

**Результаты.** В качестве первичного этапа хирургического лечения прямые операции произведены в 59% случаев и эндоваскулярные – в 41%. У большинства прооперированных пациентов (74,4%) отмечались хорошие функциональные исходы (0-2 степени, согласно Модифицированной шкалы Ренкина). Неудовлетворительные результаты (МШР 3-4) отмечались в 24% и плохие в 1,6%. Послеоперационная летальность – 0,7% (1 пациент).

**Заключение.** На основании результатов лечения нами сформулированы следующие положения в отношении тактики хирургического лечения аневризм у детей:

1. Эндоваскулярная операция предпочтительна при аневризмах кавернозного отдела, каротидно-офтальмического сегмента, бифуркации внутренней сонной артерии, задней мозговой артерии, основной артерии, позвоночной артерии, а также у пациентов младших возвратных групп и у больных, страдающих выраженным вазоспазмом.

2. Микрохирургическая операция показана при аневризмах супраклиноидного отдела внутренней сонной артерии, перикаллиеозной артерии, дистальных ветвей средней мозговой артерии, задне-нижней мозжечковой артерии, а также пациентам, поступившим с большими внутримозговыми гематомами и во многих случаях гигантских частично тромбированных аневризм, где с целью декомпрессии необходимо их вскрытие и тромбэктомия.

3. Одинаково сложным у детей является микрохирургическое и эндоваскулярное лечение аневризм передней мозговой – передней соединительной артерий, М1 сегмента и бифуркации средней мозговой артерии, особенно в случаях гигантских, фузиформных и частично тромбированных форм. При этом выбор метода лечения должен быть индивидуальным в каждом конкретном случае.

4. Деконструктивные операции можно рассматривать как метод выбора в случаях сложных аневризм у детей, при невозможности выключения аневризмы с сохранением проходимости несущей артерии.

### ОСОБЕННОСТИ ПРЕОПЕРАЦИОННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНТРАКРАНИАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ

*Пыхтеев А.В., Усов М.М.*

Уральская государственная медицинская академия, ГУЗ  
«СОКБ № 1», г. Екатеринбург

**Цель.** Оценить объем предоперационного обследования пациентов с аневризмами сосудов головного мозга в догеморрагическом периоде, в остром и резидуальном периодах субарахноидального кровоизлияния.

**Материалы и методы.** В период 2010-2011 годов в отделении нейрохирургии СОКБ № 1 прооперировано 40 пациентов с аневризмами сосудов головного мозга. В догеморрагическом периоде (1 группа) прооперировано 8 (20%), в остром (2 группа) – 29 (72,5%) и в резидуальном (3 группа) – 3 (7,5%) пациента. Аневризмы ВСА имели место у 4 (10%) пациентов, аневризмы СМА встречались у 11 (27,5%) пациентов, аневризмы ПМА-ПСА выявлены у 20 (50%) пациентов, также были

прооперированы пациенты с множественными аневризмами – 5 (12,5%) пациентов от общего числа больных. Тяжесть состояния больных из 2 группы по шкале Hunt-Hess соответствовала II степени у 18 пациентов, что составило 62% (5 пациентов с аневризмой СМА, 12 пациентов с аневризмой ПМА-ПСА и 1 пациент с множественными аневризмами). Тяжесть состояния больных из 2 группы по шкале Hunt-Hess соответствовала III степени у 11 пациентов, что составило 38% (4 пациента с аневризмой ВСА, 2 пациента с аневризмой СМА, 2 пациента с аневризмой ПМА-ПСА и 3 пациента с множественными аневризмами).

В рамках предоперационного обследования всем пациентам 1 и 3 групп помимо ЦАГ выполнялась КТ-АГ или МР-АГ сосудов головного мозга с целью определения анатомических особенностей аневризм и кровоизлияния, выраженности ангиоспазма. Учитывалось сопутствующее атеросклеротическое поражение артерий головного мозга, а также указание на перенесенный ишемический инсульт в анамнезе у пациентов 1 и 3 групп, им также выполнялась ТК УЗДГ с эмболдетекцией. Полученные данные позволили провести коррекцию терапии в дооперационном периоде и избежать в дальнейшем развития ишемического инсульта. Всем пациентам 2 группы вне зависимости от степени тяжести по шкале Hunt-Hess в рамках предоперационного обследования выполнялась КТ-АГ или МР-АГ сосудов головного мозга. Дополнительно выполнялась ЦАГ 15 (51%) пациентам, тяжесть состояния которых соответствовала II степени по шкале Hunt-Hess.

**Результаты.** У всех пациентов 1 и 3 групп наблюдался хороший клинический результат хирургического лечения (I-II по ШИГ). У пациентов, оперированных в острый период САК, хороший результат хирургического лечения наблюдался у 22 (73%) пациентов, из них у 3 (10%) пациентов с аневризмой ВСА, у 4 (13%) пациентов с аневризмой СМА, у 12 (40%) пациентов с аневризмой ПМА-ПСА и у 3 (10%) пациентов с множественными аневризмами. Удовлетворительный результат (III-IV по ШИГ) хирургического лечения наблюдался у 4 (13%) пациентов. Умерло 4 пациента, все они относятся ко 2 группе, что составило 13% от числа больных, оперированных в остром периоде кровоизлияния. Из них 2 пациента с аневризмами ПМА-ПСА, 1 пациент с аневризмой СМА и 1 пациент с множественными аневризмами.

**Выводы.** Инструментальные методы исследования пациентов с интракраниальными аневризмами должны включать методики, позволяющие добиться хороших результатов хирургического лечения и снижения смертности. Традиционно таким пациентам в предоперационном периоде выполняють ЦАГ, которая является «золотым стандартом» в диагностике аневризм сосудов головного мозга. В зависимости от тяжести состояния пациента, от сроков заболевания неинвазивные методы исследования (КТ-АГ или МР-АГ сосудов головного мозга, ТК УЗДГ и ТК УЗДГ с эмболдетекцией) могут дополняться ЦАГ. В некоторых ситуациях возможно ограничиться проведением КТ-АГ или МР-АГ без выполнения ЦАГ, что не приводит к увеличению показателей смертности или инвалидизации.