

больных. В сроки от 20-дней до 5-лет после первичной операции 9 (52,94%) больным произведена 18 реопераций в связи с дисфункцией шунтирующей системы. После ВЦСТ в раннем послеоперационном периоде улучшение состояния с регрессом гипертензионно-гидроцефальной симптоматики отмечено у 73,9 % больных.

В раннем послеоперационном периоде умерли 17,39 % - больных. Эти больные с опухолями головного мозга поступили очень поздно, в стадии грубой декомпенсации заболевания.

У 21,7 % больных наблюдалось ликворея, которая в 1 (4,34 %) случаях осложнилось менингоэнцефалитом.

Таким образом, при каждом методе оперативного лечения отмечается различные осложнения: при ВПС они развивается в более поздние сроки после проведения операции, при ЭВЦСТ и ВЦСТ- в более ранние сроки после операции.

## **ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ НЕЙРОТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Цап Н.А.<sup>1</sup>, Агеев В.В.<sup>2</sup>, Петросян А.А.<sup>2</sup>, Попов В.П.<sup>3</sup>, Чудаков В.Б.<sup>4</sup>*

*<sup>1</sup>Уральская Государственная медицинская академия, Екатеринбург, <sup>2</sup>ДГКБ №9, Екатеринбург, <sup>3</sup>ТЦМК, Екатеринбург, <sup>4</sup>ОДКБ №1, Екатеринбург*

В структуре детского травматизма повреждения черепа и головного мозга значимы по частоте и тяжести последствий. Медико-социальный аспект ЧМТ определен высокой летальностью и инвалидизацией детей.

Цель работы – уточнить количественные и качественные показатели при ЧМТ у детей, внедрить тактически значимую модель оказания нейротравматологической помощи в конкретных условиях крупного региона.

Материалы и методы. Ежегодно более 2000 детей в Свердловской области получают ЧМТ, из них 20-25% относятся к среднетяжелой, тяжелой степени повреждений, требующих реанимационных мероприятий.

Результаты и обсуждение. Ведущие причины ЧМТ – транспортная и кататравма, у детей грудного возраста – родовая и бытовая. Госпитализация осуществляется в хирургические, травматологические отделения ЦГБ, ЦРБ 3-4 уровня, в детские ХО 4 уровня. Специализированная помощь детям с ЧМТ сосредоточена в отделении нейротравматологии и ОАРИТ ДГКБ №9 (5 уровень). Дети до 6 месяцев жизни с ЧМТ госпитализируются в отделение хирургии новорожденных ОДКБ №1 – ежегодно 45-57 детей.

Структура по степени тяжести, возрасту и динамика ЧМТ.:

ЧМТ по степени тяжести

| 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | Всего |
|------|------|------|------|------|-------|
|------|------|------|------|------|-------|

Ушиб головного мозга легкой и средней степени тяжести:

|    |     |    |     |     |     |       |
|----|-----|----|-----|-----|-----|-------|
| 82 | 100 | 85 | 110 | 101 | 478 | 48,9% |
|----|-----|----|-----|-----|-----|-------|

Ушиб головного мозга тяжелой степени, в т.ч. объёмные процессы:

|    |    |    |    |    |     |       |
|----|----|----|----|----|-----|-------|
| 41 | 43 | 59 | 37 | 46 | 247 | 25,3% |
|----|----|----|----|----|-----|-------|

УГМ у новорожденных и грудных детей:

|    |    |    |    |    |     |       |
|----|----|----|----|----|-----|-------|
| 48 | 52 | 51 | 45 | 57 | 253 | 25,9% |
|----|----|----|----|----|-----|-------|

Итого:

|     |     |     |     |     |     |      |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 171 | 195 | 195 | 192 | 204 | 957 | 100% |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

Абсолютные показатели ЧМТ в течение 5 лет имеют несущественные различия. Показатели летальности наиболее достоверны при расчете именно на жизнеугрожающую тяжелую ЧМТ, в исследуемый период летальные исходы возникли у 46 (4,7%) детей. Нормативно изменена модель работы клиник детской хирургии с ММУ области в связи с возрастающей долей детей из районов – от 9,8% до 17,5% от числа госпитализированных. Соотношение пациентов с ЧМТ в ОАРИТ город:область составило 1,85:1,0. Выполнена задача приближения специализированной помощи к детскому населению области: разработана и внедрена модель структуры, управления и тактики этапной хирургической и реанимационной помощи детям на основе интеграции сил и средств ТЦМК и ДГКБ №9. Все этапы диагностики и лечения ребенка до полной его реабилитации контролируются специалистами детских клинических многопрофильных больниц.

## ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ

*Чудаков В.Б., Цап Н.А., Полежаева О.П.*

*Уральская Государственная медицинская академия, Екатеринбург*

Оказание нейрохирургической помощи детям раннего возраста и особенно новорожденным представляет сложности, связанные с наличием неблагоприятного преморбидного фона и сопутствующей врожденной и приобретенной патологией.

Цель исследования – разработать модель организации нейрохирургической помощи новорожденным и детям грудного возраста.

Материалы и методы. Разработка организационной модели начата с 1997 года. Базовой клиникой в структуре нейрохирургии новорожденных стала ОДКБ №1, где внедрен междисциплинарный алгоритм взаимодействия отделений хирургии новорожденных, патологии новорожденных, грудного возраста, реанимационных отделений для новорожденных и старшего возраста, поликлинического отделения. Центральным звеном алгоритма является отделение хирургии