

головного мозга. В 4,3% наблудений они распола- гались 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 суб- дуральной 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 уда- лялся. У остальных больных прибегали к удалению ХТСГ через два фрезевых отверстия.

Все оперированные больные выписаны из отде- ления в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Наиболее оптимальным методом хирургического лечения ХТСГ по нашим данным, независимо от возраста больных является проведе- ние 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 (Еолчан С.А., 2003) во время первичной коррекции краниобазаль- ных повреждений может в принципе исключить необходимость повторных реконструктивных опе- раций и снизить степень инвалидизации пациента (Жанайдаров Ж.С., Климаш А.В., 2005).

Цель наших исследований — изучение эффек- тивности стабильного металоостеосинтеза костных фрагментов краниофациального перехода титано- выми минипластинами при первичном оказании помощи больным с краниобазальными поврежде- ниями.

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

Москва), низкопрофильный комплекс: винт и мик- ропластина.

Результаты. За период 2002 — 2006гг нами ана- лизировано 18 случаев применения фиксирующих систем для стабильного металоостеосинтеза фраг- ментов костей выше указанной зоны. Во всех наблудениях получены хорошие и удовлетворительные функциональные и косметические результаты. Ни в одном случае не отмечалось нагноения или отторже- ния 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 фраг- ментов костей краниофациального перехода в момент первичного оказания помощи больным с кранио- базальными повреждениями является удобным, безопасным методом одномоментной реконструкци 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 спос- тереженні 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 лікво- реєю, є визначення локалізації лікворних фістул. Методами, що вирішують це питання в переважній більшості випадків є ліквородинамічні (МРТ-лікво- рографія) та лікворостатичні (КТ-цистернографія та МРТ-цистернографія) методи нейровізуалізації.

В аналізованих нами випадках переважно вко- ристовувалась 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 лікворо- динамічними 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 данні дослідження про локалізацію фістули корелювали з отриманими під час оперативних втручань.

Висновки.

1. Ліквородинамічні методи нейровізуалізації дозволяють достовірно визначити розташування лікворних фістул при назальній ліквореї.

2. При значних ліквореях різного генезу методом вибору є КТ-цистернографія з використанням неіонних рентгенконтрастних речовин.

3. При незначній ліквореї, переважно спонтанній, є ефективним проведення МРТ-цистернографії.

**Хирургическая тактика при сочетанном
кранио-орбитальном ранении
— инородное тело левой орбиты,
проникающее в область средней
черепной ямки**

Данчин А.Г., Денисюк Н.Б.,
Данчин А.А., Денисюк Л.И.**

*Клиника нейрохирургии и неврологии Главного
военного клинического госпиталя
МО Украины,*

*г. Киев, ул. Госпитальная, 18, начальник
ГВКГ — генерал-майор медицинской службы,
доктор медицинских наук Бойчак М.П.,
тел. +380 44 5228379,*

Центр микрохирургии глаза,
г. Киев, пр. Комарова, 3-а, главный врач —*

*доктор мед. наук Рыков С.А.,
тел. +380 67 4061714,
e-mail: bomartin@yandex.ru*

Цель. Сочетанные кранио-орбитальные ранения и травмы, по данным литературы, составляют около 43% от всей сочетанной черепно-лицевой травмы. Тем не менее, повреждения исследуемой области с наличием инородных тел в полости глазницы и черепа встречаются относительно редко. Выработка хирургической тактики в таких наблюдениях является сложной и важной частью лечения больного. В связи с единичными сообщениями в медицинской литературе об удалении инородных тел кранио-орбитальной области мы приводим наши наблюдения лечения пациентов с данным видом травмы.

Материалы и методы. В клинике нейрохирургии и неврологии Главного военного клинического госпиталя МО Украины в период с 1995 по 2005 год наблюдались 7 пациентов с сочетанной кранио-орбитальной травмой, при которой в полости глазницы имелось инородное тело. Все больные были мужчинами, средний возраст составил 36 лет.

У трех пациентов превалировала черепно-мозговая патология с наличием вдавленных переломов лобной и височной костей и повреждением верхнелатеральных стенок орбиты, инородные тела (фрагменты бетона, камня, металла) располагались в полости орбиты и интракраниально. Эти пациенты были оперированы в первые сутки с момента поступления — им выполняли первичную хирургическую обработку ран, устранение вдавленных переломов, удаление инородных тел и репозицию костных отломков.

Особый интерес с точки зрения выработки хирургической тактики представляет пациент с превалированием орбитальной патологии, при которой ранящее инородное тело проникало интракраниально в область средней черепной ямки.

Результаты и обсуждение. Все пациенты с сочетанной кранио-орбитальной травмой, входящие в наши наблюдения, были выписаны из нейрохирургического отделения с положительными результатами после проведенного лечения. У всех пациентов были устранены краниальные повреждения, очаговая патологическая неврологическая симптоматика существенно регрессировала. Однако у двух пациентов с вдавленными переломами лобной и височной костей и повреждением верхней стенки орбиты были повреждены зрительные нервы в зрительном канале, что привело к их атрофии и резкому снижению остроты зрения.

Выводы. Нам представляется целесообразным проводить полное диагностическое обследование пациентов с применением как КТ, так и МРТ головного мозга с сосудистыми программами для выработки наиболее благоприятной тактики хирургического лечения пациентов с данной патологией. Хирургические вмешательства при подобных видах ранений должны проводиться в нейрохирургических стационарах при совместном участии офтальмологов.

Оказание специализированной медицинской помощи пострадавшим с кранио-орбитальными травмами необходимо проводить в кратчайшие сроки. Поздняя диагностика, а, следовательно, и лечение увеличивают риск развития осложнений, приводящих к серьезным функциональным нарушениям и длительной нетрудоспособности пациентов.

**Изучение показателей мозговой
перфузии методом ОФЭКТ у больных
с отсроченными проявлениями
травматических повреждений
головного мозга**

Кузьменко Д.А.

Институт нейрохирургии им. акад.

*А.П.Ромоданова АМН Украины,
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32
тел. +380 44 4864608,
e-mail: plastika05@inbox.ru*

Цель: сопоставление структурных изменений и показателей мозговой перфузии у больных с отсроченными травматическими повреждениями головного мозга (ОТПГМ) для повышения эффективности диагностики.

Материалы и методы. Обследовано 20 больных с ОТПГМ в остром периоде ЧМТ. Всем пациентам проведены КТ и однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) с Тс 99м ГМПАО на 1–3 сутки пребывания в стационаре и в динамике наблюдения за больными.

Результаты. У 11 больных на первичном КТ визуализированы очаги ушибов 1 вида (8 больных) и 2–3 видов (3 больных), у 9 больных при проведении первичного КТ не выявлено структурных изменений. При проведении КТ в динамике выявлено появление отсроченных очагов ушибов 1 вида у 7 больных, трансформация очагов 1 вида в очаги 2–3 видов (5 больных), увеличение размеров очагов ушиба (6 больных). У 5 больных отмечено формирование отсроченных субдуральных кровоизлияний с последующей трансформацией в хронические субдуральные гематомы. У 5 пациентов выявлены множественные ОТПГМ. У 15 больных наблюдалась