

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 осколків 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 течія і ісходах травматичної хвороби у постраждалих з краніофціальними 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 нейроснід) 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

рівні базальних гангліїв, стовбуру мозку вогнища патологічного зниження щільності. У більшості хворих (80%) перебіг енцефаліту завершується залишковим неврологічним дефіцитом.

Туберкульоз виявляється більш ніж у 50% ВІЛ-інфікованих. Як правило, в термінальній стадії виникає туберкульозний менінгіт, але можливе виникнення диффузного енцефаліту або локальної туберкуломи. Можливе ураження мозкових судин, що викликає системний васкуліт з інфарктом мозку. При відсутності ураження інших органів діагностика дуже важка і часто можлива тільки при біопсії.

Особливостями перебігу вірусних енцефалітів є багатовогнищеве ураження переважно лобних або скроневих ділянок мозку, що виникають спонтанно на фоні відносного благополуччя. Клінічна картина, КТ або МРТ ознаки часто носять псевдотуморозний або псевдоінсультний характер, що при недостатній діагностиці веде до безуспішних оперативних втручань. Клінічний або рентгенологічний діагноз вимагає обов'язкового лабораторного підтвердження та специфічного потивірусного лікування.

Пухлинні ураження виникають у ВІЛ-інфікованих насамперед у вигляді злоякісної лімфоми, значно рідше — саркоми Капоші. Можливе виникнення хвороби Ходжкіна, лімфоми Беркіта. Первинна лімфома головного мозку майже завжди є ознакою ВІЛ-інфекції і має високу ступінь злоякісності. ВІЛ-асоційована лімфома завжди мультицентрична, має В-клітинну природу. Найчастіше уражаються базальні ганглії, таламус, перивентрикулярна біла речовина, мозолясте тіло, мозжочок. Найперспективніші методи діагностики це — МР-спектроскопія та позитронно-емісійна томографія, яка дозволяє розрізнити неопластичний і запальний поцеси за особливостями метаболізму і характеру нейромаркерів. Ефект від лікування носить тимчасовий характер, середнє виживання не перевищує 2-х місяців. Найбільш ефективною є дистанційна гамма-терапія. Хірургічне лікування у данному випадку не показано.

Слід відзначити, що переважна більшість ВІЛ-асоційованих захворювань звиникненням вогнищевих уражень головного мозку потребують переважно специфічного консервативного лікування, тоді як хірургічне лікування часто погіршує стан хворих.

## Діагностика та лікування ранньої ліквореї

*Дядечко А.О., Скобська О.Є.*

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

Основоючись на аналізі 260 хворих ми вважаємо, що ранньою є лікворея тривалість якої не перевищує трьох місяців. У переважній більшості хворих (до 95%) в саме цей термін лікворея припиняється без оперативного втручання на фоні медикаментозного лікування та тривалого люмбального дренажу. Хірургічного лікування потребують хворі, що мають значну лікворею поєднану з великими ушкодженнями кісток основи черепа, пневмоцефалією.

Основним методом, що дозволяє підтвердити наявність ліквореї з нашої точки зору є проба „Глюкотест“. До явищ, що можуть ускладнювати проведення проби відносяться кровотеча та запальні гнійні ускладнення, які змінюють склад спино-мозкової рідини за рахунок підвищення вмісту цукру. Щоб уникнути хибнопозитивних реакцій пробу повинно проводити після санації ліквору.

Першою ознакою ліквореї при наявності кровотечі з носу або вуха є „Halo“-тест (симптом „подвійної плями“), ала в подальшому він повинен бути підтверджений проведенням проби „Глюкотест“ або визначенням кількості цукру в витікаючій рідині, тому що диференційна псевдохроматографія відмічається також при змішуванні крові з носовим секретом.

При визначенні показів до оперативного втручання, особливо при травматичній або ятрогенній ліквореї, обов'язковим є верифікація лікворної фістули, що за нашими даними суттєво впливає на вибір методу хірургічного лікування та кількість рецидивів в подальшому.

В наших умовах найбільш інформативним методом визначення локалізації лікворних фістул є КТ-цистернографія з використанням неіонних контрастних речовин. Ефективність цього обстеження у наших хворих складала 97%.

Не інформативним цей метод може бути при спонтанних та незначних травматичних (ятрогенних) ліквореях. Ці випадки потребують більш складних методів діагностики, таких як МРТ-цистернографія та фазоконтрастна МР-лікворографія.

У переважній більшості хворих з ранньою ліквореєю, яким вчасно проведено консервативне лікування за схемою (строфантин, діакарб) або встановлювався довготривалий люмбальний дренаж лікворея припинилась без оперативного втручання.