

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-

ной реакції (0,08–0,3). Однак у деяких в крові з'являлись незрілі елементи (миелоцити, проміелоцити, миелобласти), які являлись маркерами гіперреактивного імунного відповіді. Це явище, в основному, отмечалося у хворих, котрим произведена пластика формалінізованої аллокістю. Статистически достовірне зниження ступеня ядерного сдвигу виявлено у хворих з пересаженими демієлінізованими аллотрансплантатами, що характеризує меншу ступень імунного відповіді на даний вид трансплантата.

Контрольна рентгенографія производилась в строки от 3-х місяців до 1 року після краніопластики 19-и хворих; в строки от 1 року до 2,5 років — 5-и хворих, через 3 роки після краніопластики ми наблюдали одного хворого. На краніограмах в пересажених кістках черепа отмечались процессы перестройки, которые характерны для всех видов аллотрансплантатов (по данным предыдущих исследований и эксперимента).

Выводы. Предложенный метод следует рассматривать как альтернативную методику заготовки и способ хранения костной ткани, обеспечивающую наименьшую иммунную реакцию и хорошую тканевую совместимость трансплантата, что позволяет широко внедрять его в клинику.

Тактика хірургічного лікування після-травматичних абсцесів головного мозку

Оришак М.І., Єрошкін О.А.

*Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика,
м. Київ, 04112, вул. Дорогожицька, 9
e-mail: orishakani@mail.ru*

Метою дослідження було покращення результатів хірургічного лікування хворих з черепно-мозковою травмою ускладненою абсцесами головного мозку.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовано результати хірургічного лікування 31 хворого з післятравматичними абсцесами головного мозку. Серед найчастіших хірургічних втручань в 58,1% випадках використовувався метод дренивання абсцесів в комбінації з пункційною аспірацією. Метод тотального видалення абсцесів використовувався в 25,8% випадків. Крім того, використовувались комбінації методів пункційної аспірації + видалення (6,5%), дренивання + тотальне видалення (6,5%), а також пункція + дренивання + видалення (3,2%). Загальна летальність складала 6,5% хворих. На момент виписки хворих із стаціонару практично виздоровлення відмічено у 4 (12,9%) оперованих хворих, часткове покращення — у 18 (58,1%) хворих, залишкові явища у вигляді стійкої пірамідної недостатності, судомні напади, мовні розлади спостерігались у 7 (22,6%) хворих. Померло 6,5% прооперованих — 2 хворих. Функціональні результати хірургічних втручань в значній мірі залежали від передопераційного неврологічного статусу.

Результати та їх обговорення. Лікування післятравматичних абсцесів головного мозку було комплексним: хірургічне втручання, яке було в основному провідним, доповнювалося консервативною терапією. В наших спостереженнях метод пункційної аспірації з успіхом використовувався в комбінації з дрениванням (18 випадків) чи тотальним видаленням (2 випадки) при однокамерних післятравматичних

абсцесах головного мозку, множинних абсцесах, які розташовувались на значній відстані один від одного в півкулях великого мозку, а також поодинокі двочисні абсцесах. Дренивання абсцесу в комбінації з методом пункційної аспірації за нашими спостереженнями виконувалося у 21 хворого. Показами до дренивання післятравматичних абсцесів були: наявність великих по розмірах абсцесів із слабо сформованою капсулою і широкою перифокальною зоною енцефаліту, генералізація інфекції, поверхневе розташування абсцесу, важкий стан хворого. Метод тотального видалення післятравматичного абсцеса мозку, як правило, використовувався при наявності добре сформованої капсули, яка відокремлювала абсцес від оточуючої мозкової речовини. Добре сформована капсула абсцеса забезпечувала радикальне його видалення. Тотальне видалення абсцеса іноді комбінувалось з пункційною аспірацією абсцесу (2 випадки) і дрениванням гнійного вмісту (2 випадки). В наших спостереженнях найбільш ефективним виявився комбінований метод лікування післятравматичних абсцесів головного мозку, який включав в себе пункцію з послідовним дрениванням абсцесів, а також подальше тотальне видалення його з капсулою. До такого способу лікування вдаються в тих випадках, коли важкий стан хворого спочатку не дає змогу проводити радикальне хірургічне втручання. В результаті використання комбінації методів пункційної аспірації з дрениванням порожнини абсцесів з 18 хворих, яких ми спостерігали, був лише один летальний випадок.

Висновки. Метод дренивання абсцесу ефективний при великих внутрішньомозкових абсцесах з рихлою капсулою, що недостатньо сформована, при розташуванні абсцесу в функціонально значущій та важкодоступній зоні мозку.

Тотальне видалення післятравматичного абсцесу мозку рекомендоване при наявності сформованої, щільної капсули абсцесу, відсутності гострих запальних змін з боку мозкових оболонок та мозку, задовільному стані хворого, розташуванні абсцесу поза функціонально значущими зонами мозку.

Методом вибору в лікуванні післятравматичних абсцесів мозку є хірургічний метод, який включає поєднання різноманітних комбінацій хірургічного втручання — пункції, дренивання та тотального видалення абсцесів.

Диагностические возможности транскраниальной ультрасонографии у детей грудного и ясельного возраста с черепно-мозговой травмой средней степени тяжести

Григорьев Е.А., Ющак И.А., Горищак С.П., Табинский А.С.

*Областная детская клиническая больница,
г.Одесса, 65031, ул. акад. Воробьева, 3
e-mail: Grigoryevns59@mail.ru*

Цель работы. Изучение диагностических возможностей транскраниальной ультрасонографии (ТУС) у детей с ЧМТ путем сравнительно анализа с КТ-исследованием головного мозга, улучшение исходов ЧМТ у детей.

Материалы и методы. За период с 2004–2006 гг. нами было обследовано 126 детей в возрасте от 1