



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
«НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ – 2021»**

**В РАМКАХ І туру «ВСЕУКРАЇНСЬКОГО КОНКУРСУ СТУДЕНТСЬКИХ
НАУКОВИХ РОБІТ З ГАЛУЗЕЙ ЗВАНЬ І СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ
У 2020 – 2021 Н.Р.»**

5 лютого 2021 року

Запоріжжя – 2021

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ХВОРОБ

ДЕКОМПРЕСИВНА ТРЕПАНАЦІЯ ЧЕРЕПУ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ У ДІТЕЙ

Амбрутіс А.Ю., II медичний факультет, 6 курс
(наук. кер. проф. Спахі О.В., к.мед.н. Маловічко І. А.)

Актуальність: Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є одним з найбільш актуальних питань дитячої нейрохірургії. ЧМТ у дітей зустрічається частіше, ніж у дорослих, та складає 21-45%. В структурі ЧМТ приблизно 80% постраждалих мають ЧМТ легкого та середнього ступеня важкості, та у 20% ЧМТ тяжкого ступеня. Черепно-мозкова травма призводить до енцефалопатії, епілепсії, парезів та паралічів внаслідок травми, порушення мови та слуху, вегетативно-судинної дистонії, затримки фізичного та психічного розвитку, соціальної дезадаптації. Загальна смертність при ТЧМТ I-II ст. сягає 4-5%, а при ТЧМТ III ст. до 68-70%.

Декомпресивна трепанація черепа (ДТЧ) є одним з найпоширеніших нейрохірургічних втручань у пацієнтів з церебральною патологією, що супроводжується підвищенням внутрішньочерепного тиску та дислокацією серединних структур головного мозку.

Мета: визначити ефективність ДТЧ у дітей з ТЧМТ та оптимізувати методику пластики дефектів черепа (ПДЧ) у віддаленому післяопераційному періоді.

Матеріали та методи: Було проведено аналіз результатів хірургічного лікування 56 дітей з діагнозом ТЧМТ, віком 0-3 роки – 19, 3-7 років – 14, 7-12 – 12, старші 12 років – 11. Що знаходились на лікуванні в ЗОКДЛ в період 2014-2020рр. Показання для декомпресивної трепанації черепа визначались на основі неврологічного статусу, даних інструментальних досліджень (МРТ головного мозку, КТ головного мозку, нейросонографія). Всім дітям у яких відзначався неврологічний дефіцит, набряк головного мозку, дислокація серединних структур понад 5 мм була проведена ДТЧ. При надходженні рівень свідомості у дітей за шкалою коми Глазго складала 5-8 балів. У всіх випадках була виконана одностороння краніоектомія в лобно-тім'яно-скроневої області за стандартною методикою. Розмір трепанаційного вікна складав: 12x10 см – 48 дитини, 10x8 см – 8 дитини (вік до 2 років). У всіх випадках ДТЧ доповнювалася клаптевим розтином твердої мозкової оболонки. У ранньому післяопераційному періоді померло 3 дитини. Подальша ПДЧ у 53 дітей була виконана через 1-1,5 міс. після ДТЧ.

Результати: Відзначено, що адекватні розміри кісткового дефекту при ДТЧ дозволяють досить швидко домогтись регресу внутрішньочерепної гіпертензії, запобігти розвитку вторинного набряку-набухання головного мозку в бік трепанаційного вікна, швидкого відновлення рівня свідомості. При вираженому набряку головного мозку малі розміри трепанаційного вікна призводять до компресії вен мозкової паренхіми і викликають венозні інфаркти, формують странгуляції, fungus cerebri. У нашій серії спостережень у всіх випадках виконувалися адекватні розміри кісткової трепанації, що дозволило знизити післяопераційну летальність. У 53-х випадках ПДЧ виконувалася із застосуванням 3D стереолітографічної моделі, що дозволило добитися кращого косметичного ефекту і скоротити тривалість оперативного втручання.

Висновки: Таким чином, у дітей з ТЧМТ, що супроводжуються набряком головного мозку ДТЧ є ефективною методикою, що дозволяє знизити післяопераційну летальність. Важливою умовою ефективності ДТЧ є адекватні розміри трепанаційного вікна. ПДЧ у віддаленому періоді з використанням 3D стереолітографічної моделі є методом вибору.