

## Объективизация алгоритма компьютерно-томографического исследования в острый период черепно-мозговой травмы

Морозов А.Н.<sup>1</sup>, Гарус А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, г.Киев,

<sup>2</sup>Черниговская областная больница, г.Чернигов

Согласно данным литературы и наших исследований, около 25% летальных исходов при черепно-мозговой травме (ЧМТ) обусловлены вторичными повреждениями (ВП) мозга. Соответственно, для своевременного выявления ВП актуально построение алгоритма повторных КТ-исследований

**Цель исследования.** Выявление факторов, достоверно связанных с возникновением внутричерепных ВП для построения оптимального алгоритма повторных КТ-исследований.

**Материал исследования** составили 357 пострадавших с разными клиническими формами ЧМТ. Оценка по ШКТГ 3–15 баллов ( $M=12,9\pm 0,3$ ). Клиническое и компьютерно-томографическое (КТ) исследование проводилась при поступлении и на протяжении острого периода.

Исследование статистической связи факторов с наличием ВП производилось методом анализа таблиц сопряженности с использованием критерия  $\chi^2$ .

**Результаты.** ВП выявлены в 69 наблюдениях (19,3%) проявляясь как возникновением новых очаговых изменений так и увеличением прежних.

В группе больных с легкой ЧМТ (13–15 баллов — 270 наблюдений) — связь ВП с ухудшением клинического состояния была достоверной, но слабой ( $\chi^2=6,2; p=0,01; \varphi=0,15$ ); наряду с этим клиническое улучшение не исключало возникновения ВП (поскольку  $\chi^2=1,1; p=0,28$ ). Достоверная связь выявлена с возрастом (прямая — коэффициент сопряженности ( $k_s$ )=0,34), областью травмирующего воздействия (наибольшая вероятность ВП при множественных ударах и ударах в затылочную область), наличием перелома черепа ( $\varphi=0,19$ ), субарахноидального кровоизлияния ( $\varphi=0,36$ ) и первичных очаговых повреждений ( $\varphi=0,16$ ), — факторы риска ВП.

В группе среднетяжелой и тяжелой травмы (3–12 баллов), в отличие от легкой, связь с областью травмирующего воздействия и наличием первичных повреждений отсутствовала.

**Вывод.** Построение алгоритма КТ исследования в остром периоде ЧМТ целесообразно с учетом выявленных факторов риска возникновения ВП.

## Порівняльна оцінка деяких інструментальних методів діагностики черепно-мозкової травми

Морозов А.М.<sup>1</sup>, Гарус А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет ім. акад. О.О.Богомольця, м.Київ,

<sup>2</sup>Чернігівська обласна лікарня, м.Чернігів

**Мета дослідження.** Співставити дані комп'ютерної томографії (КТ) з даними 1) краніографії щодо наявності переломів черепа; 2) ехо-енцефалоскопії (ЕхоЕС) щодо зміщення серединних структур; 3) люмбальної пункції (ЛП) щодо наявності субарахноїдального крововиливу (САК) в гострому періоді черепно-мозкової травми (ЧМТ).

**Матеріал і методи.** У дослідження увійшли 357 спостережень постраждалих з різними клінічними формами ЧМТ. Клініко-неврологічне, ЕхоЕС та КТ-обстеження проводилося при госпіталізації та на протязі гострого періоду ЧМТ; краніографія — при госпіталізації. ЛП проводилась 217 хворим.

**Результати.** При краніографії переломи черепа було діагностовано в 136 спостереженнях, з них лише 74 — при КТ; у 3 хворих переломи були виявлені тільки при КТ. У 218 хворих ушкодження кісток черепа діагностовано не було, але, водночас, при отоневрологічному обстеженні 23 з них мали ознаки перелому черепа.

При співставленні даних КТ і ЕхоЕС в 14 випадках виявилася їх невідповідність — за даними ЕхоЕС зсуву М-ехо виявлено не було, тоді як при КТ відзначалося зміщення від 3 до 20 мм.

Серед 217 постраждалих, яким проводилася ЛП, у 56 САК виявлено не було. При цьому у 9 з них на КТ спостерігалися ознаки САК. Прослідковувалася динаміка виявлених змін. На наш погляд наявність КТ-ознак САК, в наведених спостереженнях непідтверджених ЛП можна пояс-

нити резорбцією крові у конвекситальному підпаутинному просторі до потрапляння її в ліквор спинального простору — прихований САК.

**Висновки.** 1. Рентгенографія є більш інформативним методом діагностики переломів черепа ніж КТ.

2. ЕхоЕС не завжди дає достовірну інформацію про наявність та величину зміщення серединних структур мозку.

3. ЛП не може розглядатися єдиним методом діагностики САК при ЧМТ. Проведення КТ дає можливість більшої об'єктивізації крововиливу.

## Комп'ютерно-томографічна характеристика гострого періоду черепно-мозкової травми

Морозов А.М.<sup>1</sup>, Робак О.П.<sup>2</sup>, Гарус А.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м.Київ,

<sup>2</sup>Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова, м.Київ,

<sup>3</sup>Чернігівська обласна лікарня, м.Чернігів

**Мета дослідження.** Визначити частоту й характер первинних та вторинних внутрішньочерепних змін, оцінити доцільність проведення повторних КТ-досліджень протягом гострого періоду ЧМТ.

**Матеріал і методи.** Обстежено 357 постраждалих з різними клінічними формами ЧМТ. Клініко-неврологічне та КТ-обстеження проводилося при госпіталізації та протягом гострого періоду ЧМТ.

**Результати.** Вогнищеві внутрішньочерепні ушкодження (ВВУ) при первинній КТ були виявлені у 239 хворих. Це були внутрішньомозкові вогнища зміненої щільності, оболонкові гематоми та гідроми, вдавлені переломи. Десять із цих випадків були у хворих зі струсом мозку (18,5% їх загальної кількості) — ці зміни не були пов'язані з травмою, — т.зв. знахідки; 26 — у хворих з забоем легкого ступеня (44,8% їх кількості); 44 — з забоем середнього ступеня (67,7%); 21 — з забоем тяжкого ступеня (87,5%); 128 — зі стисненням головного мозку (96,2%); 10 — з дифузним аксональним пошкодженням (43,5%). Оперативне видалення ВВУ після первинної КТ було проведено 88 хворим.

При повторних КТ-обстеженнях у 69 (19,3%) хворих, що увійшли в дослідження, були виявлені вторинні ВВУ. Вони полягали у: 1) появі нових контузійних вогнищ та оболонкових гематом, 2) збільшенні об'єму або геморагічної імбібії попередніх вогнищ. Шість з цих випадків були у хворих з забоем головного мозку легкого ступеня (10,3% загальної їх кількості); 15 — у хворих з забоем середнього ступеня (23,1%); 16 — у хворих з забоем тяжкого ступеня (66,7%); 32 — у хворих зі стисненням мозку (24,1%). Виявлення вторинних ВВУ у 23 хворих стало причиною перегляду первинно консервативної тактики на користь оперативної, а ще в 34 — вплинуло на діагноз.

**Висновки.** 1. Ризик виникнення вторинних внутрішньочерепних змін є високим, що зумовлює доцільність проведення повторних КТ-досліджень за певним алгоритмом.

2. Ранні строки гострого періоду ЧМТ, коли є високий ризик виникнення вторинних змін доцільно виділяти як найгостріший період.

## Комплексная неотложная нейрохирургическая помощь больным с сочетанной черепно-лицевой травмой

Сипитый В.И., Рузин Г.П., Бабалян Ю.А., Кутовой И.А., Волосов Е.В.,  
Котляревский Ю.А., Гунько Б.В.

Харьковский государственный медицинский университет,  
Харьковская областная клиническая больница

**Введение.** Черепно-лицевая травма составляет 34% среди всех видов сочетанной черепно-мозговой травмы (Лимберг А.А., 2002). Краниофациальные повреждения захватывая как интракраниальный компартмент, так и среднюю, нижнюю зону лица, сопровождаются значительной функциональной, косметической дефицитностью (Лорина Л.В., Стариков А.С. и др., 2002), что