

## Локальний фибринолиз в ранньому відновленні хворих з травматичними внутримозговими кровоизливаннями.

Готин А. С., Болюх А. С

ГУ «Інститут нейрохірургії  
ім. акад А.П. Ромоданова НАМН України»  
Київ  
Україна  
044 486 46 08  
sgotin@yahoo.com

**Цель работы:** изучить возможности нового малоинвазивного метода локального фибринолиза (ЛФ) в раннем восстановлении больных с травматическими внутримозговыми кровоизлияниями (ТМК).

**Материалы и методы:** метод ЛФ применялся в хирургическом лечении 19 больных с ТМК. Возраст оперированных пациентов данным методом – от 26 до 70 лет, средний возраст –  $46 \pm 2,7$  лет. Мужчин было 15 (79%), женщин 5 (21%). Уровень сознания 15 баллов наблюдался у 1 пострадавшего с ТВК (5,2%), 14-13 баллов ШКГ – у 8 пациентов (42,1%), 11-12 баллов – у 6 (31,7%) пострадавших, 9-10 баллов ШКГ – у 3 (15,8%) больных, 8 баллов было у 1 пациента (5,2%). Смещение срединных структур до 5 мм наблюдалось у 8 пациентов (42,1%), больше 5 мм у 8 (42,1%) больных, и смещение отсутствовало у 3 пострадавших (15,8%). В группе наблюдения отмечались следующие клинико-неврологические симптомы: нарушение сознания различной степени (18 пациентов), головная боль (19 пациентов), рвота (7 пострадавших), брадикардия (5 пациентов), с-мы выпадения (12 больных), эпизиндром (1 пациент), и стволовые с-мы без витальных нарушений имели место у 4 пациентов. ЛФ проводили урокиназой двум больным, фармакиназой – 17 больным. Один больной с ТМК и внутрижелудочковым кровоизлиянием страдал гемифилией А, у одной больной ТВК развилось на фоне коагулопатии, обусловленной постоянным приемом фенилина.

**Результаты:** Позитивные результаты хирургического лечения ТМК малоинвазивным методом ЛФ получены у 18 (94,9%) из 19 пациентов (удаление более 2/3 объема кровоизлияния, регресс дислокационного синдрома, регресс очаговой неврологической симптоматики). Контрольное КТ исследование показало, что лизис кровоизлияния  $\geq 2/3$  от первоначального объема, наблюдался у 4-х пациентов в течение 12 – 24 часов после начала фибринолиза. У 14 пострадавших лизис кровоизлияния отмечался в течение 48 – 72 часов. Регресс неврологической с-ки у этих 18 больных отмечался уже на 1-е сутки после операции. Полный регресс неврологической с-ки отмечен у 15 больных. У троих больных, которые поступали в клинику с контрлатеральной гемиплегией, движения в конечностях восстанавливались уже на 2-е сутки после операции, регресс гемиплегии до легкого гемипареза отмечался спустя 3 недели после вмешательства. Одному больному в связи с неэффективностью ЛФ проведена костно-пластическая трепанация черепа с удалением гематомы. Все больные выписаны из стационара.

**Выводы:** ЛФ является эффективным малоинвазивным методом лечения ТВК.

## Применение индивидуальной сетчатой конструкции при посттравматических дефектах кранио-орбитальной области

Гохфельд И.Г., Павлов Б.Б., Лихолетов А.Н.

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького  
Донецк  
Україна  
(062)3114684, +380990077771  
LIKHOLETOV-AN@RAMBLER.RU

Актуальность краниопластики при посттравматических дефектах черепа обусловлена увеличением числа больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, ростом хирургической активности, широким применением резекционной трепанации черепа с целью декомпрессии.

Целью исследования явилось изучение метода краниопластики посттравматических костных дефектов черепа индивидуальной сетчатой пластиной из титана по стереолитографической модели, предложенной фирмой КОММЕТ.

Проведен анализ лечения 29 больных с посттравматическими дефектами черепа, оперированных в клинике нейрохирургии ОТБ г.Донецка за период 2006-2010 г.г. Возраст больных варьировал от 12 до 65 лет. Из них 24(82,7%) составили мужчины и 5(17,3%) женщины. Размер костного дефекта у больных определен от 6 до 105 кв.см. Наиболее частой локализацией дефекта отмечено в лобно-орбитальной области – у 15(53,6%) больных.

Методика проведения краниопластики позволяет сократить время проведения оперативного пособия, снизить риск интраоперационного травмирования твердой мозговой оболочки и сосудов, уменьшить риск возникновения послеоперационных осложнений, добиться хорошего косметического эффекта за счет предельно точного изготовления конструкции, в том числе в дефектах, затрагивающих верхнюю зону лица, дефектах большой площади. При дефектах меньшей площади, расположенных конвексально возможно использование стандартных перфорированных пластин из титана, которые моделируются во время операции.

Таким образом, применение индивидуальной сетчатой конструкции на основе стереолитографической модели при пластике посттравматических дефектов черепа отвечает современным требованиям нейрохирургии, является составляющей и завершающей стадией лечения тяжелой черепно-мозговой травмы, способствует более точной коррекции косметических дефектов верхней половины лица, зачастую является единственным возможным способом решения данной проблемы.