

желудочках наблюдается повышение давления ликвора в каждом из желудочков, приводящее к уменьшению объема «колокола». С той стороны, где воздуха меньше, ликвору легче подняться до отверстия, что и приводит к саморазблокированию одного желудочка и развитию асимметричной гидроцефалии с другой стороны.

Заключение: понимание механизмов ликвородинамических нарушений при ПЦ позволяют разработать адекватные методы лечения и профилактики данного осложнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ.

Лазарев А.Ю., Шершевер А.С.

ОГУЗ СООД, Екатеринбург

Опухоли головного мозга (ОГМ) остаются одной из важных проблем современной онкологии детского возраста. Большинство из них являются первичными и составляют 20-25% среди всех опухолей у детей. Клиническое течение процессов, в силу различных причин, остаётся скрытым. ОГМ у детей достигают больших размеров, вовлекая функционально важные отделы головного мозга, поэтому стратегия хирургического лечения имеет несомненную актуальность.

Цель исследования – определение хирургической тактики при ОГМ у детей и оценка непосредственных результатов хирургии. Проведён анализ 39 пациентов в возрасте от 1 года 10 мес. до 17 лет (средний возраст 11,5 лет) проходивших лечение в ОГУЗ СООД в период с 2000 по 2005 г. Предоперационное обследование включало оценку клиничко-неврологического статуса, ЭЭГ, КТ и МРТ с контрастированием. По данным нейровизуализации преобладали супратенториальные процессы-12, опухоли задней черепной ямки выявлены у 8 детей, опухоли ствола и парастволовой локализации-9, 4 случая опухолей основания, процессы средней линии выявлены у 3 больных. Открытое удаление опухолей выполнено у 31 (80%) больного с использованием микрохирургической техники, при необходимости с рамочной навигацией, нейромониторингом. В 4 (10%) случаях произведена только биопсия опухоли (инфильтративные опухоли ствола и средней линии), и в 4(10%) случаях выполнены операции по коррекции гидроцефалии. По данным контрольной МРТ тотальное удаление опухолей произведено у 17 пациентов (глиомы 1-2 степени, опухоли основания, зрительного нерва),13 операций - субтотальное удаление. Гистологические варианты верифицированы в 35 (89%) случаях, с преобладанием нейроэпителиальных и эмбриональных опухолей различной степени злокачественности (по классификации Луоп, 2000 год). Оценка результатов произведена с использованием Шкалы Исходов Глазго, отличные и хорошие исходы получены у 84% больных, летальность -7%, трёхлетняя выживаемость - 86%. Больные с тотально или субтотально

удалёнными глиомами и эмбриональными опухолями составили основную группу хороших результатов. Хирургическое вмешательство должно включать: уменьшение неврологического дефицита вызванного основным процессом, получение гистологического материала для решение вопроса о послеоперационной комплексной терапии.

СОЧЕТАННАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ.

Лазарь А.Д., Степанов Д.А.

ННИИТО Росздрава, Нижний Новгород

Цель: Проанализировать структуру сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой (краниофациальной) травмы у детей, прошедших курс лечения в отделениях нейрохирургии и челюстно-лицевой хирургии Нижегородской областной детской клинической больницы (НОДКБ) в течение 2000 – 2005 гг.

Материалы и методы: Всего за указанный период в клинику были госпитализированы с диагнозом черепно-мозговая травма (ЧМТ) 3838 детей. Из них с сочетанной черепно-мозговой травмой (СЧМТ) наблюдалось 295, что составило 7,7 %. Установлено, что травма мозга сочеталась с переломами костей лицевого скелета в 86 (29%) случаях. Черепно-мозговая травма сопровождалась гематомами, ушибами и ранами лица, травмами зубов у 74,3% пострадавших.

Результаты и их обсуждение: Сотрясение головного мозга сочеталось с повреждениями челюстно-лицевой области в 73,5%, ушибы головного мозга легкой и средней степени – 15,2%, ушибы головного мозга тяжелой степени - 9,6%, со сдавлением мозга - 1,7% случаях.

Переломы нижней челюсти были диагностированы у 9 пострадавших, верхней челюсти – у 5, скуловой кости – у 6, переломы костей носа – у 66, травма зубов – у 12, гематомы лица – у 18, раны лица – у 49, ушибы мягких тканей – у 140. У 5 больных с переломами лобной кости и основания передней черепной ямки выявлены переломы стенок орбит. Большинство пострадавших (89,5%) приходилось на школьный возраст от 7 до 16 лет, мальчиков было в 2,5 раза больше, чем девочек. Всем больным проводилось комплексное клинико-инструментальное обследование – осмотр нейрохирурга, ЛОР-врача при поступлении в клинику, челюстно-лицевого хирурга, офтальмолога в 1-е сутки госпитализации, рентгенологическое исследование, КТ головного мозга и костей лицевого скелета, Эхо ЭС, нейросонография, ЭЭГ. Выбор лечебной тактики у детей с краниофациальными повреждениями диктовался тяжестью доминирующей в сочетании травмой.

Заключение: Комплексное и раннее лечение детей с краниофациальной травмой в условиях многопрофильного детского стационара с момента поступления больного снижает вероятность развития