

Метод локального фибринолиза может быть эффективно использован у больных в компенсированном состоянии или в начальной стадии декомпенсации дислокационного синдрома.

#### **Литература**

1. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме [Текст]: под ред. А.Н.Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А.А.Потапова // В 3-х томах. – М.: Антидор, 2001.

2. Крылов, В.В. Показания и противопоказания к применению фибринолитиков в лечении травматических внутричерепных гематом [Текст] / В.В.Крылов, В. В.Лебедев, С. А. Буров, А.Э. Талыпов, И.Е. Галанкина // Нейрохирургия: журнал. – 2005. – № 3.

3. Лебедев, В.В. Неотложная нейрохирургия [Текст]: руководство для врачей / В.В.Лебедев, В.В.Крылов. – М., Медицина, 2000. – с. 506-530.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВДАВЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ СВОДА ЧЕРЕПА**

*А.В. Пьянков<sup>1</sup>, А.В. Киселёв<sup>2</sup>, А.В. Пряничников<sup>2</sup>*

Территориальный центр медицины катастроф Свердловской области<sup>1</sup>,  
Центральная городская клиническая больница №24<sup>2</sup>

**Введение.** Вдавленные переломы свода черепа, как фактор травматического сдавления головного мозга, занимают второе место после внутричерепных гематом. Наличие вдавленного перелома черепа обычно является показанием к хирургическому лечению. Несмотря на частую встречаемость вдавленных переломов, до настоящего времени нет единой концепции их хирургического лечения, особенно в остром периоде, и этому вопросу в мировой литературе посвящены лишь единичные сообщения [1, 2, 3].

**Цель:** провести сравнительную оценку различных способов оперативного лечения вдавленных переломов свода черепа.

**Материалы исследования.** Проведено обследование и оперативное лечение 50 больных со вдавленными переломами свода черепа, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении МБУ ЦГКБ № 24 в период 2007-2009 годов. Для сравнения было выделено 2 группы больных. Первую группу (36 человек - 72%) составили больные, которым первичная хирургическая обработка (ПХО) вдавленного перелома проводилась по экстренным показаниям без краниопластики. При отсут-

ствии круглосуточной компьютерной томографии (КТ) показанием к операции являлись наличие открытого вдавленного перелома у больных с обнаружением признаков проникающего повреждения (кровотечение, ликворея, мозговой детрит в ране), а также хирургическое лечение выполнялось больным, находящимся в тяжелом состоянии с признаками нарастающей компрессии головного мозга. Выполняли резекционную трепанацию с удалением участка вдавления. Твердая мозговая оболочка (ТМО) вскрывалась только по показаниям и после вскрытия обязательно ушивалась. Для герметизации полости черепа активно использовали пластины «ТахоКомб».

Больным второй группы (14 человек - 28%), проводилась первично-отсроченная ПХО вдавленного перелома с краниопластикой. Всем больным в этой группе выполнена КТ головного мозга в отсроченном порядке. Определялся вдавленный перелом на всю толщину кости или корковые очаги ушибов в проекции перелома. Операции проводились в сроки от 2 до 20 дней. Краниопластику выполняли титановой сеткой, акриловым цементом, цементом с гидроксипатитом кальция как в отдельности, так и в различных комбинациях. Для уменьшения риска инфицирования использовали цементные композиции с антибиотиками.

**Результаты и обсуждение.** В первой группе больных погибло 6 человек. Остальные больные выписаны в средние сроки по основному диагнозу - ушибу головного мозга - с обязательной рекомендацией выполнения краниопластики через 1-2 месяца после выписки. Осложнений со стороны операционной раны не наблюдалось.

Во второй группе краниопластику титановой сеткой в сочетании с акриловым цементом применили у 4 больных (28,57%), из них в 3-х случаях использовали акриловый цемент с антибиотиком. У 4 больных (28,57%) пластику выполнили репонированной аутокостью с фиксацией лавсаном. У 2 больных (14,29%) использовали титановую сетку с костным цементом на основе гидроксипатита кальция. Из-за высокой стоимости материала применение данной методики ограничено. Краниопластику только титановой сеткой выполнили у 4 больных (28,57%). В одном случае наблюдалось осложнение в виде асептического выпота над акриловым имплантатом.

**Клинический пример:** перелом локализовался в проекции лобной пазухи с переходом на основание черепа через верхний глазничный край. С косметической целью был восстановлен верхний край и крыша глазницы, герметизирована лобная пазуха и костные отломки фиксированы лавсановыми швами. Дефект лобной кости закрыт динамической титановой сеткой.

## **Выводы**

Наиболее оптимальным способом лечения вдавленных переломов свода черепа является первично-отсроченная хирургическая обработка вдавленного перелома с краниопластикой. С нашей точки зрения предпочтением при закрытии дефекта следует отдавать репонированной аутокости, так как она обладает остеогенными, остеоиндуктивными и остеокондуктивными свойствами. Использование в практике титановых сеток, цементов и их комбинаций зависит от локализации, размера и сложности дефекта, открывая более широкие возможности по устранению косметических недостатков.

## **Литература**

1. Диагностика, лечение и профилактика отдаленных последствий закрытых черепно-мозговых травм; реабилитация больных: методические рекомендации [Текст] / Сост. П.В. Волоший. – М., 1990. – 21 с.
2. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме [Текст] / Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова.- В 3-х томах. – М.: Антидор, 2001.
3. Лебедев, В.В. Неотложная нейрохирургия [Текст]: руководство для врачей / В.В.Лебедев, В.В.Крылов. – М., Медицина, 2000. – 568 с.