

случаях, эндоскопическое вмешательство (перфорация дна третьего желудочка) выполнено в 3 случаях (в одном из этих случаев после эндоскопической операции ранее установленный шунт был удален). Имплантация шунтирующих систем выполнена в шести наблюдениях. В трех из этих случаев шунтирующей операции предшествовало эндоскопическое вмешательство с целью восстановления ликворотока между желудочками, что в последующем позволило использовать простой вентрикулоперитонеальный шунт.

Заключение: ранняя коррекция нарушений ликвоциркуляции, способствует максимально возможному восстановлению функции мозга. Выбор объема хирургического вмешательства должен определяться индивидуально в каждом случае.

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ

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

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

При тяжелой ЧМТ внутримозговые гематомы (ВМГ) встречаются в 10-40% случаев. Цель работы – определить диагностические критерии дифференцированной лечебной тактики при внутримозговых гематомах у детей.

Материалы и методы исследования. Представляем опыт лечения 52 детей с ВМГ, доля их в структуре ЧМТ тяжелой степени составила 22%. В первые 3 часа поступили 43,5% детей. Из территорий области доставлены 33 ребенка (63,5%) через 12-72 часа после получения травмы. Алгоритм диагностики включал оценку общего и неврологического статуса, краниографию, КТ черепа и головного мозга.

Результаты и обсуждение. Нарушения сознания при ВМГ в основном в виде комы разной глубины. Только у 1/3 пострадавших при первичном осмотре отмечена очаговая неврологическая симптоматика. КТ регистрировала ВМГ как гиперденсивные образования с показателями абсорбции +64– 80 НУ, с зоной перифокального отека, имеющие локализацию: кортикально-субкортикальная (19), субкортикальная (8), медиальная (3), множественная (18), имелись сочетания с оболочечными гематомами. Установлено наличие ВЖК (7), вдавленного (7) и линейного (5) переломов костей свода и основания черепа. По варибельности размеров ВМГ выделены 3 группы: I гр. - малые ВМГ (максимальный диаметр до 30 мм) – 34 ребенка (65,4%), II гр. - средние ВМГ (30-45 мм) – 11 детей (21,2%), III гр. - большие ВМГ (диаметр более 45 мм) - 7 детей. Выбор способа лечения базировался на следующих признаках: объем и

локализация гематомы, характер и тяжесть сочетанных повреждений, выраженность неврологической симптоматики, признаки ущемления ствола мозга и клинической декомпенсации. Экстренно оперированы 32 ребенка. В I группе выполнены: репозиция вдавленных переломов (7), костно-пластическая трепанация черепа с удалением ЭПГ (3), декомпрессионная трепанация (4). Во II и III группах ВМГ (15) удалены открытым способом. При ясном сознании, оглушении, отсутствии КТ-признаков перифокального отека, компрессии базальных цистерн выполнялось малоинвазивное вмешательство - аспирация ВМГ через трефинационное отверстие. В группе оперированных умерло 14 детей (43,7%) с изначальными признаками грубой поперечной и аксиальной дислокации. Консервативное лечение проводилось при ВМГ малых размеров (20), КТ-мониторинг установил регресс ВМГ в течение 2-3 недель. Летальность в этой группе составила 30%. Полученные результаты требуют совершенствования лечебной тактики.

ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ И ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Кеворков Г.А.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМНУ, Киев

При травме с ускорением у детей возникают тяжелые травматические сочетанные повреждения: ЧМТ с повреждением спинного мозга и позвоночника, травмой ОГП и ОБП. У детей такие повреждения, сопровождающиеся нарушениями витальных функций (первичными и возникающими в остром периоде), — диагностируются как клинически, так и дополнительными рентгеновизуализирующими методами исследования с высокой степенью сложности.

Высокая эластичность связочного аппарата детского позвоночника приводит к дислокации позвонков и повреждению спинного мозга без повреждения костных структур. Диагностировать повреждения позвоночника и спинного мозга, особенно у детей, находящихся в состоянии комы, клинически очень сложно, а рентгеновизуализирующими методами — не всегда возможно. При восстановлении у пострадавших детей нарушенных витальных функций появляется возможность более точной диагностики, но даже современные методы (МРТ, спиральная АКТ) не во всех случаях дают возможность выявить изменения в связочном аппарате, костных структурах позвоночника, спинном мозге. Диагностируются только компрессионные переломы тел позвонков, переломы дуг и т.п.

Нами проанализированы динамика течения травматической болезни у 22 выживших и 9 погибших детей с тяжелой травмой. Проводились сопоставления клинических (неврологическая симптоматика,