

ной реакції (0,08–0,3). Однак у деяких в крові з'являлись незрілі елементи (миелоцити, проміелоцити, миелобласти), які були маркерами гіперреактивного імунного відповіді. Це явище, в основному, відзначалося у хворих, яким було проведено пластика формалінізованої аллокістю. Статистически достовірне зниження ступеня ядерного сдвигу виявлено у хворих з пересаженими демієлінізованими аллотрансплантатами, що характеризує меншу ступінь 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 експериментів).

Висновки. Представлений метод слід розглядати як альтернативну методику підготовки 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, доповнювалося 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. Показами 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 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 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

месяца до 3-х лет с ЧМТ средней степени тяжести (ушибы головного мозга легкой и средней степени тяжести).

Обследования проводили, используя портативный ультразвуковой сканер Aloka SSD-500 с микроконвексным секторным датчиком 3.5 МГц, 5 МГц. Данные, полученные при ТУС, сравнивались с результатами во время КТ-исследования на спиральном компьютерном томографе Siemens Somatom Emotion.

Результаты. У 97 детей перенесших ЧМТ верифицированы подпапневротические гематомы, которые располагались, как правило, в проекции перелома костей черепа. Интракраниально кровоизлияний обнаружено не было.

У 12 пациентов при ТУС-исследовании выявлены поднадкостнично-эпидуральные гематомы.

У 7 детей обнаружены эпидуральные кровоизлияния.

У 3-х детей верифицированы субдуральные гематомы.

Также у 23-х пациентов с ЧМТ обнаружены изменения характерные для перинатального поражения ЦНС (расширение конвекситаальных субарахноидальных пространств, расширение желудочковой системы).

Всем пациентам в дальнейшем был произведен КТ-контроль. Данные, полученные во время ТУС, полностью подтвердились у 121 ребенка, что составило 95.2%.

Расхождения при ТУС исследовании и КТ-контроле были следующие:

1. У 3-х детей эпидуральная гематома оказалась артефактом.

2. У двоих детей из-за незначительных размеров не было выявлены эпидуральные напластования.

Выводы.

1. ТУС в детской нейротравматологии имеет преимущества в сравнении со стандартной нейросонографией, позволяющая видеть и оценивать структуры мозга дополнительно через кости черепа.

2. Высокая информативность ТУС, отсутствие лучевого воздействия позволяет проводить данное обследование многократно, проводя тщательный мониторинг течения болезни, улучшая качество лечения и исход заболевания.

Опыт использования титановых имплантатов изготовленных с применением компьютерного моделирования и стереолитографии в лечении больных с посттравматическими костными дефектами кранио-максиллярной зоны

Духовский А.Э., Марков А.В.

*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
г.Харьков, 61018, пер. Балакирева, 3-А
тел. +380 57 3437377, 3431013*

Существует проблема восстановления естественного рельефа поврежденного черепа, особенно, если дефект занимает сложные по конфигурации анатомические зоны. Наиболее перспективным вариантом решения этой проблемы является создание

трехмерных компьютерных моделей черепа пациента с последующим преобразованием в полномасштабные трехмерные пластиковые (лазерная стереолитография), с изготовлением имплантатов и их пресс-форм (Кравчук А.Д., Потапов А.А., Корниенко В.Н., 2003).

Целью наших исследований является отражение опыта применения пластики дефектов костей черепа титановыми имплантатами, изготовленными с использованием компьютерного моделирования и стереолитографии.

Материалы и методы. В нейрохирургической клинике ХГКБСМП с 2003г активно используются титановые конструкции фирмы "Конмет" (стандарт титана — ASTM F67-89 Grade 4) в качестве материала для краниопластики.

Результаты. В группе больных составляющую 21 человек, которым пластику костных дефектов производили титановыми имплантатами, не наблюдалось ни одного осложнения. Анализ катамнестических данных так же не выявил каких либо осложнений и неудобств у пациентов. В частности ожидаемые неудобства, связанные с высокой теплопроводностью материала не наблюдались. Однако в ряде случаев наблюдался недостаточный косметический эффект в виде западения глазного яблока на стороне поврежденной орбиты. Последнее мы связываем с двумя причинами: 1) атрофия паро-орбитальной клетчатки, 2) за период с момента первичного оказания помощи до момента реконструктивной операции в тканях возникают рубцовые изменения зачастую не позволяющие восстановить крышу орбиты, т.е. в последствии сохраняется кранио-орбитальное соощение.

Выводы. Пластику костных дефектов кранио-фациального перехода необходимо выполнять по возможности в максимально ранние сроки с момента получения травмы, при первичной обработке необходимо максимально сохранять и стабилизировать костные фрагменты, последнее зачастую дает возможность избежать последующих реконструктивных операций.

О малоинвазивном хирургическом лечении хронических субдуральных гематом (ХТСГ)

*Ольхов В.М., Кириченко В.В.,
Ольхова И.В., Горбатьок К.И.*

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

Цель. Определить наиболее оптимальные методы хирургического лечения ХТСГ у лиц различных возрастных групп.

Материалы и методы. Проведён анализ частоты встречаемости и результаты лечения ХТСГ в областном нейрохирургическом отделении.

Результаты и их обсуждение. В течении 2005 года в областном нейрохирургическом отделении находилось на стационарном лечении 23 больных с ХТСГ. Это составило 2,8% от всех больных, лечившихся в стационаре за этот период времени, и 29,2% от пострадавших с ЧМТ. В 7 раз ХТСГ чаще диагностировалась у лиц мужского пола, при практически равной локализации над тем или иным полушарием