

Таким образом, множественные элементы СК у пациентки в нашем клиническом наблюдении можно расценивать двояко – как синдром Лезера-Трелата или как следствие гиперинсулинемии. Интересен и факт расположения большинства кератом – внутри очагов хронической семейной пузырьчатки Хейли-Хейли, что подтверждено морфологическим исследованием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Aleksandrova A.K., Smolynnikova V.A. Insulin resistance and seborrheic keratosis // Journal of Dermatology and Venereology. – 2015. – Vol. 5. – P. 25–28.
2. Bianchi L., Chimenti M.S., Giunta A. Treatment of Hailey-Hailey disease with topical calcitriol // J Am Acad Dermatol. – 2004. – № 51. – P. 475.
3. Chao S.C., Tsai Y.M., Yang M.H. Mutation analysis of ATP2C1 gene in Taiwanese patients with Hailey-Hailey disease // Br J Dermatol. – 2002. – № 146. – P. 595.

4. Cialfi S. et al. Complex multipathways alterations and oxidative stress are associated with Hailey-Hailey disease. // Br J Dermatol. – 2010. – № 162. – P. 518.

5. Ellis D.L., Kafka S.P., Chow J.C. Melanoma, growth factors, acanthosis nigricans, the sign of Leser-Trelat, and multiple acrochordons. A possible role for alpha-transforming growth factor in cutaneous paraneoplastic syndromes // N Engl J Med. – 1987. – № 317(25). – P. 1582–1587.

6. Heaphy MR Jr., Millns J.L., Schroeter A.L. The sign of Leser-Trelat in a case of adenocarcinoma of the lung. // J Am Acad Dermatol. – 2000. – № 43. – P. 386–390.

7. Ponti G., Luppi G., Losi L., Giannetti A., Seidenari S. Leser-Trélat syndrome in patients affected by six multiple metachronous primitive cancers // J Hematology Oncol. – 2010. – № 11 (3). – P. 32.

8. Saraiya A., Al-Shoha A., Brodell R.T. Hyperinsulinemia associated with acanthosis nigricans, finger pebbles, acrochordons, and the sign of Leser-Trélat // Endocr Pract. – 2013. – № 19(3). P. 522–5.

9. Wolff K., Goldsmith L.A., Katz S.I. et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine // McGraw-Hill Seventh edition. – 2012. – Chapter 49. – P. 471–482.

Поступила 09.06.2016

**Г.Г. МУЗЛАЕВ¹, Г.А. ГЕРАСИМЕНКО¹, Н.В. ЗАБОЛОТСКИХ¹,
В.В. ЛИТВИНОВА¹, Л.В. ШАГАЛ¹, И.С. БЛУМЕНАУ², М.К. ХАТХЕ²**

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ МЕНИНГИОМЫ

¹Кафедра нервных болезней и нейрохирургии с курсом нервных болезней и нейрохирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. +7 (861) 252-85-82

²ГБУЗ «НИИ-ККБ № 1 имени профессора С.В. Очаповского» МЗ КК,

Россия, 350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167. Тел. +7 (960) 48-66-099

Приведён случай рецидивирующей парасагитальной менингиомы у мужчины 61 года. Заболевание клинически проявилось генерализованным судорожным припадком и левосторонним гемипарезом. Гистологическое исследование выявило менинготелиоматозную менингиому (G1). Однако в течение следующих двух лет опухоль дважды рецидивировала. После третьей операции выявлена атипичная менингиома (G2).

Ключевые слова: рецидивирующая опухоль головного мозга, атипичная менингиома.

**G.G. MUZLAEV¹, G.A. GERASIMENKO¹, N.V. ZABOLOTSKYKH¹, V.V. LITVINOVA¹,
L.V. SHAGAL¹, I.S. BLUMENAU², M.K. KHATKHE²**

A RECURRENT MENINGIOMA: CASE REPORT

¹Department of neurology and neurosurgery with a course of neurology and neurosurgery FPC and PPS
FGBOU VO Kuban State Medical University,

Sedina str., 4, 350063, Krasnodar, Russia. Tel. +7 (861) 252-85-82,

E-mail: shagallv@mail.ru

²GBUZ Scientific Research Institute – Krasnodar regional hospital № 1

named after Professor S.V. Ochapovsky,

1st May str., 167, 350086, Krasnodar, Russia

We report a case of recurrent parasagittal meningioma in a 61-year-old man. The disease was clinically manifested with general seizure and left hemiparesis. The result of the morphology was G1 meningioma. However, there were 2 recurrent tumors in the next 2 years. After the third surgery, the morphology shows atypical (G2) meningioma.

Key words: recurrent brain tumor, atypical meningioma.

Представлен клинический случай течения и нейрохирургического лечения менинготелиоматозной менингиомы правой лобной доли парасагиттальной локализации (G1) с последующим перерождением в атипичную менингиому (G2), верифицированную после третьего оперативного вмешательства с помощью компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), церебральной ангиографии и гистоморфологических исследований.

По многочисленным литературным данным на менингиомы приходится около 20 % первичных интракраниальных опухолей (1, 4, 5, 7). Менингиомы рассматриваются как группа доброкачественных опухолей, но гистологическая структура этих опухолей широка и трудно предсказуема (2). Многие опухоли отличаются медленным ростом и являются хирургически излечимыми (G1). Однако существуют атипичные и анапластические менингиомы (G2-G3), которые являются агрессивными и дают частые рецидивы (1, 8). Несмотря на заметные успехи в хирургическом лечении менингиом, по-прежнему сохраняется проблема продолженного роста и рецидива (6, 9), что имело место в предлагаемом клиническом случае.

Пациент П., 61 года, считает себя больным с января 2013 года, когда впервые появились стойкие головные боли в утренние часы, резко снизилась трудоспособность, нарушилась память на ближайшие события, стал эмоционально лабильным. На МРТ головного мозга от 20.05.2013 выявлено объемное образование передней трети фалькса справа размерами 50x40x30 мм (рис. 1). Направлен на госпитализацию в нейрохирургическое отделение № 1 ГБУЗ НИИ-ККБ № 1 им. проф. С.В. Очаповского 26.05.2013.

При поступлении предъявлял вышеизложенные жалобы. В неврологическом статусе: в сознании, контактен, критика к своему состоянию снижена. Когнитивные функции снижены. Обоняние не нарушено. Зрачки S=D, фотореакции сохранены. Движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично, глотание и речь сохранены. Язык по средней линии. Менингеальных знаков нет. Мышечная сила и тонус в норме. Глубокие рефлексы с асимметрией S>D. Патологических рефлексов нет. Чувствительные нарушения не выявлены. В позе Ромберга устойчив. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно.

Учитывая анамнез, наличие общемозговых симптомов, данные МРТ от 20.05.2013 был установлен диагноз «парасагиттальное объемное образование правой лобной доли». Произведена костно-пластическая трепанация в правой лобной области, тотальное удаление опухоли по Симпсону I ст. Пластика твердой мозговой оболочки. Патогистологическое заключение от 28.05.2013: менингиома (менинготелиоматозный вариант G1).

В послеоперационном периоде выявлен лёгкий левосторонний центральный гемипарез, более выраженный в руке. 28.05.2013 выполнена контрольная КТ головного мозга с выявлением отёка, внутримозговой гематомы правой лобно-височно-теменно-подкорковой области, дислокации срединных структур (рис. 2). Произведена ревизия послеоперационной раны, удаление внутримозговой гематомы, после чего полностью регрессировали общемозговые и очаговые неврологические симптомы, и 08.06.2013 пациент выписан на амбулаторное лечение по месту жительства.

Ухудшение состояния через год, когда

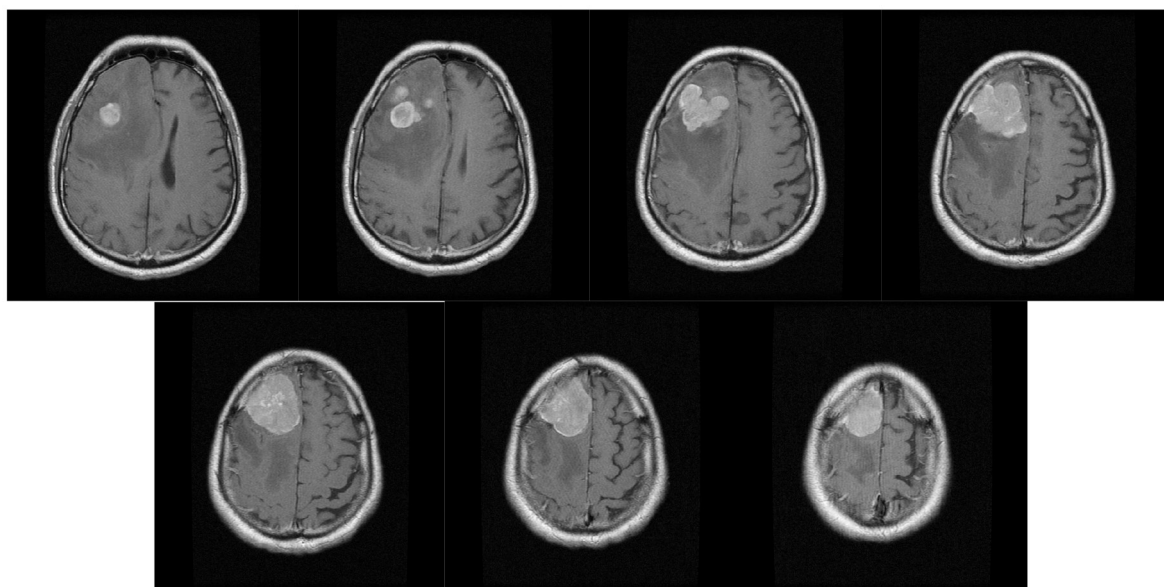


Рис. 1. МРТ с внутривенным контрастированием от 20.05.2013.

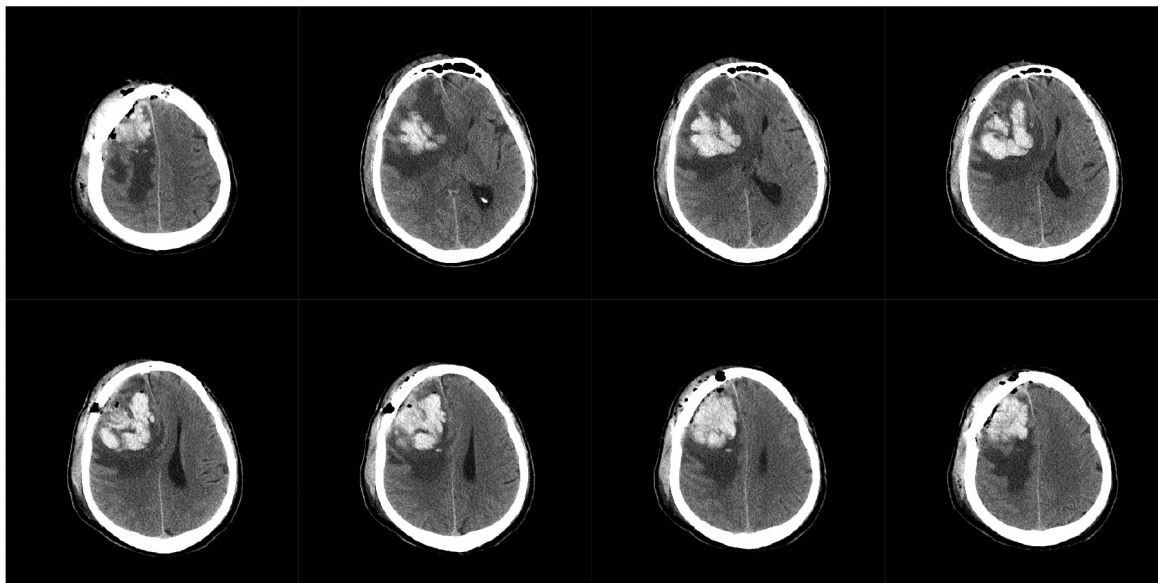


Рис. 2. КТ головного мозга от 28.05.2013.

08.07.2014 развилась слабость в левых конечностях, генерализованный тонико-клонический припадок. Пациент был экстренно доставлен в НИИ-ККБ № 1 им. проф. СВ. Очаповского, произведена КТ головного мозга, выявившая парасагитальное образование правой лобной доли 39x52x69 мм (рис. 3). Состояние расценено как продолженный рост менингиомы правой лобной доли с отёком головного мозга и дислокационным синдромом. В неврологическом статусе: в

влево. Левосторонний умеренный центральный гемипарез, более выраженный в ноге. Глубокие рефлексы с асимметрией $S > D$. Патологических рефлексов нет. Чувствительные нарушения не выявлены. В позе Ромберга неустойчив. Координационные пробы выполняет с интенцией слева.

Учитывая развившийся эпилептический припадок, левосторонний умеренный центральный гемипарез, данные КТ от 08.07.2014, суперселективную ангиографию БЦА от 08.07.2014, выявившую

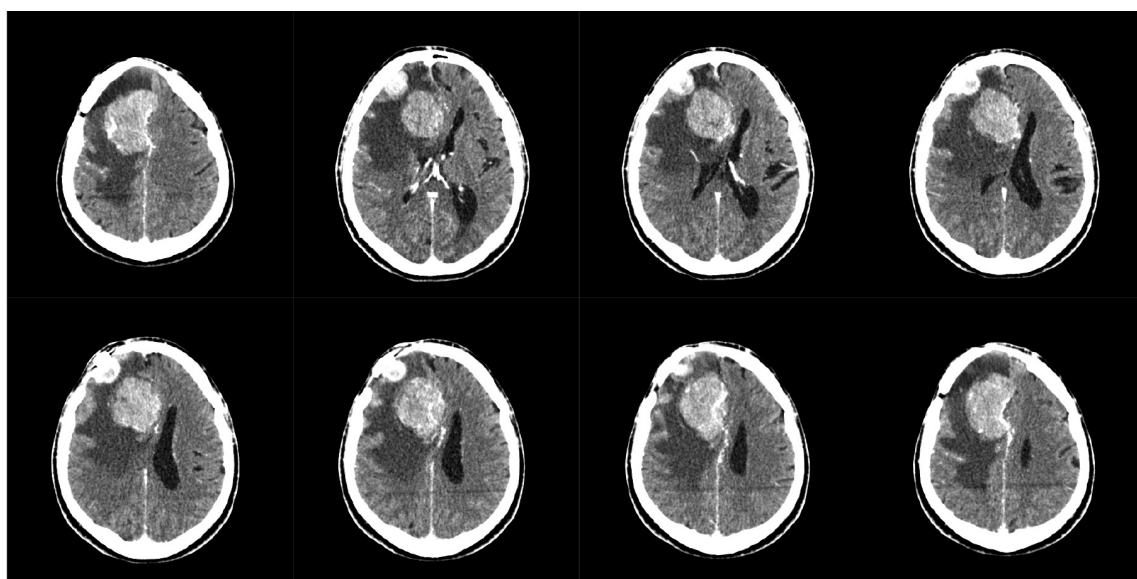


Рис. 3. КТ головного мозга с контрастированием от 08.07.2014.

сознании, контактен. Во времени, пространстве и собственной личности ориентирован. Обоняние не нарушено. Зрачки $S=D$, фотореакции живые. Движения глазных яблок в полном объеме, нистагма нет. Сглажена левая носогубная складка. Глотание, фонация не нарушены. Девиация языка

отсутствие собственной сосудистой сети в объемном образовании, дислокацию передней мозговой артерии, отсутствие визуализации верхнего сагиттального синуса, пациенту поставлен клинический диагноз «менинготелиоматозная менингиома правой лобной доли, продолженный рост».

09.07.2014 произведена операция: КПТ в правой лобной области, тотальное удаление опухоли по Симпсон I. Пластика твёрдой мозговой оболочки аутоканями. На контрольной КТ головного мозга подтверждено полное удаление опухоли (рис. 4).

Патогистологическое заключение от 11.07.2014:

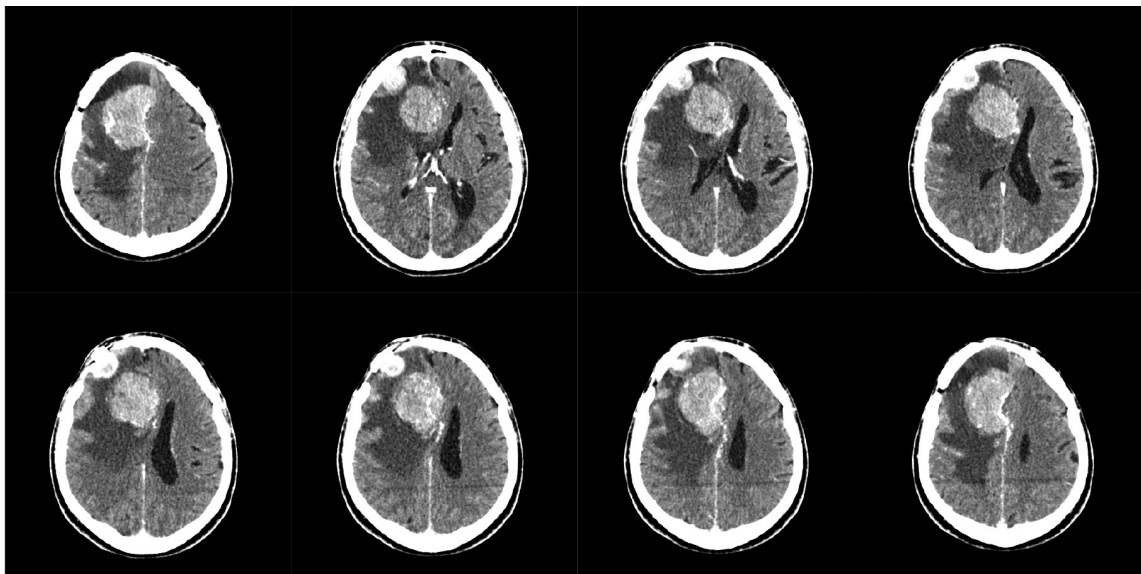


Рис. 4. КТ головного мозга от 10.07.2014.

менинготелиоматозная менингиома, частично прорастающая твёрдую мозговую оболочку.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Регрессировали общемозговые и очаговые симптомы, припадки не наблюдались. Заживление первичным натяжением. Выписан под наблюдение невролога.

Со слов пациента, вновь наступило ухудшение состояния в мае 2015 г., когда появились стойкие головные боли, чаще по утрам, медленно развивалась слабость в левых конечностях. 30.06.2015 произошёл генерализованный тонико-клонический припадок. Бригадой скорой медицинской помощи доставлен в приёмное отделение НИИ-ККБ № 1 им. проф. С.В. Очаповского. С 30.06.2015 по 10.07.2015 проводилось лечение в неврологическом отделении № 1, где была проведена симптоматическая терапия.

На КТ головного мозга от 16.07.2015 выявлено: состояние после повторных КПТ в лобно-теменной области справа, удаления опухоли передней трети фалькса, пластики ТМО. Картина объёмного образования правой лобной области размерами до 24x20 мм.

В неврологическом статусе: в сознании, контактен. Зрачки S=D, фотореакции живые. Движе-

ния глазных яблок в полном объёме, нистагма нет. Сглажена левая носогубная складка. Глотание, фонация не нарушены. Девиация языка влево. Снижение мышечной силы в левой руке до 4 баллов, в ноге до 1 балла. Глубокие рефлексy S>D, симптом Бабинского слева. Чувствительных нару-

шений нет. Пальценосовую пробу слева выполняет с интенцией.

17.07.2015 пациент переведён в нейрохирургическое отделение № 1, проведена операция: КПТ в правой лобной области, удаление опухоли, пластика ТМО аутоканями. ПГИ от 20.07.2015 множественная менингиома, отдельные узлы – атипичная менингиома (G2).

Пациент находился в НХО № 1 с 16.07.2015 по 28.07.2015. Заживление раны вторичным натяжением, левосторонний гемипарез регрессировал полностью, после чего пациент был направлен в краевой онкодиспансер для проведения лучевой и химиотерапии.

Обсуждение

В приведённом случае имела место менинготелиоматозная менингиома (G1), встречающаяся наиболее часто в группе менингиом, но в дальнейшем, несмотря на проводимое хирургическое лечение, произошло её перерождение в атипичную менингиому (G2). Особенностью данного случая является: быстрый рост опухоли, несмотря на тотальное удаление, одинаковые неврологические проявления: в начале общемозговые симптомы, а затем центральный гемипарез. После каждого оперативного вмешательства клинические проявления полностью регрессировали.

Выводы:

1. Всем пациентам с тотально удалённой менингиомой выполнять КТ и/или МРТ головного мозга в обязательном порядке через 6 месяцев, не ожидая развития неврологических симптомов.
2. В предоперационном периоде выполнять ангиографию с целью определения источника кровоснабжения опухоли.
3. Рекомендовать в послеоперационном периоде пациентам с атипичной менингиомой (G2) лучевую и химиотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Древаль О.Н. Нейрохирургия, том 1. Руководство для врачей. – Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2012. – С. 172–218.
2. Марк С. Гринберг. Нейрохирургия. – Москва: МЕД-пресс-информ, 2010. – с. 439–443.
3. Кадашева А.Б., Черкаев В.А., Козлов А.В., Белов А.И., Зайцев А.М. Менингиомы крыльев основной кости у взрослых больных, прошедших курс лучевой терапии по поводу ретинобластомы в раннем детском возрасте. Журнал «Вопросы нейрохирургии», 2001. – 3, с. 14–17.

4. Камалова Г.М. Неврологическая диагностика менингиом полушарий большого мозга.: Сборник «Хирургия внутримозговых экстрацеребральных опухолей / Под ред. Тиглиева Г.С., Олюшина В.Е. – СПб., 1997. – С. 59–77.

5. Козлов А.В. Диагностика и комплексное лечение парасигитальных менингиом / А.В. Козлов, Е.Е. Калинина, А.Б. Кадашева, В.В. Тимиргаз, Р.А. Смирнов // Материалы III съезда нейрохирургов России, 2002. – С. 111–113.

6. Самойлов В.И. Варианты дебюта и развития клинических проявлений опухолей головного мозга. Журнал «Неврология и психиатрия», 1986. – № 5. – С. 676–679.

7. Самойлов В.И. (Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова). Особенности клинического дебюта менингиом головного мозга. Сборник «Хирургия внутримозговых экстрацеребральных опухолей» / Под редакцией Тиглиева Г.С, Олюшина В.Е. – СПб., 1997. – С. 55–59.

8. Самбор В.К. Диагностика и хирургическое лечение атипичных и злокачественных менингиом головного мозга. // Материалы III съезда нейрохирургов России, 2002. – С. 148–149.

9. Тастанбеков М.М., Тиглиев Г.С, Олюшин В.Е., Улитин А.Ю., Гуляев Д.А. Продолженный рост и рецидивы менингиом головного мозга: причины возникновения и пути уменьшения частоты. // Материалы III съезда нейрохирургов России, 2002. – С. 157–158.

Поступила 26.08.2016

**Е.В. ТОКАРЕНКО^{1,2}, А.В. АНДРЕЕВ^{1,2}, В.М. ДУРЛЕШТЕР^{1,3},
В.Д. САХНО^{1,2}, А.А. КУЛАКОВ¹, А.Ю. БАРАННИКОВ^{1,2}**

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЧРЕСКОЖНЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

¹ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗКК, Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Красных Партизан, 6/2

²Кафедра хирургии № 2 ФПК и ППС и

³кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС, КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4.

Тел. 8 (918) 214-32-22. E-mail: E_tokarenko84@mail.ru

В статье представлено клиническое наблюдение с ятрогенным повреждением общего желчного протока после лапароскопической холецистэктомии и хирургическое лечение с применением чрескожных миниинвазивных технологий.

Пациентка поступила в Краевую клиническую больницу № 2 г. Краснодара с ятрогенным повреждением общего желчного протока на уровне (11-й тип по Bismuth или (+1) по Гальперину), на 3 послеоперационные сутки. Состояние тяжёлое, клинические проявления механической желтухи и синдрома системного воспалительного ответа. Пациентке выполнена ультразвуковая диагностика органов брюшной полости, лабораторные исследования крови. Выявлены признаки желчной гипертензии. Выполнено чрескожное дренирование желчных протоков под контролем лучевых методов, как этап предоперационной подготовки. Через 2 месяца пациентке выполнена плановая реконструктивная операция – билиодигестивный анастомоз на петле по Ру. В послеоперационном периоде осложнений не выявлено.

Приведён обзор литературы, показаны трудности диагностики, обследования и миниинвазивного лечения этой сложной категории пациентов.

Ключевые слова: желчные протоки, ятрогенная травма, стриктура, миниинвазивная хирургия, осложнения.

**E.V. TOKARENKO^{1,2}, A.V. ANDREEV^{1,2}, V.M. DURLSHTER^{1,3}, V.D. SAHNO^{1,2},
A.A. KULAKOV¹, A.U. BARANNIKOV^{1,2}**

CLINICAL CASE SURGICAL TREATMENT OF IATROGENIC BILE DUCT INJURY USING PERCUTANEOUS MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES