

30 мм рт ст. были хорошие и удовлетворительные исходы. При ВЧД 31-40 мм рт ст хороших и удовлетворительных исходов было меньше - у 55%, а летальность - 9%. Летальность при ВЧД 41-45 мм рт ст составила уже 50%, а при ВЧД 46-65 мм рт ст - 80% детей погибло. При ВЧД более 65 мм рт ст летальность составила 100%. Среди 7 детей у которых ВЧД было в пределах 50-63 мм рт ст два ребенка вышли из комы, ЦПД у них было не ниже 40 мм рт ст. При ЦПД ≤ 30 мм рт ст летальность составила 100%. При ЦПД 30-39 мм рт ст из 9 детей умерло два (22%), у трех (33%) были удовлетворительные исходы. При минимальных значениях ЦПД 36-49 мм рт ст все дети выжили, а хорошие исходы были у 40%. При ЦПД $\geq 50 \leq 70$ мм рт ст у 81% отмечались хорошие и удовлетворительные исходы. Среди детей дошкольного возраста при хорошем и удовлетворительном исходе ЧМТ средние значения ЦПД были ниже, чем у детей школьного возраста (45 ± 13 и 56 ± 6 мм рт ст, соответственно) у двух детей 1,5 лет минимальные значения ЦПД были 34 мм рт ст. Выводы: неблагоприятным прогностическим фактором является ВЧД ≥ 40 мм рт ст в сочетании с ЦПД ≤ 30 мм рт ст. Целесообразно поддерживать ЦПД у детей с ТЧМТ в пределах 50-70 мм рт ст. При сохранной перфузии мозга (ЦПД > 40 мм рт ст.) вероятность благоприятного исхода сохраняется даже при ВЧД 50-63 мм рт ст.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ У ДЕТЕЙ

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

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

В настоящее время не отмечается тенденции к уменьшению значимости тяжелых повреждений черепа и головного мозга, которые занимают основное место среди причин детской смертности по классу «травмы и отравления».

Цель работы – провести ретро- и проспективный анализ методов лечения черепно-мозговой травмы (ЧМТ) тяжелой степени и оценить их эффективность.

Материалы и методы. В период 2002 – 2006 годы в клинике находились на лечении 226 пациентов с ЧМТ тяжелой степени, что составляет ежегодно 4,4% - 8,0% в структуре ЧМТ. В возрастных группах преобладали пациенты школьного возраста – 149 (65,9%), дети 3-6 лет – 47 (20,8%), до 3-х лет – 30 (13,3%). Полученные травмы были связаны с ДТП, падениями с высоты, случаями криминальной травмы. У 104 (46,1%) пациентов диагностирована открытая ЧМТ. Все пострадавшие госпитализированы в ОАРИТ, выполнялась экстренная КТ черепа и головного мозга.

Результаты и обсуждение. Характер травматических изменений разнообразен: вдавленные переломы свода черепа (69), эпидуральные гематомы (74), субдуральные гематомы (23), внутримозговые гематомы (92), внутримозговые кровоизлияния (41), субдуральные гидромы (13), множественный характер повреждений при 2 и более компрессирующих факторах (83). В 12 случаях очаговой патологии головного мозга не обнаружено. В неотложном порядке оперировано 157 (69,5%) детей. Показания к оперативному лечению установлены по наличию признаков сдавления головного мозга, смещения срединных структур по данным КТ в сочетании с клинической картиной дислокационного синдрома, либо очагового поражения головного мозга. В структуре оперативных вмешательств преобладают резекционные трепанации черепа – 71 (45,2%) и репозиции вдавленных переломов – 46 (29,3%) детей, существенно реже выполняются наложение трепанационных отверстий – 16 (10,2%), декомпрессивные трепанации – 12 (7,7%), костно-пластические трепанации – 12 (7,7%) пациентов.

Заключение. Отдаем предпочтение резекционным трепанациям черепа в связи с возможностью консервации удаленных костных лоскутов с целью дальнейшего использования в качестве трансплантата при реконструкции дефекта костей черепа. Погибли в послеоперационном периоде 20 детей, летальность составила 12,7%, общая летальность представлена 37 случаями – 16,3%. Выжившим пациентам (92) при тяжелой ЧМТ выполнялись ранние краниопластики аутокостью в различных модификациях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ

Кабаньян А.Б.

ДККБ, Краснодар

В последние годы отмечается увеличение частоты черепно-мозговой травмы в целом, в том числе и у детей.

Основными факторами улучшения качества нейрохирургической помощи является своевременное поступление в специализированные стационары.

Дети с лёгкой ЧМТ находились на стационарном лечении от 2-х до 5 дней, со средне-тяжёлой - от 3-х до 12 дней, с тяжёлой - до 110 дней. После выписки лечение продолжали в амбулаторных условиях у невролога.

Мнимый благополучный острый период ЧМТ приводит к отказу от госпитализации, и только дополнительные методы исследования: рентгенография черепа, КТ головного мозга, УЗИ позволяют выявить переломы костей черепа, наличие гематомы и очагов ушиба головного мозга и выставить показания для стационарного лечения.