

нечностях отмечались в 11 наблюдениях. Застойные диски зрительных нервов, как признак тяжелой степени внутричерепной гипертензии, выявлены у 17 пациентов (60,7%). Симптоматика во всех случаях выражалась медленным прогрессированием на протяжении от 6 до 48 месяцев (в среднем 14,8 месяцев). Диагноз во всех случаях установлен на основании данных компьютерной томографии и/или магнитно-резонансной томографии, при этом опухоли всегда верифицировались как менингиомы. У 21 пациента (75%) они располагались в задней черепной ямке.

Хирургическое вмешательство осуществлялось из субокципитального ретросигмовидного доступа у 20 пациентов (71,5%) при локализации опухоли в задней черепной ямке. Подход к опухоли осуществлялся по задней поверхности пирамидки височной кости, через цистерну мостомозжечкового угла. Удаление опухоли производилось по частям от её латеральных отделов к медиальным, в промежутках между черепными нервами, располагавшимися на задней поверхности опухоли.

При супратенториальном распространении петроклиальной менингиомы у 6 пациентов хирургическое вмешательство производилось из субтемпорального транстенториального доступа. Вращение новообразования в стенки кавернозного синуса во всех случаях обусловило частичное удаление опухоли во избежание грубых глазодвигательных нарушений. В 2 случаях (7,1%) удаление опухоли осуществлялось из двух доступов в два этапа.

Через субокципитальный доступ субтотальное удаление менингиомы (Simpson 2–Simpson 3) выполнено у 7 пациентов (25%). У 11 пациентов (39,3%) менингиомы удалялись частично (Simpson 4) по причине развития анестезиологических противопоказаний к дальнейшей резекции опухолевого узла. У 2 пациентов (7,1%) выполнена только декомпрессия ствола головного мозга (Simpson 5) поскольку манипуляции на опухолевом узле вызывали появление угрожающих нарушений витальных функций.

При преимущественно супратенториальной локализации петроклиальной менингиомы у 6 пациентов (21,4%) хирургическое вмешательство произведено из субтемпорального транстенториального доступа, при этом опухоль удалялась субтотально (Simpson 2 — Simpson 3) у 1 пациента (3,6%), частично (Simpson 4) — у 4 пациентов (14,3%), хирургическое вмешательство ограничилось декомпрессией ствола мозга у 1 пациента (3,6%).

Результаты и обсуждение. В неврологическом статусе после операции у всех пациентов наступило усугубление очаговой неврологической симптоматики и диагностированы признаки поражения ствола головного мозга и черепных нервов. Бульбарные и псевдобульбарные нарушения обусловили расстройство глотания и фонации у 11 пациентов (39,3%). Бактериальный менингит диагностирован у 2 пациентов (7,1%). Наиболее тяжелыми из неврологических осложнений раннего послеоперационного периода были стволовые инфаркты, которые развились у 6 пациентов (21,4%), при этом летальность составила 14,3%.

Выводы. На сегодняшний день в мировой литературе отсутствует единый комплексный подход к выбору способов хирургического лечения пациентов с менингиомами петроклиальной локализации. В Республике Беларусь не проводились исследования, направленные на повышение эффективности хирургического лечения пациентов с данной патологией. При анализе ретроспективных данных пациентов, оперированных в Республике Беларусь, мы видим высокий процент послеоперационных осложнений в виде неврологического дефицита, приводящего к инвалидизации пациента и стойкой утрате трудоспособности, а так же высокий процент летальности оперированных пациентов с менингиомами петроклиальной локализации. Данная проблема требует разработки новых

методов комплексного лечения пациентов с менингиомами петроклиальной локализации для повышения результативности проводимого лечения путем оптимизации показаний к тому либо иному способу лечения с учетом персонализированного подхода к каждому пациенту.

ОСТРАЯ ГИДРОЦЕФАЛИЯ НИЗКОГО ДАВЛЕНИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Боровский А.А.¹, Шамкалович А.В.¹, Шанько Ю.Г.², Веевник Д.П.³

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск

² УЗ «Городская клиническая больница

скорой медицинской помощи» г. Минска

³ ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования», г. Минск

Введение. Гидроцефалия — это состояние нарушения циркуляции спинномозговой жидкости с несбалансированной динамикой ликворного потока, развивающееся по различным причинам, как симптом основного заболевания. Острая гидроцефалия низкого давления (ОГНД) представляет собой вариант гидроцефалии, при котором у пациентов проявляются симптомы явно повышенного внутричерепного давления (ВЧД) с вентрикуломегалией, несмотря на то, что измеренное ВЧД ниже нормального (≤ 50 мм H_2O) или даже ниже атмосферного. ОГНД может не распознаваться, а пациенты, подвергаться множественным безуспешным ревизиям шунта или наружного вентрикулярного дренажа (НВД). В литературе феномен ОГНД впервые описан в 1994 году, однако до сих пор не существует комплексных протоколов для диагностики и лечения таких пациентов.

Цель исследования. Описать клинический случай и результаты хирургического лечения пациента с острой гидроцефалией низкого давления.

Материалы и методы. Наблюдался пациент 69-ти лет. Госпитализирован в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска в сентябре 2022 года. За год до госпитализации прошел комплексное лечение по поводу аденокарциномы мягкого неба (удаление и лучевая терапия: на область мягкого неба 60 Гр. и шейных лимфоузлов 50 Гр.). За 6 месяцев до госпитализации оперирован: произведено удаление кавернозной ангиомы правого полушария мозжечка.

Результаты. Состояние пациента ухудшилось в течении 1 недели, по уровню сознания с 15 до 9 баллов шкалы ком Глазго (ШКГ). По данным КТ головного мозга: признаки внутренней гидроцефалии (вентрикуломегалия, перивентрикулярный отек, сглаженность борозд полушарий, компрессия цистерн основания). Выполнено экстренное оперативное вмешательство: установка НВД с антибактериальным покрытием и датчиком контроля ВЧД. Во время операции при пункции бокового желудочка повышенного давления ликвора не отмечено. После выхода из наркоза пациент в ясном сознании. ВЧД установлено под контролем датчика, на уровне 5–7 мм рт. ст. Через 12 часов состояние пациента с отрицательной динамикой (уровень сознания 9 б. ШКГ), на контрольной КТ признаки внутренней гидроцефалии сохраняются. При коррекции уровня ВЧД до «отрицательного» (–7 мм рт. ст.) к пациенту вернулось ясное сознание. ВЧД, измеренное гидростатическим методом, составило: –100 мм H_2O , что соответствовало полученному значению от датчика. В послеоперационном периоде пациенту выполнен ряд исследований. В том числе КТ-цистернография: контраст введенный эндolumбально свободно поступает в боковые желудочки. Исследование ликвора на инфекционные агенты (бактерии, вирусы, грибы): отрицательно. Маркеры аутоиммунного

энцефалита: отрицательны. Маркеры воспаления (прокальцитонин, СРБ, лейкоцитоз, цитоз в ликворе): отрицательны. Время наружного вентрикулярного дренирования, на фоне антибактериальной терапии, составило 1 месяц. Затем установлен регулируемый вентрикулоперитонеальный шунт (ВПШ) (отрегулирован на минимальное давление 20 мм H₂O). Датчик контроля ВЧД оставлен на 24 часа (НВД перекрыт) с целью визуализации коррекции ВЧД. Коррекция проводилась до уровня –2 мм рт. ст. путем периодической аспирации ликвора тонкой иглой из резервуара клапана шунта, его «прокачивания», поднятия головного конца кровати, вертикализации пациента. После определения необходимого объема коррекции до целевого ВЧД, НВД удалили. По данным нейровизуализации (КТ и МРТ г. мозга) признаков гидроцефалии нет, уровень сознания пациента 12 б. ШКГ. Спустя месяц после ликворошунтирующей операции состояние пациента с отрицательной динамикой (до 8 б. ШКГ). По данным КТ-цистернографии признаки резко расширенного «изолированного» 4-го желудочка. Выполнено шунтирование 4-го желудочка через Y-образный коннектор в абдоминальный конец ВПШ ниже клапана. На контрольных КТ: достигнут регресс гидроцефалии, желудочковая система нормальных размеров, уровень сознания пациента 12 б. ШКГ. В настоящее время пациент проходит реабилитационное лечение.

Заключение. У данного пациента гидроцефалию, вероятно, спровоцировала проведенная ранее лучевая терапия и операция на задней черепной ямке. В остром периоде ОГНД необходим НВД, с установкой ВЧД (вплоть до субатмосферного) до достижения максимального уровня сознания пациента. Доступным хирургическим методом постоянной коррекции ВЧД остается ВПШ низкого давления с использованием методов дополнительного снижения ВЧД (аспирации ликвора из клапана шунта, «прокачивания», вертикализации пациента) с постепенным уменьшением их интенсивности в течении 3–4 недель. Механизмы патогенеза гидроцефалии низкого давления в настоящее время не ясны и требуют изучения.

ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОДХОДОВ К ИЗУЧЕНИЮ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Назаралиева З.Т.¹, Бобков Д.Е.³, Юдинцева Н.М.³, Тагаева Р.Б.³,
Михайлова Н.В.⁵, Герасимов А.П.¹, Назаралиева З.Т.²,
Забродская Ю. М.¹, Ким А.В.⁵, Шевцов М.А.^{3,4}, Самочерных К.А.¹

¹РНХИ им. проф. А.Л. Поленова — филиал

ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

²Кыргызская государственная медицинская академия
им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек

³Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт цитологии Российской академии наук, г. Санкт-Петербург

⁴Научный центр мирового уровня «Центр персонализированной
медицины», ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения

Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

⁵Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
им. В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, г. Санкт-Петербург

На сегодняшний день определение биологических маркеров используется в рамках лечебно-диагностических мероприятий при опухолях различных видов и локализаций, однако

применительно к эмбриональным и нейрозепителиальным опухолям центральной нервной системы (ЦНС) у детей эти аспекты остаются во многом не изученными.

Цель. Повышение эффективности диагностики и лечения пациентов детского возраста со злокачественными церебральными опухолями.

Материалы и методы. Комплексный анализ данных пациентов детского и юношеского возраста, которым проводится хирургическое лечение злокачественных опухолей головного мозга на базе отделения детской нейрохирургии НМИЦ Алмазова и отделения нейроонкологии РНХИ им. Поленова (Санкт-Петербург, Россия). Осуществляется сопоставление клинико-нейровизуализационных, патоморфологических и молекулярно-генетических характеристик у больных с особенностями ближайшего и отдаленного послеоперационного периода, продолжительностью безрецидивного периода и выживаемостью, в зависимости от индивидуальных характеристик пациентов, гистобиологической природы и степени удаления опухоли. В исследование включено около 200 пациентов. Наше исследование подтверждается примерами.

Результаты

Клинический пример 1. Пациент Х., 9 лет. Диагноз: диффузная срединная глиома с мутацией H3K27 с распространением в четверохолмную цистерну. Оклюзионная тривентрикулярная гидроцефалия. Гипертензионно-гидроцефальный синдром.

Проведено микрохирургическое удаление опухоли базальных отделов правого полушария под нейрофизиологическим контролем с использованием нейронавигации. По результатам гистологического исследования сделано заключение: диффузная срединная глиома с мутацией H3K27 со степенью анаплазии (Grade) IV. Опухоль астроцитарного типа строения с клеточным и ядерным полиморфизмом, с участками повышенной клеточности из более мелких клеток. По данным иммуногистохимического исследования определена низкая экспрессия маркера пролиферации Ki67 — общая до 3%, в очагах — до 10%, уровень экспрессии p53 — более 50%. Отмечено слабое цитоплазматическое и ядерное окрашивание на BRAF-мутацию, выраженная положительная экспрессия GFAP. Ядерное окрашивание H3K27 (дикий тип) выявлено в 5% опухолевых клеток, INI1 экспрессируется всеми клетками. С учетом возраста и гистологического типа опухоли пациенту был назначен курс протонной лучевой терапии на фоне приема темозоломида.

Динамика заболевания положительная.

Клинический пример 2. Пациент С., 6 лет. Диагноз: понтинная глиома Grade IV с мутацией H3K27. Синдром Фовилля.

Проведено микрохирургическое удаление понтинной глиомы под нейрофизиологическим контролем. Срединная субокципитальная краниотомия.

По данным гистологического исследования: опухоль астроцитарного типа строения с клеточным и ядерным полиморфизмом, с участками повышенной клеточности из более мелких клеток. Отмечаются участки выраженного фибриллярного строения. Встречаются поля малоклеточного строения по типу субэпендимомы. В опухоли выявлены некрозы с тенденцией к образованию псевдопалисадных структур и большое количество митозов. Иммуногистохимическое исследование показало, что экспрессия Ki67 составила 25–30%, p53 в очагах — до 5%, IDH1 мутация не определяется, установлено BRAF цитоплазматическое и ядерное окрашивание, выраженная положительная экспрессия GFAP и Olig2. Ядерное окрашивание H3K27 отмечено более чем в 1/3 опухолевых клеток. С учетом молекулярных маркеров опухоли (BRAF) пациенту может быть показано последующая химиотерапия темозоломидом и винкристином.

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

Санкт-Петербург
2023