

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕКОМПРЕССИВНОЙ КРАНИОЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАЗРЫВОМ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Юсупова З.Ш., 410 группа медико-педагогического и лечебного факультета

Научный руководитель: Рузикулов М.М.

ТашПМИ, кафедра травматологии, ортопедии, детской травматологии с ортопедией, нейрохирургии с детской нейрохирургией

Актуальность. Проблемы хирургического лечения больных с артериальными аневризмами сохраняют свою актуальность в связи с высокой инвалидизацией и летальностью у пациентов с их разрывами. При осложненном течении разрыва аневризма головного мозга гипертензионно-дислокационный синдром развивается в 15-20% случаев и справиться медикаментозными средствами с ним удается не всегда. У ряда больных последним средством борьбы с внутричерепной гипертензией становится декомпрессивная краниоэктомия.

Цель исследования. Оптимизация показаний к декомпрессивной краниоэктомии при хирургическом лечении больных с разрывом аневризм головного мозга.

Материалы и методы. В отделении нейрохирургии РНЦНХ г. Ташкент за период с 20015 по 2020 гг. проведено лечение 39 пациентов с разрывом аневризм головного мозга. Возраст пациентов варьировал от 21 до 72 лет. Мужчин - 28 (71,79%), женщин - 11 (28,21%). В клинической картине у 39 (100%) пациентов наблюдали общемозговую симптоматику, у 22 (56,41%) больных - менингеальную. Нарушение функции различных черепно-мозговых нервов выявили у 12 (30,77%) пациентов.

Очаговая симптоматика отмечена у 15 (38,46%) пациентов. Гемипарез, гемиплегия, гемигипестезия выявлены у 9 (23,08%), психические нарушения - у 4 (10,26%), моторная афазия - у 3 (7,69%), сочетание гемипареза/гемиплегии и моторной афазии - у 2 (5,13%).

Результаты и их обсуждение. Превентивное выполнение декомпрессивной краниоэктомии на основании выделенных факторов риска тяжелого течения показало свою эффективность. У больных, которым декомпрессивная краниоэктомия выполнена сразу при первой операции, количество летальных исходов снизилось на 34%. Показания на декомпрессивную краниоэктомию явились: тяжесть состояния III-V ст. по Н-Н, массивное базальное САК (Fisher 3), ВМГ объемом более 20 см³, поперечная дислокация головного мозга (более 5 мм), выраженное внутрижелудочковое кровоизлияние (более 2 б. по Graeb) приводящее к гидроцефалии. У больных с массивным внутрижелудочковым кровоизлиянием чаще развивалась гидроцефалия. Была проанализирована зависимость между их размерами - чем больше был объем внутрижелудочкового кровоизлияния, тем больше была вероятность возникновения гидроцефалии.

Выводы. При наличии сочетания факторов риска мы стали выполнять декомпрессивную краниоэктомию, не дожидаясь развития в послеоперационном периоде стойкой ВЧГ. Проведение декомпрессивной краниоэктомии до развития угрожающей внутричерепной гипертензии помогает предотвратить развитие стойкой внутричерепной гипертензии и улучшает исходы хирургического лечения.

Список литературы:

1. Стамова, Л. Г., Х. Н. Мухитдинова, and М. М. Расулов. "Действие препарата Трекрезан на мозговые структуры при кислородной недостаточности." Актуальные проблемы формирования здорового образа жизни и охраны здоровья населения (2003): 182-183.
2. Липатова, Л. В. "Нейроиммунные механизмы эпилепсии как ключ к патогенетическому лечению заболевания." Эпилепсия и пароксизмальные состояния 2.3 (2010): 20-27.

3. Барулин, Александр Евгеньевич, О. В. Курушина, and А. Е. Пучков. "Вертебро-базилярная недостаточность." Вестник Волгоградского государственного медицинского университета 3 (51) (2014): 3-8.
4. Шутеева, Т. В. "Современные подходы к вопросам коррекции когнитивных и эмоциональных расстройств у пациентов с хронической ишемией мозга." Российский медицинский журнал 21 (2017): 1507-1510.
5. Чертков, Александр, Максим Евгеньевич Климов, and Марина Валентиновна Нестерова. "К вопросу о хирургическом лечении больных с вертебробазилярной недостаточностью при аномалии Киммерле." Хирургия позвоночника 1 (2005): 69-73.