

Выводы. Выделение предотвратимых, условно предотвратимых и непротвратимых исходов позволяет лучше контролировать качество медицинской услуги. Группы пострадавших с предотвратимым и условно предотвратимым исходами являются резервом улучшения результатов лечения СЧМТ у взрослых и детей.

Современные технологии в нейротравматологии

*Кравчук А.Д., Потапов АА.,
Корниенко Б.Н, Лихтерман П.Б,
Гаврилов Д.Г.,Захарова Н.Е.*

*НИИ нейрохирургии им.И.Н.Бурденко,
Россия, г.Москва, 125047,
4-я Тверская-Ямская ул., д.16
e-mail: Krawtchouk@nsi.ru*

В развитии нейротравматологии существенную роль играет внедрение современных методов нейровизуализации, мониторинга, реанимации, интенсивной терапии и хирургии, основанных на принципах доказательной медицины

Благодаря внедрению высокоразрешающих КТ и МРТ было пересмотрено значение первичных повреждений ствола в патогенезе длительных бессознательных состояний. Проведенные в Институте клинко-МРТ сопоставления подтвердили прямую зависимость между уровнем поражения ствола, тяжестью состояния пострадавших и исходами ЧМТ ($R=0,56$, $p<0,005$) Внедрение МРТ- спектроскопии, диффузионно-взвешенных и перфузионно- взвешенных изображений МРТ, а также КТ-перфузии дает возможность надеяться на раскрытие новых звеньев в патогенезе отека мозга, его метаболизма и кровотока. Спиральная трехмерная КТ заняла прочное место в диагностике краниобазальных и краниофациальных повреждений.

Важнейшим элементом мониторинга у больных с тяжелой ЧМТ является непрерывный контроль внутричерепного и церебрального перфузионного давления, транскраниальная доплерографическая оценка показателей мозгового кровотока.

В хирургии ЧМТ все шире применяется микрохирургическая техника, современные гемостатические, клеевые и пластические материалы. При удалении инородных тел глубокой локализации и закрытии небольших ликворных фистул базальной локализации используется навигационная и эндоскопическая техника. При планировании сложных краниобазальных и краниофациальных операций шире применяется компьютерное трехмерное моделирование и стереолитография В лечении посттравматической гидроцефалии, наряду с обычными шунтирующими операциями, развитие получила эндоскопическая техника и программируемые системы. Внедрение малоинвазивных вмешательств позволило значительно снизить послеоперационную летальность при хронических субдуральных гематомах

В лечении длительных вегетативных состояний стали применяться как методы психо- и фармакостимуляции, так и электростимуляции задних столбов спинного мозга и глубоких структур головного мозга.

Вместе с тем внедрение новых методов диагностики и лечения сегодня не может осуществляться без учета принципов доказательной медицины.

Магнітно-резонансна ангіографія при післятравматичному церебральному васоспазмі

Болюх А.С.

*Інститут нейрохірургії ім. акад.
А.П.Ромоданова АМН України,
м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4864608,
e-mail: brain@neuro.kiev.ua*

Мета роботи: Оцінити можливості МР-ангіографії у хворих з церебральним васоспазмом в гострому періоді травматичного внутрішньочерепного крововиливу.

Матеріали та методи. МР-ангіографію проведено на апараті Magnetom Vision Plus 1,5T Siemens 11 пацієнтам з васоспазмом середньої мозкової артерії (СМА), який був діагностований методом транскраніальної УЗДГ ($V_m > 120$ см/сек, $PI > 3$) в гострому періоді ЧМТ. Трьом хворим МР-ангіографію провели в динаміці після зникнення УЗДГ-ознак васоспазму. В двох постраждалих був васоспазм легкого ступеню однієї СМА, у трьох — васоспазм середнього ступеню. У двох — васоспазм середнього ступеню обох СМА. У трьох пацієнтів з одного боку був васоспазм тяжкого ступеню, з іншого — середнього ступеню. У одного пацієнта був тяжкий спазм обох СМА.

Результати. За результатами МРА спазм СМА було знайдено у дев'яти пацієнтів. У двох пацієнтів СМА була рівномірно звужена — васоспазм легкого та середнього ступеню за УЗДГ. У сімох пацієнтів знайдено локальне звуження СМА. В цих випадках був васоспазм середнього і тяжкого ступеню за УЗДГ.

При проведенні МРА в динаміці, після нормалізації показників УЗДГ, не виявили ознак звуження СМА.

У одного пацієнта з легким васоспазмом на МРА змін знайдено не було. В іншому випадку, коли були УЗДГ-ознаки спазму правої СМА середнього ступеню МРА його не підтвердила. В той же час були наявні грубі дислокаційні зміни проходження СМА, зумовлені вогнищами забоїв правої лобової та скроневої часток мозку (зміщення серединних структур на 1,4 см вліво).

Висновки. МРА — цінний метод неінвазивної візуалізації судин головного мозку, який дозволяє діагностувати наявність васоспазму в гострому періоді ЧМТ, його вид та поширеність, диференціювати його від інших причин звуження артерій.

Опыт минимально инвазивных вмешательств при подострых и хронических субдуральных гематомах

Новик Ю.Е. Зорин Н.А. Мосийчук Н.М.

*Днепропетровская областная клиническая
больница им. И.И.Мечникова
г.Днепропетровск, 49005, Октябрьская пл.14
тел. +380 56 7135085, +380 562 468554,
+380 562 468540, e-mail: Novik_Yu@ukr.net,
Novik_Yu@mail.ru*

Отношение к миниинвазивным хирургическим методам удаления подострых и хронических субдуральных гематом (ПД и ХСДГ) не однозначно.