

ведена оптимізація порога діагностики. Получено значення  $U_{crit} = 0,508$ .

**Висновки.** Математическое моделирование на основании "генетических алгоритмов" позволяет в высокой доле вероятности (83,3%) проводить дифференциальную диагностику легкой ЧМТ, включая медицинские учреждения 1–11 уровня аккредитации.

## Пластика дефекту кісток черепа

*Підлісний С.С., Опанасець Н.С.*

*Центральна міська лікарня,  
м.Рівне, 33018, вул. Мірющенка, 25-а  
e-mail: servic@rivne.com*

**Мета:** вивчення питання вибору оптимального пластичного матеріалу при заміщенні дефектів кісток черепа різної величини.

**Матеріали і методи.** Вивчені результати оперативного лікування 19 хворих з дефектами кісток черепа. Потерпілі розділені на 3 групи. До першої ввійшли пацієнти, яким проведена пластика дефекту черепа перфорованою титановою пластиною (6 чоловік), до другої — хворі, яким проведена пластика титановою пластиною в комбінації з протакрілом (5 пацієнтів). Третю групу склали потерпілі, пластика яким проведена протакрілом — 8 хворих. Слід відмітити, що всім потерпілим закриття дефекту черепа проводилось, практично, через однаків проміжок часу — 4,5–7 місяців після травми. В 9 чоловік мав місце вдавнений перелом кісток черепа, іншим проводилась резекційна трепанація черепа з приводу оболонкових гематом (9 пацієнтів), двом — декомпресивна трепанація черепа. По розміру дефекту кісток черепа хворі розділені на 3 групи: малий дефект (до 15 кв.см) — 7 пацієнтів; середній (15–40 см.кв) — 9 хворих; та великий (понад 50 см.кв) — 3 пацієнта. Малий дефект заміщено протакрілом 5-ти хворим, перфорованою титановою пластиною — 2 пацієнтам. Середньої площі дефекти заміщались комбіновано 4 пацієнтам, 3-м — протакрілом, двом — титановою пластиною. Пластику дефекту черепа великого розміру (74 кв.см) одному хворому проведено титановою пластиною, двом хворим — комбінацією титану та протакрілу.

При виборі матеріалу для пластики враховувались кілька моментів: термін оперативного втручання, корекція косметичного дефекту та відсутність негативного впливу на процеси відновлення неврологічного дефіциту.

**Результати та їх обговорення.** Термін оперативного втручання при пластичі титановою пластиною становив 35–40 хвилин незалежно від кісткового дефекту. Комбінована пластика продовжувалась близько години з незначним коливанням в 10–15 хвилин в залежності від розміру дефекту. Оперативне втручання при пластичі протакрілом продовжувалось близько години і, практично, не залежала від розмірів дефекту.

Задовільна корекція косметичного дефекту наступила в 85% при заміщенні титановою пластиною, в 67% при заміщенні протакрілом, та 76% при комбінованому застосуванні матеріалів. Регрес синдрому "трепанованого черепа" наступив у 100% при заміщенні великих дефектів. В 36% пацієнтів після пластики дефектів різних розмірів протакрілом мали місце виражений дифузний головний біль та

субфебрилітет на протязі післяопераційного періоду, чого не спостерігалось при заміщенні титаном.

**Висновки.** Пластика протакрілом є оптимальною при невеликих дефектах кісток черепа. Середніх розмірів дефекти черепа доцільно заміщати перфорованою титановою пластиною, а при необхідності, комбінувати з протакрілом. Великі дефекти черепа повинні закриватись титановою пластиною.

## Новый способ приготовления аллотрансплантатов в реконструктивной хирургии последствий тяжелой ЧМТ

*Касумов Р.Д., Красношлык П.В.*

*ФГУ РНХИ им.проф. А.Л.Поленова,  
Россия, г.Санкт-Петербург, 191104, ул  
Маяковского, д.12  
e-mail: kelt00@mail.ru*

**Актуальность.** В связи с постоянным ростом черепно-мозгового травматизма происходит увеличение количества оперативных вмешательств, при которых часто производятся декомпрессионные трепанации черепа. Около 40% больных получают инвалидность в связи с наличием трепанационного дефекта и развитием синдрома трепанированных. При невозможности произвести аутопластику предпочтительно применять алломатериал. Важнейшими качествами аллотрансплантатов должны быть биопластичность, остеоиндуктивность и минимальная антигенность, которые обусловлены, в том числе, методами их обработки и консервации. Поиск новых способов обработки и консервации, обеспечивающий трансплантаты данными качествами, являются важной задачей трансплантологии.

**Цель работы:** улучшить результаты применения аллотрансплантатов.

**Материалы и методы.** Нами разработан способ подготовки костей свода черепа к пересадке (патент №2233588), который заключается в удалении костного мозга путем формирования перфораций в наружной пластинке аллокости и химической обработки пергидролем.

На клиническом материале — 60 больных с трепанационными дефектами свода черепа — произведено исследование эффективности применения демиелинизированных аллотрансплантатов. Комплексное обследование всех больных включало в себя клинико-неврологическое, рентгенологическое, МРТ, КТ, ЭЭГ, обследование специалистов смежных специальностей в динамике: до операции, в ближайший и отдаленный периоды после операции, исследовались также анализы ликвора, крови, мочи.

**Результаты.** В 92% получен хороший результат краниопластики данным видом трансплантатов. Сравнение результатов применения трансплантатов подготовленных по новому методу с результатами краниопластики аллокостью, приготовленной по распространенной методике консервации в растворе формалина (на 63-х больных) показало уменьшение количества воспалительных осложнений (8% против 13%). В послеоперационном периоде при исследовании гемограмм нами подсчитывался ядерный индекс сдвига, который является отражением реактивности организма на трансплантацию. Степень ядерного сдвига у всех больных весь послеоперационный период указывала на легкое течение воспалитель-