциональные исходы были лучше у пациентов, оперированных в ранние сроки ишемического инсульта ($Z=2,7$, $p<0,05$). Выявленна значимая связь между сроками операции и степенью уменьшения зоны пениумбры (χ^2 , $p<0,05$), начальным объемом зоны гипоперфузии и степенью ее уменьшения после операции ($Z=3,624$, $p<0,01$). Наличие ишемии по данным КТ головного мозга являлось предиктором худшего восстановления по сравнению с пациентами, у которых ишемия выявлена не была (χ^2 , $p<0,05$). При проведении анализа исходов лечения выявлена статистически значимая связь между исходным уровнем неврологического дефицита по шкале NIHSS (χ^2 , $p<0,001$), сроками проведения оперативного вмешательства ($\chi^2=0,174$, $p=0,041$), а так же степенью прироста объемной скорости кровотока по ВСА после операции ($Z=1,917$, $p=0,044$) и исходами лечения по ШИГ. Регресс неврологического дефицита по шкале NIHSS был выше в группе экстренного оперативного вмешательства, перфузионные характеристики головного мозга в значительно большей степени восстанавливались у пациентов экстренного оперативного вмешательства по сравнению с остальными группами (χ^2 , $p<0,05$) и коррелировали со степенью улучшения по NIHSS. Послеоперационный показатель осложнений+letalность составил 4,8% (N=6). Три летальных исхода, все были из разных групп, причинами смерти были инфаркт миокарда, злокачественная гиперперфузия с геморрагической трансформацией очага ишемии и повторный инсульт.

Заключение: хирургическая реваскуляризация головного мозга в ранние сроки ишемического инсульта является эффективным методом профилактики и лечения ишемии головного мозга. Более ранние сро-