ISSN 2071-2693

Российский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова - филиал СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова
Санкт-Петербургская Ассоциация нейрохирургов им. проф. И.С. Бабчина
Общественная организация «Человек и его здоровье»

# РОССИЙСКИЙ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
## имени профессора А.Л. Поленова

## RUSSIAN NEUROSURGICAL JOURNAL
## named after Professor A.L. Polenov

## Том IX
## 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 – проф., д.м.н. Берснев В.П.
Заместители главного редактора: проф., д.м.н. Иванова Н.Е., проф., д.м.н. Кондаков Е.Н.
Ответственный секретарь – д.м.н. Иванов А.Ю.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

д.м.н. Гуляев Д.А.
проф., д.м.н. Давыдов Е.А.
проф., д.м.н. Кондратьев А.Н.
проф., д.м.н. Мацко Д.Е.
проф., д.м.н. Олюшин В.Е.
к.м.н. Свистов Д.В.
д.м.н. Улитин А.Ю.
проф., д.м.н. Хачатрян В.А.
проф., д.м.н. Шулев Ю.А.
проф., д.м.н. Яковенко И.В.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

проф., д.м.н. Балязин В.А. (Ростов-на-Дону)
д.м.н. Буров С.А. (Москва)
акад. РАН, д.м.н. Гайдар Б.В. (Санкт-Петербург)
д.м.н., проф. Гармашов Ю.А. (Санкт-Петербург)
к.м.н. Гринев И.П. (Красноярск)
проф., д.м.н. Громов С.А. (Санкт-Петербург)
д.м.н. Гуща А.О. (Москва)
проф., д.м.н. Данилов В.И. (Казань)
проф., д.м.н. Дралюк М.Г. (Красноярск)
проф., д.м.н. Древаль О.Н. (Москва)
проф., д.м.н. Зозуля Ю.А. (Украина)
проф., д.м.н. Иова А.С. (Санкт-Петербург)
чл.-корр. РАН, д.м.н. Кривошапкин А.Л. (Новосибирск)
проф., д.м.н. Колесов В.Н. (Саратов)
проф., д.м.н. Лихтерман Л.Б. (Москва)
проф., д.м.н. Луцик А.А. (Новокузнецк)
проф., д.м.н. Медведев Ю.А. (Санкт-Петербург)
проф., д.м.н. Метелкина Л.П. (Москва)
проф., д.м.н. Можаев С.В. (Санкт-Петербург)
проф., д.м.н. Музлаев Г.Г. (Краснодар)
чл.-корр. РАН, д.м.н. Одинак М.М. (Санкт-Петербург)
Островский А.В. (Санкт-Петербург)
проф., д.м.н. Парфенов В.Е. (Санкт-Петербург)
проф., д.м.н. Петриков С.С. (Москва)
проф., д.м.н. Петрищев Н.Н. (Санкт-Петербург)
проф., д.м.н. Саввина И.А. (Санкт-Петербург)
проф., д.м.н. Сафин Ш.М. (Уфа)
проф., д.м.н. Ступак В.В. (Новосибирск)
проф., д.м.н. Суфианов А.А. (Иркутск)
проф., д.м.н. Трофимова Т.Н. (Санкт-Петербург)
проф., д.м.н. Фраерман А.П. (Н.Новгород)
акад. РАН, д.м.н. Хилько В.А. (Санкт-Петербург)
проф., д.м.н. Черекаев В.А. (Москва)
проф., д.м.н. Шагинян Г.Г. (Москва)
чл.-корр. РАН, д.м.н. Щербук Ю.А. (Санкт-Петербург)
проф. Takeshi Kawase (Япония)
проф. Kintomo Takakura (Япония)
проф. Tomokatsu Hori (Япония)

© РНХИ им. проф. А.Л. Поленова (филиал СЗФМИЦ), составление, 2017
© Издательство «Человек и его здоровье», оформление, 2017
© Коллектив авторов, 2017

Министерство здравоохранения Российской Федерации

РНХИ им. проф. А.Л. Поленова —
филиал ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Ассоциация нейрохирургов Санкт-Петербурга

Ассоциации нейрохирургов России

ФГАУ «ННПЦН им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова» Минобороны России

ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский университет
им. И.И. Мечникова» МЗ РФ

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе»

Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой
Российской академии наук

ФГБУ «СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

XVI ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

# ПОЛЕНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

## СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

19 - 21 апреля 2017
Санкт-Петербург

Санкт-Петербург
2017

первичной опухоли, количества внутримозговых метастазов и сроках безрецидивного периода.

**Выводы.** Факторами, влияющими на общую выживаемость являются особенности гистологии первичного очага, множественность метастатического поражения, RPA класс и синхронный характер метастазирования. Медиана общей выживаемости больных, не получавших после хирургического лечения иного вида терапии, составила всего 4 месяца. При использовании комбинированного лечения (хирургическое лечение с облучением всего головного мозга) медиана выживаемости составляла 9-10,5 месяцев (в зависимости от метода облучения). При применении лекарственного лечения медиана общей выживаемости составила 11 месяцев. При комплексном лечении показатели выживаемости были наиболее высокими – 12 месяцев.

## УЧЕТ «СЛАБОГО МЕДИАТОРНОГО ЗВЕНА» В ФАРМАКОТЕРАПИИ БЕССОЗНАТЕЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

**Зайцев О.С.[1], Царенко С.В.[2], Александрова Е.В.[1], Челяпина М.В.[3], Окнина Л.Б.[3]**
[1]ННПЦН им. акад. Н.Н. Бурденко,
[2]Лечебно-реабилитационный центр,
[3]Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии,
Москва

Принцип учета «слабого» медиаторного звена является одним из наиболее специфичных и перспективных для изучения и внедрения в практику терапии посткоматозных состояний. Однако, современный уровень развития нейронаук не может обеспечить точное и своевременное определение недостатка и избытка нейромедиаторов в различных участках головного мозга.

Несмотря на значительный прогресс различных методов исследования (нейровизуализационных, биохимических и нейрофизиологических), с большим трудом преодолеваются клинические сомнения и сложности, возникающие при практическом использовании представлений о зависимости клинической картины от того или иного нарушения медиаторного обмена и о соответствующих специфических возможностях его коррекции.

Таким образом, в настоящее время основным способом индивидуализации терапии посткоматозных состояний является клинический анализ неврологической и психопатологической симптоматики, только после осуществления которого, может быть принято во внимание соображение о «слабом медиаторном звене».

В современной практике лечения бессознательных состояний с целью коррекции нейромедиаторных дисфункций в первую очередь необходимо иметь в виду следующие препараты:

1. в случаях холинергической недостаточности – ипидакрин (нейромидин) и цитиколин (рекогнан, цераксон);
2. при глутаматергической избыточности – амантадина сульфат (ПК-Мерц);
3. при глутаматергической недостаточности – глутаминовая кислота, возможно янтарная кислота (когитум) и деанола ацетоглумат (нооклерин).
4. при ГАМК-ергической недостаточности – аминофенилмасляная кислота (фенибут, ноофен), D,L-Гопантеновая кислота (пантогам актив).
5. при дофаминергической недостаточности – леводопа, в сочетании с карбидопой (наком) или бенсеразидом (мадопар).

## ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ С НАРУШЕНИЕМ ИМПРЕССИВНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ

**Зайцева Л.З.**
ЦПРиН,
Москва

**Введение.** Учение о локализации ВПФ в головном мозге, основанное на исследованиях ведущих ученых отечественной науки (А.Р. Лурия, П.К. Анохин, Л.В. Выготский и др.) указывает на то, что какой-либо фактор соотносится с определенным участком мозга, вместе с тем, локализация какого-либо симптома нарушения психической функции не тождественна локализации самой функции.

**Цель исследования.** Необходимость дифференцированного подхода в подборе методов и приемов восстановительного обучения при грубом нарушении импрессивной стороны речи.

**Материалы и методы.** Было проанализировано 12 историй болезни пациентов, перенесших инсульт и проходивших курс нейрореабилитации в ЦПРиН. В качестве основного или сопутствующего речевого дефекта у пациентов отмечались общие симптомы «височной афазии» (сенсорной или акустико-местнической) с полностью или частично потерянной возможностью понимать смысл услышанного слова или фразы, «отчуждением смысла слова». Различие центральных механизмов (нейропсихологических факторов), лежащих в основе грубого нарушения понимания речи (нарушение акустического анализа и синтеза, оперативной слуховой памяти, зрительных представлений и др.), требовало четких критериев подбора методов, воздействующих на восстановление нарушенных функций.

**Результаты.** Начальный этап занял 7-9 занятий. Использование надлежащих методов позволило пациентам понять и правильно повторить слово, которое ранее произносили с грубыми ошибками, исчез феномен «отчуждение смысла слова», была создана основа для дальнейшей работы над пониманием фраз и восстановлением лексики.

**Выводы.** 1. Несмотря на схожесть симптомов, которые мы наблюдаем при грубых и среднегрубых «височных» формах афазии, имеется принципиальное различие в механизмах, лежащих в их основе.

2. Центральные задачи восстановительного обучения, методы и приемы работы на начальной стадии коренным образом отличаются и основываются на понимании структуры дефекта.

3. Нейропсихологический синдром, возникающий при нарушении определенного нейропсихологического фактора, проявляется как совокупность первичных, и связанных с ними вторичных симптомов.

4. При дифференцированном подходе к выбору методик в процессе нейрореабилитации удается добиться положительных результатов при грубых нарушениях понимания речи.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ СТЕНОЗОВ ПОЗВОНОЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

**Закревский Ю.Н.[1], Перетечиков А.В.[2], Завьялов Д.М.[2], Волков А.С.[2]**
[1]Медицинская служба объединенного стратегического командования Северный флот,
[2]1469 Военно-морской клинический госпиталь Минобороны России,
г. Североморск

Проанализированы результаты оперативного и восстановительного лечения осложненных дегенеративных стенозов поясничного отдела позвоночника с неврологическими нарушениями различной степени выраженности на фоне сопутствующих соматических заболеваний у 22 больных старших возрастных групп – пенсионеров минобороны РФ, проживающих в Мурманской области.

**Результаты исследования.** Из 22 больных 11 (50,0%) находились в возрасте 60-65 лет, 6 (27,3%), в возрасте 66-70 лет, 3 (13,6%) – в возрасте 71-75 лет, 2 (9,1%) – 76-80 лет. Степень выраженности неврологических двигательных нарушений градировалась как периферический легкий парапарез 13 (59,1%), периферический умеренный монопарез 5 (22,7%), двухсторонний умеренный парапарез 3 (13,6%), глубокий монопарез 1 (4,5%). Нарушения функции тазовых органов в виде острой задержки мочеиспускания зафиксировано у 2 (9,1%) больных, императивных позывов – у 3 (13,6%). Максимально выраженные дегенеративно-стенотические изменения выявлены на уровне двигательных сегментов Th12-L1 у 1 (4,5%) больного, L1-L2 у 3 (13,6%), L1-L2-L3 у 2 (9,1%), L2-L3-L4 у 6 (27,3%), L3-L4-L5 у 8 (36,4%), L4-L5-S1 у 2 (9,1%) позвонков. По данным МСКТ стенозирование позвоночного канала достигало 3-4 мм у 2 (9,1%) пожилых пациентов, 5-6 мм у 4 (18,2%), 7-8мм у 7 (31,8%), 9-11 мм у 9 (40,9%) больных старших возрастных групп. Максимальный деге-