

**Опыт использования различных вариантов пластики твёрдой мозговой оболочки в лечении больных с мальформацией Киари**

**Научный руководитель – Мохов Никита Валерьевич**

***Каххаров Руслан Абдуллаевич***

*Студент (специалист)*

Казанский государственный медицинский университет, Республика Татарстан, Россия

*E-mail: ruslan.kahharov@mail.ru*

**Введение:** Аномалия (Мальформация) Киари - это порок, чаще врожденный, характеризующийся смещением миндалин мозжечка ниже уровня большого затылочного отверстия, что приводит к хроническому сдавлению структур краниовертебрального перехода и нарушению ликвородинамики и кровообращения в данной области. Показанием к операции является наличие прогрессирования бульбарной и мозжечковой недостаточности, проводниковых расстройств в условиях блока ликворотока в области краниовертебрального перехода и развитие сирингомиелии спинного мозга. Целью операции является декомпрессия структур краниовертебрального перехода и нормализация ликвороциркуляции в краниовертебральной зоне. В ряде случаев для достижения цели хватает костной декомпрессии, но у некоторых пациентов требуется вскрытие твердой мозговой оболочки с последующей её пластикой. Серьезными послеоперационными осложнениями, связанными с недостаточной герметизацией твердой мозговой оболочки, являются асептический менингит и псевдоменингоцеле.

**Цель исследования:** На основе оценки результатов хирургического лечения пациентов с мальформацией Киари, определить роль пластики твёрдой мозговой оболочки в профилактике послеоперационных осложнений и в регрессе неврологического дефицита.

**Материалы и методы:** В период с 2010 по 2015 год в нейрохирургическом отделении ГАУЗ "Межрегиональный Клинико-Диагностический Центр" МЗ РТ было прооперировано 51 пациент с аномалией Киари. У 40 (78,4%) пациентов декомпрессия краниовертебрального перехода выполнялась со вскрытием твердой мозговой оболочки и последующей её пластикой. Данная группа разделена была на две подгруппы: с пластикой аллотрансплантатом - 16 пациентов (31,4%), была использована искусственная ТМО DURAFORM (Codman Neuro, США); и с пластикой аутооттрансплантатом - 24 пациента (47%), использовался апоневроз затылочных мышц, выделенный на этапе доступа. При их сравнении учитывали частоту встречаемости послеоперационных осложнений в зависимости от варианта пластики твердой мозговой оболочки.

**Результаты:** При анализе послеоперационных исходов было выявлено, что при вскрытии твердой мозговой оболочки с последующей её пластикой в большинстве случаев регресс неврологических нарушений наступал в раннем послеоперационном периоде, в пределах 20 дней - у 33 пациентов (82,5%) из 40, а у 7 больных (17,5%) регресс наступил после выписки из стационара. За период с 2010 по 2015 годы послеоперационное осложнение в виде асептического менингита наблюдалось у 5 пациентов, которым пластика твердой мозговой оболочки выполнялась аллотрансплантатом. Псевдоменингоцеле как послеоперационное осложнение наблюдалось у 1 пациента, так же в данной подгруппе.

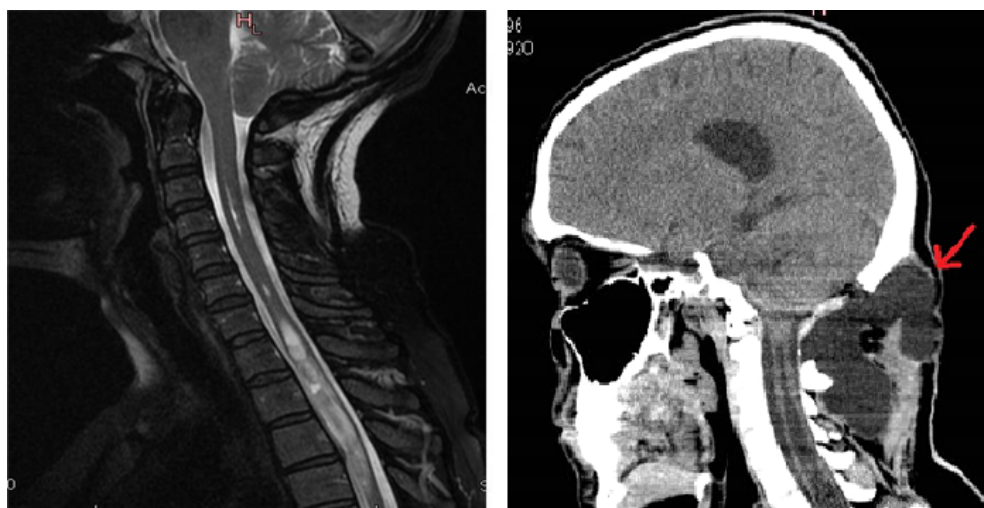
**Выводы:** На основе результатов хирургического лечения пациентов с мальформацией Киари, можно сделать вывод, что декомпрессия структур краниовертебрального перехода со вскрытием твёрдой мозговой оболочки с последующей её герметизацией аутооттрансплантатом является эффективным методом хирургического лечения больных с данной патологией, снижающим риск развития послеоперационных осложнений. Доказательством

эффективности данной методики является относительное большинство пациентов с наиболее быстрым регрессом неврологической симптоматики и отсутствием послеоперационных осложнений.

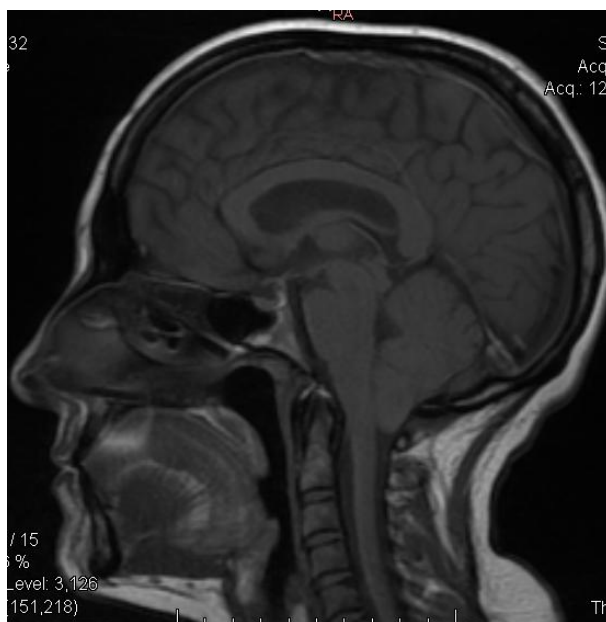
### Источники и литература

- 1) Реутов А. А., Карнаухов В. В. Клинические рекомендации по хирургическому лечению мальформации Киари у взрослых. Клинические рекомендации обсуждены и утверждены на Пленуме Правления Ассоциации нейрохирургов России, г. Санкт-Петербург, 16.04.2015. М.: Ассоциации нейрохирургов России; 2015.
- 2) Cahan LD, Bentson JR. Considerations in the diagnosis and treatment of syringomyelia and the Chiari malformation. J Neurosurg. 1982 Jul; 57 (1): 24–31.
- 3) Вишневецкий А. А., Шулешова Н. В. Спинальный мозг. Клинические и патофизиологические сопоставления. СПб.: Фолиант; 2014. 744 с.
- 4) Можаяев С. В., Скоромец А. А., Скоромец Т. А. Нейрохирургия. СПб.: Издательство «Политехника»; 2001. 355 с.
- 5) Greenberg MS, Arredondo N. Handbook of Neurosurgery. 6th ed. Lakeland, FL, New York: Greenberg Graphics, Thieme Medical Publishers; 2006. 1016 p.
- 6) Реутов А. А. Принципы диагностики и тактика хирургического лечения больных с мальформацией Киари I типа [автореф. дисс.]. М.: НИИ нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко; 2012.
- 7) Дзяк Л. А., Зорин Н. А., Егоров В. Ф., Чередниченко Ю. В. Мальформация Арнольда–Киари: классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика (обзор литературы). Укр. нейрохир. журн. 2001; (1): 17–23.
- 8) Penfield W, Coburn DF. Arnold–Chiari malformation and its operative treatment. Arch Neurol Psychiatry. 1938; 40: 328–36.

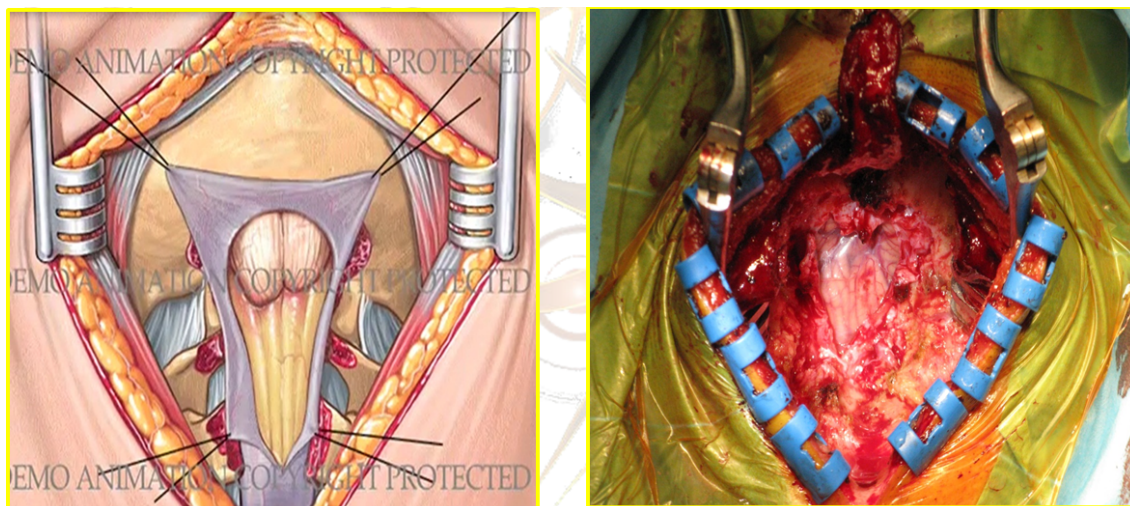
### Иллюстрации



**Рис. 1.** Основное осложнение мальформации Киари - сирингомиелия (слева). Одно из послеоперационных осложнений - псевдоменингоцеле (справа).



**Рис. 2.** МРТ-снимок, T1-взвешенное изображение, сагиттальный срез. Мальформация Киари. Пролабирование миндалин мозжечка.



**Рис. 3.** Основной этап операции - вскрытие твёрдой мозговой оболочки. Слева представлено схематичное изображение, справа - интраоперационная фотография.