

Матеріали и методы. С января 2001 по январь 2006, в Днепропетровской, областной, клинической больнице имени И. Мечникова, по поводу подострых и хронических субдуральных гематом оперировано 169 пациента, с ХСДГ — 104, с ПДСДГ — 65. Оперативные вмешательства осуществлялись тремя различными методами. Метод А (85 пациентов), выполнялся под местной анестезией, без кожного разреза, чрезкожно-пункционным сверлением в кости отверстия диаметром 3мм, с последующей пункцией гематомы и закрытым наружным дренированием ее полости. Метод В (73 пациента), с разрезом кожи до 3–4 см, наложением фрезевого отверстия до 10 мм в диаметре, рассечением твердой мозговой оболочки и таким же дренированием полости. Метод С (11 пациентов), с разрезом кожи более 4см, трепанацией черепа корончатой фрезой малого диаметра (20мм), рассечением оболочек и капсул, инструментальной ревизией полости гематомы, установкой приточно-отточной дренажной системы.

Результаты и их обсуждение. Ранняя оценка результатов лечения производилась к концу 3-х послеоперационных суток, перед удалением дренажей. При операциях по методу А и В, у всех больных отмечалось клиническое улучшение состояния. Однако у 10 пациентов группы А (11,8%) и у 17 пациентов группы В (23,28%), к моменту удаления дренажей, по КТ и МРТ визуализировалась остаточная полость гематомы с содержимым, по объему не превышающего 25% исходного. При операциях в группе С, у 4 пациентов (36,36%), отмечался остаточный объем до 30% исходного, с явлениями пневмоцефалии. Одного пациента пришлось реоперировать. Средний койко-день составил: в группах А — 4,3 к/дня, В — 8,3 к/дня, С — 12,4 к/дней.

Выводы. Миниинвазивная методика А по своей эффективности не уступает более расширенным методам удаления ПД и ХСДГ, а по косметическому и экономическому эффекту превосходит их. Однако, требуется дальнейшее уточнение показаний к ее использованию.

Современные методы пластики посттравматических дефектов черепа (ПДЧ)

*Ольхов В.М., Кириченко В.В.,
Венцковский И.Л., Чирка Ю.Л., Горбатюк К.И.*

*Винницкая областная психоневрологическая
больница и.м.акад.О.И.Ющенко
г. Винница, 21005, ул. Пирогова, 109
тел. +380 432 321580,
e-mail: kastafan@inbox.ru*

Цель: Определить наиболее лучший пластичный материал для закрытия ПДЧ.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов оперативных вмешательств ПДЧ зависимости от пластического материала.

Результаты и их обсуждение: В течении последних трех лет (2003–2005гг.) в областном нейрохирургическом отделении находилось 31 больных с ПДЧ. Мужчин было 80,6%, женщин 19,4%. Наибольшее количество больных — люди молодого возраста 91%. Остальные — 9% среднего.

Все пострадавшие в остром периоде ЧМТ оперированы в тяжелом состоянии, с выраженными

явлениями сопутствующего ушиба головного мозга, по поводу внутричерепных гематом 48% больных, в связи с вдавленными, оскольчатыми переломами 52% пострадавших.

Операции по поводу ПДЧ проводились в сроки от 3 до 8-ми месяцев. Показаниями к оперативному вмешательству были синдром трепанированного черепа, косметический дефект, наличие эпилептических припадков. Последней категории больных перед операцией выполнялась ПЕГ.

В 80% наблюдений имплантируемым материалом было органическое стекло, у 8% больных дефект замещался аутокостью, и у 12% больных титановыми пластинами фирмы "Конмет". Последние операции мы начали выполнять в последний год.

Титановые пластины характеризуются пластичностью, прочностью и отсутствием тканевой защитной реакции. При дефектах сложных форм, особенно в краниоорбитальной области, возможно создание стереолитографической модели на основе 3-х мерной КТ реконструкции, с дооперационным изготовлением титанового имплантата.

Выводы. По нашим данным ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения ПДЧ лучше с использованием титанового пластического материала.

Використання тіоцетама в гострому періоді черепно-мозгової травми

*Перцов В.І., Дейніченко Ю.К., Бурлай В.З.,
Беленічев І.Ф., Серета Д.А.,
Беліменко В.А., Івахненко Д.С., Козін М.В.*

*Запорізький державний медичний університет,
Міська клінічна лікарня екстреної та
швидкої медичної допомоги,
м. Запоріжжя, 69000, вул. Перемоги, 80
тел. +380 612 343685,
e-mail: nxo@med.zp.ua, dimaneuro@list.ru*

Мета: оцінка ефективності застосування ін'єкційного тіоцетама в комплексному лікуванні хворих з важкою ЧМТ у гострому періоді.

Матеріали й методи. Проведено аналіз результатів комплексного лікування 30 хворих з важкою ЧМТ, що включало у собі застосування тіоцетама. До контрольної групи ввійшли 20 хворих, що одержували стандартну терапію. Вік хворих від 25 до 60 років.

З метою діагностики ЧМТ використовували: аксіальну комп'ютерну томографію голови, ЕХО-ЕГ, люмбальну пункцію, R-графію черепа.

При надходженні всі хворі перебували у важкому стані з різним ступенем порушення свідомості: 12–13 балів за шкалою Глазго — 14 випадків, 10–11 балів — 11, 8–9 балів — 5. У контрольній групі відзначалися подібні клінічні показники.

Всім хворим, крім загальноклінічних аналізів, у динаміці розвитку травматичної хвороби головного мозку визначалися показники вільно-радикального окислювання, активності антиоксидантної системи, досліджувався вуглеводно-енергетичний обмін.

Результати. В 14 випадках виявлена компресія головного мозку. Всі хворі прооперовані.

Лікування тіоцетамом у комплексній терапії починали на 2–3 добу з моменту надходження потерпілого в стаціонар у дозі 20 мл на 200 мл фізрозчину 1 раз у день.

У хворих основної групи в порівнянні з контрольною, швидше відзначаються зменшення глибини розладів свідомості та відновлення неврологічного дефіциту.

За даними КТ зменшувались виразність набряку мозку та дислокації серединних структур. Це було обумовлено прискоренням нормалізації біохімічних показників характеризуючих обмін у тканини головного мозку, що виявлялось зниженням ВВ-КФК на 56% ($p < 0,05$), малонового діальдегіду на 52,0%, карбоксильних речовин модифікації білка на 43,6%, та підвищенням супероксиддісмутази на 82,6%.

Висновки. Застосування тіоцетама в гострому періоді ЧМТ дозволяє прискорити процеси репарації мозкової тканини.

Дифференцированный подход к лечению внутрижелудочковых кровоизлияний, сопровождающих тяжёлую сочетанную черепно-мозговую травму

Коростелев К.Е., Сенько И.В.

*Военно-медицинская академия,
кафедра военно-полевой хирургии,
Россия, г. Санкт-Петербург, 194044,
ул. Боткинская, 20
тел. +7 812 2483404, e-mail: neuro-koro@mail.ru*

Цель. В настоящее время остаётся недостаточно изученной проблема лечения травматических внутрижелудочковых кровоизлияний (тВЖК) при тяжёлой ЧМТ в зависимости от его тяжести. Крайне тяжёлое состояние пострадавших при поступлении, сочетание с тяжёлыми и жизнеугрожающими внечерепными повреждениями заставляет искать малоинвазивные и достаточно эффективные способы лечения тВЖК при тяжёлой сочетанной черепно-мозговой травме. Этим требованиям, по нашему мнению, удовлетворяет методика локального фибринолиза. Актуальность проблемы заключается в отсутствии достоверных данных о преимуществах консервативного либо хирургического лечения тВЖК. Целью исследования является определение показаний к применению метода локального фибринолиза, являющегося доминирующим в лечении тВЖК при тяжёлой сочетанной черепно-мозговой травме, не имеющего строгих показаний и алгоритма лечения.

Материалы и методы. С начала 2004 года данной методике подверглись 12 пациентов. Для фибринолиза мы использовали Стрептокиназу. После предварительной пункции и дренирования боковых желудочков интравентрикулярно вводили по 30 000 ЕД Стрептокиназы, время экспозиции 2 часа. Число введений от 3 до 6 раз. Для контроля рекомендуем использовать компьютерную томографию.

Результаты и их обсуждение. Из 12 пострадавших умерло 4, остальные выписаны с умеренным неврологическим дефицитом и тенденцией к улучшению. Отмечаем, что в контрольной группе (28 чел., 1998 — 2003гг.) все пострадавшие с тВЖК средней и тяжёлой степени, не подвергшиеся хирургическому лечению умерли.

Заключение. Наши наблюдения указывают, что эта методика должна использоваться у пострадавших имеющих внутрижелудочковое кровоизлияние средней и тяжёлой степени (по классификации D.Graeb).

Таким образом, применение локального фибринолиза может являться методом выбора при лечении тВЖК средней и тяжёлой степени (по D.Graeb от 5 до 12 баллов) у пострадавших с тяжёлой сочетанной черепно-мозговой травмой. Травматические внутрижелудочковые кровоизлияния лёгкой степени (по D.Graeb от 1 до 4 баллов) должны лечиться консервативно, так как эти кровоизлияния резорбируются в течение 21 суток без каких-либо неврологических последствий.

Математические методы доказательности при дифференциальной диагностике сотрясения и ушиба головного мозга легкой степени

Семисалов С.А., Сайко Д.Ю., Гурьянов В.Г., Семисалова В.С., Качанова Е.В.

*Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького,
г. Донецк, 83003, пр. Ильича, 16
тел. +380 62 3078135, serg1948@yandex.ru*

Цель: оценить возможности математического моделирования в дифференциальной диагностике сотрясения и ушиба головного мозга легкой степени.

Материал и методы. Изучены 535 историй болезни: 223 — с сотрясением головного мозга (СГМ) и 312 — с ушибом головного мозга (УГМ) легкой степени. Построение, оптимизация математической модели с применением “генетических алгоритмов” и последующий анализ проводился с использованием программы Statistica Neural Networks (StatSoft).

Результаты и их обсуждение. Построена множественная регрессионная модель ранней диагностики сотрясения или ушиба головного мозга легкой степени на основании 38 наиболее информативных показателей. Прогноз определялся значением переменной Y ($Y=0$ в случае СГМ и $Y=1$ в случае УГМ). Для оценки адекватности модели все случаи (с использованием генератора случайных чисел) были разделены на 3 множества: обучающее (на котором производился расчет параметров модели) — 435 случаев, контрольное (которое использовалось наряду с обучающим при оптимизации порога диагностики) — 50 случаев и тестовое множество, которое использовалось для проверки прогностической способности модели на новых данных и при построении модели не использовалось — 50 случаев.

После построения и обучения линейной модели и оптимизации порога принятия решения модели было получено значение $Y_{crit} = 0,469$. В случае, когда в результате расчетов в рамках построенной модели значение $Y > Y_{crit}$ в модели диагностировалось СГМ, в противном случае — УГМ.

Используя “генетический алгоритм” отбора наиболее значимых переменных, был выделен набор признаков, который давал наименьшую ошибку ранней диагностики в тестируемых моделях при минимальном количестве входных параметров. К этим признакам были отнесены: общее состояние — X_1 ; место приложения силы — X_2 ; ригидность затылочных мышц — X_3 ; рентгенография черепа — X_4 . После обучения модели, построенной на этом сокращенном наборе входных переменных была про-