

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 конвекситальных 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