

Рудишкин Н. В., Мурадханов А. И.

СИНДРОМ ТРЕПАНИРОВАННОГО ЧЕРЕПА

Научный руководитель канд. мед. наук, Щемелёв А. В..*

Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

**ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии», г. Минск*

Актуальность. На сегодняшний день наблюдается тенденция к увеличению числа пациентов с дефектами черепа в связи с ростом количества случаев тяжёлой ЧМТ (2,5 случая на 1000 человек в Республике Беларусь) и операций, проводимых по поводу удаления новообразований и сосудистой патологии головного мозга. Обширный дефект черепа может привести к возникновению синдрома трепанированного черепа (посттрепанационный синдром, синдром запавшего кожного лоскута), который характеризуется возникновением неврологических и психических нарушений, связанных с предшествующей декомпрессионной трепанацией черепа, и купирующийся проведением своевременной краниопластики. Данный синдром несёт весомую социальную значимость ввиду высокого риска инвалидизации и снижения трудоспособности пациентов.

Цель: определить клиническую характеристику, выявить риски возникновения посттрепанационного синдрома и оценить эффективность его лечения путём пластики дефектов черепа различными материалами.

Материалы и методы. В исследование были включены 19 пациентов (12 мужчин и 7 женщин, средний возраст пациентов – 45 лет) с дефектами черепа с наличием посттрепанационного синдрома, оперированных на базе УЗ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии».

Результаты и их обсуждение. Среди причин, потребовавших проведения декомпрессионной трепанации черепа, в 47% (9) случаев была ЧМТ (58% мужчин), в 26% (5) - новообразование, в 17% (3) - острое нарушение мозгового кровообращения, в 11% (2) - аневризмы сосудов мозга. При поступлении в стационар в 100% случаев пациенты предъявляли жалобы на головную боль и дискомфорт в области посттрепанационного дефекта. Снижение когнитивных функций наблюдалось в 21% случаев. Нарушение речи – в 21% случаев. Выпадение полей зрения – 11% случаев. Слабость и парестезии на одной из сторон тела – в 37% случаев. В единичном случае был отмечен судорожный синдром и потеря сознания. Промежуток времени от трепанации до краниопластики в среднем составил 4,4 месяца. В 68% случаев краниопластика проводилась с использованием титановых имплантов, в 32% случаев – с использованием аутокости. В большинстве случаев у пациентов наблюдался регресс вышеуказанной симптоматики после проведения краниопластики.

Выводы. Явление посттрепанационного синдрома является весомой медико-социальной проблемой, ввиду возникновения у пациентов неврологических и психических нарушений, существенно влияющих на их трудоспособность и, при отсутствии адекватного лечения, приводящее к инвалидизации. Своевременное выявление данного синдрома, определение сроков и методов краниопластических операций является ведущим этапом медицинской реабилитации пациентов с дефектами черепа.