

РОЛЬ ДЕКОМПРЕССИВРЕССИВНАЯ КРАНИОЭКТОМИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАЗРЫВОМ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Адилов Ю.Х¹., Бурнашев М.И¹., Рузикулов М.М^{1,2}., Ким А.А².,

Абдуллаев Н.К².

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт¹

Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр нейрохирургии², г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблемы хирургического лечения больных с артериальные аневризмы (АА) сохраняют свою актуальность в связи с высокой инвалидизацией и летальностью у пациентов с разрывами (АА). Одним из наиболее тяжелых осложнений разрыва является сосудистый спазм, приводящий к ишемии головного мозга. Чем массивнее базальное субарахноидального кровоизлияния САК, тем выраженнее бывает сосудистый спазм. Частота (САК) составляет 12-19 случаев на 100 000 населения в год. При выраженном и распространенном спазме летальность достигает 45,4%, что обусловлено развитием вторичных ишемических изменений, отека и дислокации головного мозга. У ряда больных последним средством борьбы с внутричерепной гипертензии (ВЧГ) становится декомпрессивная краниоэктомия.

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

Материал и методы. В отделении нейрохирургии РСНПМЦН г. Ташкенты за период с 2010 по 2019 гг. проведено лечение 46 пациентов с больных с разрывом аневризм головного мозга. Возраст пациентов варьировал от 20 до 68 лет. Мужчин – 33(71,7%), женщин – 13(28,3%). В клинической картине у 46 (100%) пациентов наблюдали общемозговую симптоматику, у 38 (83%) больных – менингеальную. Нарушение функции различных черепно-мозговых нервов выявили у 16 (34,78%) пациентов.

Очаговая симптоматика отмечена у 24 (52,17%) пациентов. Гемипарез, гемиплегия, гемигипестезия выявлены у 13 (28,26%), психические нарушения – у 8 (17,39%), моторная афазия – у 6 (13%), сочетание гемипаре-за/гемиплегии и моторной афазии – у 2 (4,34%).

Результаты и их обсуждение. Превентивное выполнение декомпрес-сивная краниоэктомия на основании выделенных факторов риска тяжелого течения показало свою эффективность. У больных, которым декомпрес-сивная краниоэктомия выполнена сразу при первой операции, количество ле-тальных исходов снизились на 34%. Показания на декомпрес-сивная кранио-эктомия явились: тяжесть состояния III-V ст. по Н-Н, массивное базальное САК (Fisher 3), ВМГ объемом более 20 см³, поперечная дислокация головно-го мозга (более 5 мм), выраженное внутрижелудочкового кровоизлияния (более 2 б. по Graeb) приводящее к гидроцефалии. У больных с массивным внутрижелудочковое кровоизлияние чаще развивалась гидроцефалия. Была проанализирована зависимость между объемом внутрижелудочкового крово-излияния и развитием гидроцефалии. Чем больше был объем внутрижелу-дочковое кровоизлияние, тем больше была вероятность возникновения гид-роцефалии.

Выводы. При наличии сочетания факторов риска мы стали выполнять декомпрес-сивная краниоэктомия, не дожидаясь развития в послеоперацион-ном периоде стойкой ВЧГ. Проведение декомпрес-сивная краниоэктомии до развития угрожающей внутричерепной гипертензии помогает предотвратить развитие стойкой внутричерепной гипертензии и улучшает исходы хирурги-ческого лечения.