

**КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ****Рябчикова Ю.О.¹, Шанько Ю.Г.², Кубраков К.М.³, Хаменюк Г.Г.¹,
Капацевич С.В.⁴, Жукова Т.В.⁵, Наледько А.Н.⁵**¹ Учреждение здравоохранения «Витебская областная
клиническая больница», г. Витебск, Республика Беларусь² Учреждение здравоохранения «5-я городская клиническая
больница», г. Минск, Республика Беларусь³ Учреждение образования «Витебский государственный
медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь⁴ Государственное учреждение «Республиканский
научно-практический центр неврологии
и нейрохирургии», г. Минск, Республика Беларусь⁵ Учреждение образования «Белорусский государственный
медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Хроническая субдуральная гематома (ХСДГ) — полиэтиологическое объемное внутричерепное кровоизлияние, располагающееся под твердой мозговой оболочкой, вызывающее местную и/или общую компрессию головного мозга и имеющее отграничительную капсулу. ХСДГ является одним из наиболее частых нейрохирургических заболеваний во всем мире и связано это с постоянным старением населения. Ожидается, что заболеваемость ХСДГ к 2030 году удвоится. В связи с этим, качество лечебного процесса играет важную роль, несмотря на имеющиеся благоприятные результаты хирургического лечения, а разработка подходов к консервативному лечению хронических субдуральных гематом у пациентов высокого анестезиологического и хирургического риска является актуальной и перспективной.

Цель исследования. Провести анализ эффективности метода консервативного лечения хронических субдуральных гематом.

Материалы и методы. В период с января 2022 г. по январь 2024 г. на лечении в нейрохирургическом отделении УЗ «ВОКБ» находилось 80 человек с ХСДГ в возрасте от 35 до 85 лет. Средний возраст пациентов составил $63 \pm 17,8$ лет.

Из этого числа 26 (32,5%) в компенсированном состоянии (ШКГ 15 баллов), без грубых дислокационных изменений по данным КТ были отобраны в группу консервативного лечения, которое, помимо стандартизированной терапии, включало Транексам (гемостатический препарат, ингибитор фибринолиза) и Дексаметазон, длительность применения — 7–10 суток. Такой подход исключал риски анестезиологического пособия и хирургического вмешательства у пациентов с многообразными сопутствующими заболеваниями.

Вторая группа включала 54 (67,5%) пациента, которым первично проводилось хирургическое лечение.

Результаты. Анализ результатов показал, что в первой группе после консервативного лечения у 18 (69,2%) пациентов объем ХСДГ уменьшился на 80% и более. При дальнейшем наблюдении ни у одного из них не было прогрессирования заболевания и хирургическое лечение не потребовалось. В связи с неэффективностью консервативного лечения оперировано 8 (30,8%) пациентов. У 7 (26,9%) из них был достигнут положительный эффект. В 1 (3,8%) наблюдении из-за капсулы гематомы 3 типа (классификация А.А.Потапова и др., 1997) пациенту в послеоперационном периоде произведена эмболизация средней оболочечной артерии на стороне ХСДГ с положительным эффектом.

Во второй группе пациентам первоначально проводилось хирургическое лечение, в т.ч., у 4 (7,4%) удалены двусторонние ХСДГ. В этой группе положительный эффект был достигнут у 35 (64,8%) чел, рецидивы ХСДГ были в 19 (35,2%) наблюдениях. При рецидивах гематом консервативное лечение проводилось 7 (13,0%) пациентам в компенсированном состоянии, во всех случаях с положительным эффектом. В 12 (22,2%) наблюдениях пациентам проводилось удаление рецидивов ХСДГ, положительный эффект отмечен в 9 (16,7%) из них.

После повторных хирургических вмешательств умерло 3 пациента. Летальность составила 3,8% и была обусловлена, преимущественно тяжелой сопутствующей соматической патологией.

Выводы. Основываясь на полученных результатах, мы полагаем целесообразным проведение консервативного лечения ХСДГ у пациентов в компенсированном состоянии (ШКГ 15 баллов, без грубых дислокационных изменений по данным КТ). Также консервативное лечение может применяться при неполном удалении ХСДГ у пациентов в компенсированном состоянии. Результаты также указывают на необходимость персонализированного подхода к лечению ХСДГ, особенно у лиц с тяжелой сопутствующей соматической патологией.

**ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ
МЕНИНГИОМ ПЕРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ****Чухонский А.И., Шанько Ю.Г., Смеянович В.А., Станкевич С.К.**

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр неврологии и нейрохирургии», г. Минск, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения пациентов с менингиомами основания передней черепной ямки (ПЧЯ) транскраниальным эндоскопическим методом.

Материалы и методы. В нейрохирургических отделениях РНПЦ неврологии и нейрохирургии разработан и внедрен метод транскраниальной полностью эндоскопической хирургии опухолей основания ПЧЯ в качестве альтернативы стандартным микрохирургическим методам удаления опухолей указанной локализации. Основным принцип метода заключается в минимизации доступа и снижении травматизации мозговых структур.

Объектом исследования являлись пациенты с менингиомами основания ПЧЯ различных возрастных групп, оперированные транскраниальным эндоскопическим и стандартным микрохирургическим методами. Транскраниальным эндоскопическим методом с июля 2013 года по февраль 2020 гг. оперировано 111 пациентов (менингиомы ольфакторной ямки — 47, площадки и бугорка основной кости — 45, супраселлярные — 19). Все пациенты были оперированы с использованием полностью эндоскопических доступов — супраорбитального (74 чел. — 66,7%), транслабеллярного (2 чел. — 1,8%) и антептерионального (35 — 31,5%). Общим принципом данных доступов в сравнении со стандартным микрохирургическим доступом является оптимальная трепанация черепа, обеспечивающая хороший обзор опухоли и прилежащих к ней структур при минимальной тракции мозга. В группе контроля оценивались результаты лечения 64 пациента с менингиомами основания ПЧЯ, оперированных в период с 2009 года по 2012 гг.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

«РНХИ им. проф. А.Л. Поленова» — филиал
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Ассоциация нейрохирургов России

Ассоциация нейрохирургов Санкт-Петербурга

при участии:

ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко» Минздрава России Военно-медицинская
академия им. С.М. Кирова

Университетская клиника ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

ГБУ СПб НИИ СП им. И.И. Джанелидзе

ИМЧ РАН им. Н.П. Бехтеревой

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. БЕХТЕРЕВА» Минздрава России

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»

ФГАОУ ВО «Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта»

ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова»

XXIII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

ПОЛЕНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

11–12 апреля 2024 года
Санкт-Петербург

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ