

нити резорбцією крові у конвекситальному підпаутинному просторі до потрапляння її в ліквор спінального 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 проведене 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

требує розробки методів хірургічного планування оперативного втручання в ранньому періоді течія травматичної хвороби.

**Целью** нашої роботи є розробка підходів раннього і комплексного хірургічного лікування хворих з гострою черепно-лицьовою травмою, силами різних суміжних спеціалістів одночасно, або з клінічно аргументованою пролонгованою поетапністю.

**Матеріали і методи.** За період 2001–2004 гг. в клініці кафедри нейрохірургії знаходилися на стаціонарному лікуванні 78 оперованих хворих з поєднаною черепно-лицьовою травмою. Стан хворих при надходженні оцінювали за шкалою коми Глазго (ШКГ). При цьому у постраждалих сумарна оцінка за ШКГ складала: 9–12 балів — у 57(73%), 4–8 балів — у 21 (27%). В перші 12 годин від моменту надходження хворого в стаціонар виконували видалення внутрішньочерепних гематом, контузійних осередків головного мозку з використанням ультразвукового аспіратора і малоінвазивних методик (біпортальні доступи з використанням ендоскопічної техніки). Розрив внутрішньої стінки лобної пазухи виправлявся пластиком оболочечного дефекту з використанням Тахо-кобма і біологічного клею. Обезпечувалося екстремне відновлення топографічної анатомії пошкоджених кісткових і м'яко-тканевих структур обличчя, іммобілізацію вільних кісткових відломків і адекватний гемостаз. При наявності ризик-факторів несприятливого прогнозу хірургічну коррекцію пошкоджень середньої, нижньої зон обличчя виконували вимушено відтерміновано, за міри стабілізації життєвих функцій, регресу загально-мозгової симптоматики.

**Результати і їх обговорення.** Найближчі результати в групі хворих з гострою черепно-лицьовою травмою оцінювали за шкалою ісходів ГЛАЗГО (ШИГ). У хворих з оцінкою за ШКГ 9–12 балів при надходженні в стаціонар відзначалися наступні ісходи за ШИГ: 5 балів — 14 (24,5%), 4 бала — 35 (61,4%), 3 бала — 6 (10,5%), 2 бала — 0 (0%), 1 балл — 2 (3,6%); а у хворих з оцінкою за ШКГ 4–8 балів: 5 балів — 0 (0%), 4 бала — 5 (23,8%), 3 бала — 11 (52,4%), 2 бала — 1 (4,7%), 1 балл — 4 (19,1%).

Своєчасне і адекватне спеціалізоване лікування поєднаних черепно-лицьових травм грає важливу роль в течії і ісходах травматичної хвороби у постраждалих з краніофациальними пошкодженнями.

## **Діагностика та лікування вогнищевих уражень головного мозку у ВІЛ-інфікованих хворих**

**Педаченко Є.Г., Дядечко А.О.**

**Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України, м.Київ**

Частота уражень ЦНС у ВІЛ-інфікованих збільшується з розвитком патологічного процесу. На стадії виникнення ВІЛ-асоційованих захворювань (вторинний нейроСНД) симптоматика ураження ЦНС виявляється у більш ніж 50% випадків, при розгорнутій клінічній картині (термінальній стадії) — до 70%. Морфологічні ознаки ураження ЦНС виявляються майже у 95% загинувших. До 80% вогнищевих уражень в основному обумовлені токсоплазмозом, первинною лімфомою. Рідше вогнищеві зміни ЦНС обумовлені вірусом простого герпесу, цитомегаловірусом, туберкульозом, криптококозом, гістоплазмозом та ін. Можливе ураження двома або декількома збудниками одночасно.

Токсоплазмозне ураження ЦНС (енцефаліт) є основною причиною вогнищевих внутрішньомозкових уражень у ВІЛ-інфікованих серед збудників опортуністичних інфекцій і складає більше ніж 30%. Вирішальну роль у діагностиці відіграють КТ і МРТ. Характерна картина наявності кільцеподібних або вузлоподібних вогнищ з периферійним набряком в області базальних гангліїв і великих півкуль. Для токсоплазмоза характерна швидка позитивна відповідь на емпіричну терапію протягом двох тижнів, навіть при формуванні абсцесів. Тоді як хірургічне втручання може призвести до загибелі хворого. Термін лікування повинен бути не менше 8–10 тижнів чи до повного зникнення уражень на КТ, МРТ. При правильній схемі лікування симптоми покращення відзначаються на 8–10 день.

Криптококоз в останні роки вийшов на третє місце серед причин поразки ЦНС у ВІЛ-інфікованих, збудник виявляється у 60% хворих. При виникненні специфічного енцефаліту виявляються ураження ядер та гангліїв черепних нервів, стовбурових відділів мозку, можливе формування специфічної гранульоми. Найбільш чутливим серед діагностичних методів є МРТ, що виявляє на