

## Результаты хирургического лечения аномалии Киари I типа

Можжаев С.В., Стерликова Н.В.

Институт мозга человека Российской академии наук  
им. Н.П. Бехтеревой  
Санкт-Петербург  
Россия  
(812) 234-92-41 234-92-40  
sterliknat@rambler.ru

**Цель** – улучшение результатов лечения аномалии Киари I типа на основании усовершенствования хирургической тактики.

**Материалы и методы.** В Институте мозга человека РАН с 1996 г. по 2009 г. пролечено 132 больных с аномалией Киари I типа. Основную группу составили 42 оперированных пациента, 90 больных, получавших консервативную терапию, включены в контрольную группу. Жалобы и объективные симптомы были количественно оценены по шкале клиничко-неврологической симптоматики (Bindal A.K., Stewart B.D. et al., 1995). Средний балл составил в основной группе  $123,8 \pm 3,9$ , в контрольной –  $80,2 \pm 3,5$  баллов. Клиническая картина АК I типа была представлена гипертензионно-гидроцефальным (72,3%), бульбарно-пирамидным (64,5%), мозжечковым (76,7%), корешковым (91,2%) синдромами, синдромом вертебрально-базиллярной недостаточности (55,4%), синдромом сирингомиелии (31,5%) и дизэнцефальным синдромом (40,6%). Болевой синдром являлся у части больных следствием внутричерепной гипертензии, а у большинства пациентов (68,6%) возникал в результате компрессионного воздействия на корешки черепных и верхнешейных нервов. Больные основной группы оперированы по единой методике, включавшей резекционную трепанацию задней черепной ямки, рассечение рубцов и спаек в зоне операции, субпиалярную резекцию миндалин мозжечка в объеме 2/3 и пластику дефекта твердой мозговой оболочки фрагментом затылочного апоневроза для реконструкции большой затылочной цистерны.

**Результаты и их обсуждение.** Положительные результаты лечения достигнуты у всех оперированных больных ( $p < 0,01$ ). После операции отмечен регресс проявлений внутричерепной гипертензии, уменьшение бульбарно-пирамидного (59,2%), мозжечкового (64,5%), корешкового синдромов (63,7%), проявлений сирингомиелии (74,5%), вертебрально-базиллярной недостаточности (38,6%) и дизэнцефального синдрома (34,9%). В контрольной группе показатели динамики основных синдромов были значительно хуже. В отдаленном периоде средний балл по шкале клиничко-неврологической симптоматики уменьшился в основной группе до  $38,1 \pm 3,6$  баллов. В группе консервативной терапии положительной динамики не отмечалось, напротив, этот показатель увеличился до  $82,3 \pm 4,7$  баллов. Индекс Карновского в основной группе увеличился в послеоперационном периоде с  $58,7 \pm 2,7$  баллов до  $88,4 \pm 2,1$  баллов. В контрольной группе индекс не изменился. Трудовая адаптация в основной группе также имела положительную динамику в отличие от контрольной группы.

**Выводы.** Хирургическое лечение аномалии Киари I типа с применением данной методики оперативного вмешательства позволяет устранить основные патогенетические аспекты аномалии и достичь значительного уменьшения ее неврологических проявлений и улучшения качества жизни больных.

## Хирургическое лечение экстремедуллярных опухолей спинного мозга вентральной и вентролатеральной локализации

Муравський А.В., Сльнсько Е.І., Аль-Кашжиш Іяд Ісхак,

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова  
АМН Украины,  
Киев  
Украина  
80509409600  
iyad@mail.ru

**Цель:** Разработать нейродиагностический комплекс для вентральных и вентролатеральных опухолей спинного мозга, изучить топографо-микрoанатомические особенности локализации вентральных и вентролатеральных опухолей на разных уровнях спинного мозга и на этой основе определить показания для применения хирургических доступов, разработать новые хирургические методы радикальной резекции опухолей с минимальной травматизацией спинного мозга, изучить результаты оперативного лечения.

**Материалы и методы:** В первом спинальном отделении института нейрохирургии им. акад. Ромоданова на протяжении 2005–2008г. было оперировано 90 больных с экстремедуллярными опухолями спинного мозга. Возраст больных варьировал в пределах от 19 до 75 лет. Средний возраст больных с менигиомами составил – 55 лет, с невриномами – 45 лет. Внеозгочные спинальные опухоли по уровню локализации мы классифицировали следующим образом: 1) верхнешейной (C0–C3); нижнешейной (C4–C7); 3) верхнегрудной (Th1–Th5); 4) нижнегрудной (Th6–Th10); 4) груднопоясничной (Th11–L1). Согласно этой классификации, нами изучены вентральные и вентролатеральные опухоли на уровне: (C1–C3) – 26, из них 11 – менигиом и 15 – неврином; (C4– C7) – 10, из них 5 – менигиом и 5 – неврином; (Th1–Th5) – 25, из них 18 – менигиом и 7 – неврином; (Th6–Th10) – 14, из них 7 – менигиом и 7 – неврином; (T11–L2) – 15, из них 6 менигиом, 9 неврином. Из всех изученных опухолей менигиомы составляли – 60%, а невриномы – 40%. Было установлено, что у 69 (76,6%) больных опухоли располагались вентролатерально и у 21 (23,4%) больных – вентрально. Диагностика локализации и расположения опухолей спинного мозга проводилась с помощью МРТ, КТ, МРТ с в/в усилением. Доступ выбирался исходя из нейровизуализирующих данных о локализации опухоли. Использованы различные оперативные доступы: задний доступ выполнен у 5 больных, заднебоковой доступ – 58 больных, передний доступ – 4 больных, переднебоковой доступ – 6 больных, Far lateral доступ – 13, Extremal lateral доступ – 4 больных. Преимущество отдавалось доступам, которые позволяли визуализировать опухоль под прямым углом, с минимальной тракцией мозга или его корешков.

**Результаты:** Опухоли были удалены тотально во всех наблюдениях. Результаты хирургического лечения были лучше в случае следующих факторов: ранние сроки установления диагноза, молодой возраст больных, незначительная степень компрессии спинного мозга, адекватней выбор хирургического доступа, тотальное удаление опухоли, использование микрохирургической техники.

**Выводы:** Заднебоковой доступ с гемиламинэктомией является наиболее оптимальным при вентролатеральных опухолях. Передний боковой доступ является перспективным, новым методом, позволяющим минимизировать хирургическую травматизацию спинного мозга при удалении опухолей вентральной локализации, и повысить результаты лечения таких больных.