

головного мозга. В 4,3% наблудений они располагались с двух сторон. Средний возраст больных с ХТСГ составил 61,4 года. Причиной возникновения субдуральных кровоизлияний в 78,7% была легкая ЧМТ, в 21,3% средней степени тяжести.

Основным методом диагностики ХТСГ были МРТ и КТ.

Показаниями к операции являлись нарастающие нарушения сознания, неврологические расстройства, гемодинамические изменения.

У 8,7% больных наступило самоизлечение субдуральной гематомы. В 95,6% ХТСГ удалялись через одно фрезевое отверстие, которое накладывалось над теменным бугром. В течении 1–2 суток сохранялся пассивный субдуральный дренаж, через который выделялось за этот промежуток времени от 40 до 350 мл серозно-геморрагического отделяемого. После проведения контрольной КТ, свидетельствующей о расправлении мозга, субдуральный дренаж удалялся. У остальных больных прибегали к удалению ХТСГ через два фрезевых отверстия.

Все оперированные больные выписаны из отделения в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Наиболее оптимальным методом хирургического лечения ХТСГ по нашим данным, независимо от возраста больных является проведение малоинвазивного оперативного вмешательства — удаление ХТСГ через одно фрезевое отверстие с использованием на протяжении 1–2 суток пассивной дренажной системы.

Стабильный металоостеосинтез фрагментов костей краниофациального перехода при первичной хирургической обработке краниобазальных повреждений

Марков А.В., Духовский А.Э.

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

Анатомическая близость мозгового и лицевого черепа предопределяет значительную частоту одновременного повреждения головного мозга и челюстно-лицевой области. Травмы лобно-скуло-орбитальной области составляют до 30% от общего числа черепно-лицевых повреждений. Репозиция костных фрагментов в анатомически правильном положении и их стабильная фиксация титановыми минипластинами и минивинтами (Еолчиан С.А., 2003) во время первичной коррекции краниобазальных повреждений может в принципе исключить необходимость повторных реконструктивных операций и снизить степень инвалидизации пациента (Жанайдаров Ж.С., Климаш А.В., 2005).

Цель наших исследований — изучение эффективности стабильного металоостеосинтеза костных фрагментов краниофациального перехода титановыми минипластинами при первичном оказании помощи больным с краниобазальными повреждениями.

Материалы и методы. В нейрохирургической клинике ХГКБСМП для стабилизации костей черепа с 2002 года активно применяются титановые стабилизирующие системы фирмы “Конмет” (Россия,

Москва), низкопрофильный комплекс: винт и микропластина.

Результаты. За период 2002 — 2006гг нами анализировано 18 случаев применения фиксирующих систем для стабильного металоостеосинтеза фрагментов костей выше указанной зоны. Во всех наблюдениях получены хорошие и удовлетворительные функциональные и косметические результаты. Ни в одном случае не отмечалось нагноения или отторжения костных фрагментов. Данные КТ исследования и краниография, проведенные через 6–12 месяцев после операции, показали возможность консолидации свободных костных фрагментов друг с другом и с окружающей костной тканью.

Выводы. Стабильный металоостеосинтез фрагментов костей краниофациального перехода в момент первичного оказания помощи больным с краниобазальными повреждениями является удобным, безопасным методом одномоментной реконструкции свода и основания черепа, орбиты, лицевого скелета и имеет неоспоримые преимущества перед другими реконструктивными методиками в отсроченном периоде.

Методи нейровізуалізації в діагностиці назальної ліквореї

Дядечко А.О.

*Інститут нейрохірургії ім. акад.
А.П.Ромоданова АМН України,
м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4864608,
e-mail: brain@neuro.kiev.ua*

Метою дослідження є покращення лікування хворих з назальною ліквореєю шляхом оптимізації діагностичного алгоритму.

Матеріали та методи. Робота базується на спостереженні 52 випадків назальної ліквореї різного генезу (28 хворих з травматичною, 8 — ятрогенною, 12 — спонтанною, та 4 — симптоматичною назальною ліквореєю. 51 хворому проведено КТ-цистернографію з використанням неіонних контрастних речовин, у 1 випадку проводилась МРТ-цистернографія.

Результати та їх обговорення. Відомо, що одним з важливих питань, які суттєво впливають на результати лікування хворих з назальною ліквореєю, є визначення локалізації лікворних фістул. Методами, що вирішують це питання в переважній більшості випадків є ліквородинамічні (МРТ-лікворографія) та лікворостатичні (КТ-цистернографія та МРТ-цистернографія) методи нейровізуалізації.

В аналізованих нами випадках переважно використувувалась КТ-цистернографія (у 51 хворого). Ефективність методу склала — 93,3%, переважно у хворих з травматичною та ятрогенною ліквореєю, де витікання рідини було значним.

Неефективним метод виявився у випадках незначної та спонтанної ліквореї з невеликими розмірами лікворної фістули та у хворих з ліквородинамічними порушеннями внаслідок багаторазово перенесення менінгоенцефаліту, що ускладнювало надходження контрастної рідини. В одному з таких випадків проведена МРТ-цистернографія, яка була ефективною.

В усіх аналізованих випадках дані дослідження про локалізацію фістули корелювали з отриманими під час оперативних втручань.