

на момент лечения дефектов черепа и лицевого скелета. Оперированы дети в возрасте от 4-х месяцев до 16 лет.

В подавляющем большинстве случаев пластическое замещение костных дефектов проводилось при помощи аутологичных костных трансплантатов, получаемых со свода черепа (212 больных). Следующим по частоте использования были титановые сетчатые имплантаты (35 пациентов). Самым редким в нашей группе было использование аллогенных аутоотрансплантатов свода черепа (28 детей). Самой частой этиологической причиной в нашей группе были врожденные заболевания, такие как краниосиностозы и врожденные пороки развития черепа и лица. в этой группе в подавляющем проценте случаев использовались аутологичные костные трансплантаты 190 ребенка. сетчатые трансплантаты использованы у 7 детей и аллогенные костные трансплантаты у 5 детей. В группе посттравматических деформаций у 15 пациентов использованы аутоотрансплантаты, у 19 использовались аллогенные трансплантаты и у 16 – титановые сетчатые имплантаты. Заболеваний. Среди пациентов имеющих опухолевые и диспластические процессы у 7 использована аутокость у 4 аллогенные трансплантаты и у 4 титановые сетчатые имплантаты. При анализе полученных результатов нами были отмечены следующие особенности. Предпочтительным для любой ситуации является использование аутологичной костной ткани, отличающейся хорошей устойчивостью к инфицированию и резорбции. Использование сетчатых титановых имплантатов оправдано в случаях обширных опухолевых и диспластических процессов, когда не представляется возможным полностью удалить патологические ткани и следовательно невозможно провести жесткую фиксацию к краям дефекта. Использование титановых сетчатых имплантатов может также рассматриваться у детей старше 9 лет в случае пластирования небольших до 20 см² дефектов черепа, расположенных вне косметически значимых областей. Безопасное использование костных аллогенных трансплантатов возможно только для дефектов расположенных вне косметически значимых областей и величиной не более 4см². в остальных случаях риск инфицирования и/или рассасывания материала достаточно велик

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТАХ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА

Петросян А.А.¹, Агеев В.В.¹, Цап Н.А.², Сакович А.В.², Алюкова Е.С.¹, Силунский Ю.Г.¹

¹ДГКБ № 9, Екатеринбург, ²Уральская Государственная медицинская академия, Екатеринбург

Актуальность исследования обоснована возникновением комплекса необратимых патологических изменений внутричерепных структур,

неблагоприятным исходом при длительно существующих дефектах костей черепа у детей.

Цель работы – изучить варианты, показать преимущества ранних краниопластик (КП) у детей, оперированных по поводу ЧМТ и при врожденных дефектах костей свода черепа.

Материалы и методы. В клинике внедрена технология хирургической реабилитации детей с дефектами костей свода черепа – ранние КП в сроки от 2 недель до 2 месяцев. За 2002—2006 годы 92 пациентам выполнены 100 реконструктивных операций на черепе. Технология при ЧМТ основана на консервации костного фрагмента пациента, при этом остециты сохраняют свою жизнеспособность до 8 месяцев, что позволяет длительно использовать костный фрагмент в качестве аутотрансплантата. Виды реконструктивных краниальных операций модифицировали, исходя как из интраоперационных потребностей, так и по ближайшим и отдаленным результатам: КП аутокостью проведена 39 детям, комбинированная КП аутокостью с медицинской клеевой композицией (ФТК) – 49 пациентам, КП гомотрансплантатом – 3, КП аллотрансплантатом с использованием сетчатой металлической пластины у 4 и полимерной пластиной (протакрил) у 5 детей.

Преимущества первичной краниопластики аутокостью: 1/ минимальные рубцовые изменения тканей, что значительно сокращает время операции и кровопотерю, 2/ отсутствие краевого склерозирования костного дефекта исключает этап резекции костных краев, 3/ консервированные костные фрагменты сохраняют большое количество жизнеспособных остецитов, что приводит к полноценному остеогенезу, 4/ в течение 1 месяца завершаются этапы хирургического лечения острого и реабилитационного периода, 5/ при КП аутоотрансплантатом не возникло послеоперационных осложнений.

Краниопластика гомотрансплантатом произведена 2 пациентам, у одного произошел частичный лизис трансплантата. При использовании полимерной пластины в 2 случаях наблюдали отторжение трансплантата. Этим 4 детям потребовались повторные операции - краниопластика металлической сетчатой пластиной. Длительность катамнеза – 3 года, ближайшие и отдаленные результаты свидетельствуют о благоприятном исходе.

Заключение. Оптимальной реконструктивной операцией при врожденных и приобретенных дефектах черепа считаем КП аутокостью, в т.ч. комбинированную.