

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

АССОЦИАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГОВ РОССИИ

РНХИ ИМ. ПРОФ. А.Л. ПОЛЕНОВА (ФИЛИАЛ СЗФМИЦ)

ВМедА ИМ. С.М. КИРОВА

СЗГМУ ИМ. И.И. МЕЧНИКОВА

ОО «ЧЕЛОВЕК И ЕГО ЗДОРОВЬЕ»

*При участии*

ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИХ ОБЩЕСТВ (EANS)

XIV ВСЕРОССИЙСКАЯ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

# ПОЛЕНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

## СБОРНИК ТЕЗИСОВ

15 - 17 апреля 2015  
Санкт-Петербург



**invamed**  
INNOVATIVE MEDICAL TECHNOLOGIES russia

---

Санкт-Петербург  
2015

Особенности пластики открытых СМГ у НН предполагают необходимость закрытия обширного дефекта задней стенки позвоночного канала в условиях глубокой гипотрофии мягких тканей с деформацией анатомических структур, дефектом кожи и ликвореей.

**Результаты и их обсуждение.** Метод пластики открытых СМГ включает щадящее выделение медуллярной пластинки по арахноидальной складке, ревизию содержимого грыжевого мешка, устранение синдрома «фиксированного» спинного мозга с нормализацией угла выхода спинномозговых нервов, формирование кожно-фасциального лоскута.

Производится погружение сохраненных нейральных структур грыжевого мешка с нейруляцией медуллярной пластинки и реконструкцией задней стенки позвоночного канала. Формируется складка сохраненной мягкой-арахноидальной оболочки в боковых карманах позвоночного канала для циркуляции и всасывания ликвора с сохранением сети питающих спинной мозг сосудов мягкой оболочки. Сформированный кожно-фасциальный лоскут используется для укрытия – герметизация грыжевых ворот и позвоночного канала, обеспечивая надежную пластику и профилактику ликвореи.

**Вывод.** Этот метод позволяет осуществить пластику открытых СМГ у НН любой формы и размеров с реконструкцией задней стенки позвоночного канала, минимальным риском кровотечения и надежной герметизацией в условиях гипотрофии мягких тканей, сократить время хирургического вмешательства и анестезии.

### ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БИОДЕГРАДИРУЕМЫХ МАТЕРИАЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С КРАНИОСИНОСТОЗАМИ

**Иванов В.П., Ким А.В., Хачатрян В.А.**

РНХИ им. проф. А.Л. Поленова (филиал СЗФМИЦ),  
Санкт-Петербург

В настоящее время применение биodeградируемых материалов получило широкое распространение в пластической и реконструктивной хирургии, в том числе, при реконструкции краниосиностозов. Безусловным преимуществом при этом, по сравнению с применением титановых имплантов, является отсутствие необходимости повторного оперативного вмешательства по удалению микропластин. Однако стоит отметить, что биodeградируемые материалы обладают значительно меньшей пластичностью и большей толщиной, что имеет свои недостатки, особенно если речь идет о реконструкции верхней и средней зоны лица у детей.

**Материалы и методы.** На базе РНХИ им. А. Л. Поленова в 2014 году выполнено 10 оперативных вмешательств с применением биodeградируемых материалов. 8 из них являлись реконструктивными вмешательствами у детей с несиндромальными сагиттальными краниосиностозами (скафоцефалия – 5, тригоноцефалия – 2, плагियोцефалия – 1). В 2 случаях проводилась краниофасциальная реконструкция у детей с последствиями черепно-мозговой травмы. В 2 случаях у детей с метопическим краниосиностозом пластины установлены со стороны внутренней поверхности кости. Это позволило избежать контурирования пластического материала через кожу, предотвращая трофические изменения над ним.

**Результаты.** Во всех случаях достигнута удовлетворительная фиксация ремоделированных костных фрагментов в раннем и позднем послеоперационном периодах (6 больных обследованы контрольно через 6-9 мес. после операции). В послеоперационном периоде инфекционных осложнений, местных трофических изменений кожи не отмечено.

**Выводы.** Биodeградируемые материалы являются предпочтительным материалом при реконструктивных вмешательствах у детей с краниосиностозами, так как позволяют избежать повторных оперативных вмешательств по удалению микропластин, в то же время, обеспечивают надежную фиксацию костных фрагментов. Однако стоит учитывать ряд факторов, такие как толщина мягких тканей над областью фиксации, послеоперационное положение больного, необходимость ношения ортезов. Так же отдельного обсуждения требует возможность влияния продуктов деградации резорбируемых материалов на местный гемостаз в зоне оперативного вмешательства.

### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА И ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТОВ У ДЕТЕЙ

**Иванова Г.П., Скрипченко Н.В., Железникова Г.Ф.,**

**Скрипченко Е.Ю., Суровцева А.В.**

НИИДИ,

СПбГПМУ,

СПб Центр рассеянного склероза,

Санкт-Петербург

Рассеянный склероз (РС) и диссеминированные энцефаломиелиты (ДЭМ) являются часто трудно дифференцируемыми формами воспалительных демиелинизирующих заболеваний у детей, имеющих различное течение и исходы.

**Цель работы.** Установить клинико-лабораторные дифференциально-диагностические особенности РС и ДЭМ у детей.

**Материалы и методы.** Обследовано 314 детей с ДЭМ и 51 с РС в остром периоде и в анамнезе в течение 1-10 лет. Диагностика включала ИФА, ПЦР, иммуноцитохимию с исследованием ЦСЖ, крови и лимфоцитарной взвеси на герпесвирусы 1-6 типов, tick born encephalitis virus (TBEV), B. burgdorferi s.l. (B.b.), Parvovirus B19, Enterovirus (EV), Rubella virus, Chlamydia spp, Mycoplasma spp. Исследовалась ЦСЖ и кровь методом изoeлектрофокусирования, в ЦСЖ определялся основной белок миелина (ОБМ), в сыворотке крови – антитела и индекс сенсibilизации лимфоцитов к ОБМ, содержание половых гормонов. МРТ головного и /или спинного мозга проводилось на аппарате 1,5-3,0 Тесла.

**Результаты и обсуждения.** Возраст детей с ДЭМ составил от 1 года до 17 лет, а в 72% был старше 7 лет, а при РС – от 9 до 17 лет, а в 91% – от 13 до 17 лет. В 56% наблюдалось острое течение ДЭМ с развитием одного клинического эпизода, у 20% – затяжное с 1-2 обострениями в течение первых 3 месяцев, а в 24% – хроническое течение. Клиническая картина при ДЭМ в 18% случаев сопровождалась развитием отека головного мозга при локализации очагов в кортикально-субкортикальных отделах и таламусах. В 76-45% – мозжечковыми, пирамидными и чувствительными нарушениями, в 39% – нарушением функции краниальных нервов. Для РС были характерно развитие ретробульбарного неврита в 68% случаев и отсутствие нарушенной сознания. Среди этиологических агентов ДЭМ вирусы составили в 86%, а бактериальные 14%. При остром течении ДЭМ с клиникой поражения серого вещества выявлялись вирусы TBEV, EV, HHV-1. При поражении белого – герпесвирусы VVZ, EBV, HHV-6 и B.b. У детей с РС микст-герпесвирусная инфекция вирус Эпштейна-Барр и герпес 6 типа (EBV+HHV-6) в ЦСЖ в ремиссию составила 10-15%, а при обострении достигала 60-65%. Картина МРТ у детей с ДЭМ определялась характером течения болезни, но в 65% количество очагов не превышало 5. Для детей с РС количество очагов в 89% случаев было более 10. У 76 -63% детей с ДЭМ в ЦСЖ определялся поликлональный тип иммунного ответа в 85%, а у детей с РС – олигоклональные полосы в ликворе и поликлональный ответ в крови в 94%. У детей с острым течением ДЭМ повышался альбуминовый индекс ~2,4 раза по сравнению с нормой, а при РС отмечалось увеличение индекса интраклеточного синтеза IgG максимумом до 9,6-10,7, достоверно выше, чем в при хроническом течении ДЭМ (5,5± 0,8, p<0,001). Минимальное повышение ОБМ в ЦСЖ наблюдалось у пациентов с острым течением ДЭМ. При РС отмечалось как повышение ОБМ, так и индексов гуморальной и клеточной сенсibilизации к ОБМ в 2-3 раза по сравнению с нормой. Выявлено нарушение возрастных параметров содержания половых гормонов в крови при ДЭМ в 15-24% случаев, а у детей с РС в 73%. Определены достоверные различия по содержанию прогестерона в крови у лиц обоего пола при РС и ДЭМ (p<0,001). Исходом ДЭМ при остром и затяжном течении было выздоровление с дефицитом или без него, а при хроническом: в 50% - положительная динамика, а в 44% – обострения с трансформацией в РС. Больные с РС в 77% случаев имели рецидивирующе-ремиттирующий вариант течения болезни.

Таким образом, для РС, в отличие от ДЭМ, характерно развитие заболевания у детей в возрасте от 13 до 17 лет в 91%, наличие ретробульбарного неврита и отсутствие симптомов поражения корково-подкорковых структур, многоочаговость поражения белого вещества ЦНС на МРТ, повышение индекса интраклеточного синтеза IgG до 9,7-10 и увеличение уровня ОБМ (более 9 нг/мл) в ЦСЖ, нарастание в динамике показателей гуморального и клеточного аутоиммун-