

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, відзначалося у хворих, яким проведена 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 вироблялась в строки від 3-х місяців до 1 року після краніопластики 19-и хворих; в строки від 1 року до 2,5 років — 5-и хворих, через 3 роки після краніопластики ми спостерігали одного хворого. На краніограмах в пересажених кістках черепа відзначались процеси перестройки, які характерні для всіх видів аллотрансплантатів (по даним попередніх досліджень і експерименту).

Висновки. Представлений метод слід розглядати як альтернативну методику заготовки і способу зберігання кісткової тканини, що забезпечує найменшу імунну реакцію і хорошу тканинову сумісність трансплантата, що дозволяє широко застосовувати його в клініці.

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 дренирування 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%), дренирування + тотальне видалення (6,5%), а також пункція + дренирування + 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, доповнювалось консервативною терапією. В наших спостереженнях метод пункційної аспірації з успіхом використовувався в комбінації з дренируванням (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 абсцеси. Дренирування абсцесу в комбінації з методом пункційної аспірації за нашими спостереженнями виконувалося у 21 хворого. Показани до дренирування 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 абсцесу 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 дренируванням гнійного вмісту (2 випадки). В наших спостереженнях найбільш ефективним виявився комбінований метод лікування післятравматичних абсцесів головного мозку, який включав в себе пункцію з послідовним дренируванням 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 дренируванням порожнини абсцесів з 18 хворих, яких ми спостерігали, був лише один летальний випадок.

Висновки. Метод дренирування 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, дренирування 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 сравнительного 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