

Місце титанових імплантатів в реконструктивній хірургії післятравматичних дефектів черепа

Зорін М.О., Сірко А.Г., Кирпа І.Ю.

Державна медична академія, КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»
Дніпропетровськ, Україна
(056) 7135113,
neurosirko@ua.fm., neurosirko@mail.ru

Мета. Визначити оптимальні методи закриття післятравматичних дефектів черепа (ПТДЧ) та області застосування титанових імплантатів.

Матеріали і методи. В клініці нейрохірургії з 2006 по 2009 рік включно оперовані 58 хворих з багатоуламковими переломами кісток черепа. Первинна пластика ПТДЧ виконана 23 хворим, пізня пластика – 35 хворим. Перед операцією проводили прищільну та стандартну краніографію у 2-х проєкціях, спіральну комп'ютерну томографію на томографі «СТe/Dual» (General Electric) з 3D реконструкцією. За розмірами дефекти поділяли на малі (до 10 кв.см), середні (до 30 кв.см.), великі (до 60 кв.см), значні (більше 60 кв.см.).

Використовували стандартні титанові сітчасті пластини (ТСП) «ажур» розмірами 100*100*0,6 мм з радіусом сфери 130 та 170 мм виробництва «Конмет» (Росія). Для фіксації фрагментів перелому використовували титанові мініпластини.

Больові відчуття пацієнтів та «косметичний» результат після операції оцінювався за допомогою візуальних аналогових шкал (ВАШ) через 1 рік після операції.

Результати і їх обговорення. Первинна пластика дефектів черепа після видалення багатоуламкових втиснених переломів виконана 23 хворим. У 14 хворих видалляли уламки перелому, фіксували їх між собою титановими міні пластинами та встановлювали на місце. Рана в проєкції перелому відзначена у 71,4% хворих. Малі переломи мали місце у 21,4% хворих, середні – у 71,4%, великі – у 7,1%.

У 9 хворих виконана резекція багато уламкового депресійного перелому з наступною первинною пластикою ТСП. Рана в проєкції перелому зустрічалася у 77,8% хворих. Малі переломи діагностовано у 66,7% хворих, середні – у 22,2%, великі – у 11,1%.

35 хворим виконана пізня пластика дефектів черепа стандартними ТСП. Малі дефекти діагностовано у 2,9% хворих, середні – у 20%, великі – у 28,6%, значні – у 48,6% хворих.

Не відзначено жодного випадку інфекційного ускладнення. Із всіх пацієнтів 67,2% назвали свої результати відмінними, 24,1% – добрими, 8,7% – задовільними і 0% – поганими. Болю не було у 86,2% пацієнтів, а 89,7% були задоволені косметичним результатом, відзначаючи > 75 мм на ВАШ косметичного результату. Всі пацієнти знов обрали б краніопластику, стверджуючи, що після реконструкції черепа якість їхнього життя покращилася.

Висновки. 1. При первинній хірургічній обробці рани необхідно максимально зберігати і стабілізувати кісткові фрагменти, проводити первинну пластику, що дозволяє запобігти наступних реконструктивних операцій.

2. Наявність рани в проєкції перелому не є проти показом для проведення первинної пластики, проте вимагає адекватної хірургічної обробки рани.

3. Пізня пластика стандартними ТСП дозволяє досягти гарного косметичного результату та уникнути можливих ускладнень.

Пластическое закрытие базальных дефектов черепа при спонтанной ликворее

Зорин Н.А., Мосийчук Н.М., Сирко А.Г., Сальков Н.Н.

Днепропетровская государственная медицинская академия
Днепропетровск
Украина
(056) 7135113
neurosirko@mail.ru

Цель работы. Повышение эффективности лечения спонтанной назальной ликвореи (СНЛ).

Материал и методы. С 2002 по 2010 год оперировано 43 больных со СНЛ. Период наблюдения после операции составил от 1 года до 7 лет.

С целью определения локализации ликворного свища в период с 2002 по 2006 год 31 больному проведена фистулоцистернография при помощи аппарата Philips-Integris V-300 в режиме рентгеноскопии. В 2006 году внедрена методика КТ-цистернографии. Выполнялась спиральная компьютерная томография во фронтальной проекции с шагом в 1 мм. Обследовано 12 больных. После операции проводилось длительное наружное дренирование ликвора.

Результаты. Локализация ликворного свища в области решетчатой кости (РК) отмечена в 31 (72%) случае, в области клиновидной пазухи (КП) – в 12 (28%) случаях.

В период с 2002 по 2006 год оперировано 20 больных с дефектами в области РК и 11 больных с дефектами КП. Все оперативные вмешательства выполнялись эндоназальным доступом. Облитерация дефекта производилась медицинским клеем «Левкин» (Институт химии высокомолекулярных соединений). Полимерный клей «Левкин» по своему составу и химической структуре близок к пептидным группам белков, что обеспечивает биосовместимость с костными тканями, позитивную синтезацию и остеогенез. У 16 (80%) больных с локализацией свища в области РК ликворея прекратилась. У 4-х больных отмечался рецидив ликвореи, выполнено транскраниальное закрытие ликворного свища. При локализации дефекта в области КП у 10 (91%) больных ликворея прекратилась. В 1 случае отмечался рецидив ликвореи, выполнено повторное эндоназальное закрытие ликворного свища. Установлено, что в случаях рецидивов ликвореи отмечались большие размеры дефекта основания черепа (более 5 мм в диаметре).

В период с 2006 по 2010 год оперировано 8 больных с дефектами в области РК, 4 больных в области КП. В 1 случае при большом размере дефекта в области РК выполнено транскраниальное закрытие ликворного свища, другим – при двусторонней локализации фистулы КП операция выполнена трансептальным доступом. В остальных случаях операции выполнены трансназальным доступом. Рецидивов ликвореи в данной группе больных не отмечалось.

Выводы:

1. Установлено, что КТ-цистернография является более информативным методом в установлении локализации и размеров ликворной фистулы.

2. Эффективность закрытия ликвореи в период с 2002-2006 году составила 83,8%, в период с 2006 по 2010 год – 100%.

3. В лечении СНЛ предпочтение следует отдавать эндоназальным вмешательствам, учитывая их высокую эффективность и малотравматичность.

4. Наибольшая эффективность трансназальных вмешательств отмечена при локализации ликворной фистулы в области КП.

5. Проведение транскраниальных вмешательств показано при больших дефектах РК и в случаях рецидивов после эндоназальных вмешательств.