

Всем выполнено оперативное вмешательство по неотложным показаниям.

В настоящее время для оказания экстренной помощи детям с гинекологической патологией имеется тенденция к применению органосохраняющих, малоинвазивных лапароскопических операций с обязательной диспансеризацией у детского гинеколога по месту жительства.

Всем девочкам проводится комплексная терапия, направленная на профилактику бесплодия. Последняя включает в себя физиопроцедуры с противовоспалительной целью, витаминотерапия. Все дети проходят комплексное обследование на выявление экстрагенитальной патологии и наличие специфических возбудителей: туберкулез, хламидии, вирусные инфекции, уреаплазмоз, микоплазмоз. При обнаружении возбудителя проводится его санация. Дети состоят на диспансерном наблюдении до 18 лет.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К РЕКОНСТРУКТИВНЫМ ОПЕРАЦИЯМ НА КОСТЯХ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ**

**Хребтов А.П., Агеев В.В., Силунский Ю.Г., Петросян А.А.**

В настоящее время сохраняется тенденция если не к росту, то к сохранению определенного числа детей, получивших тяжелые черепно-мозговые повреждения, которые осложняются наличием различных интракраниальных объемных процессов и развитием компрессионно-дислокационного синдрома, что, как правило, требует экстренного оперативного вмешательства.

Требования современной нейротравматологии сводятся к проведению своевременных неотложных лечебных мероприятий в сочетании с комплексным восстановительным лечением, что позволяет не только сохранить жизнь пациента, но и способствует наиболее полному восстановлению здоровья с минимальным дефицитом.

Учитывая эти тенденции, нами произведены некоторые изменения в тактике экстренного и восстановительного оперативного лечения больных с данным видом патологии. Изменился подход в выборе вариантов экстренной краниотомии - предпочтение отдается проведению декомпрессивных костно-пластических трепанаций с сохранением (консервацией) костного лоскута (или всех костных фрагментов при оскольчатых переломах черепа); минимально применяются классические резекционные доступы (без сохранения резецированных участков кости).

Сохранение (консервация) костного лоскута (костных фрагментов) позволяет в дальнейшем использовать их при реконструкции пострезекционного дефекта, что является наиболее физиологичным для пациента, снижает риск отторжения трансплантата и позволяет полностью отказаться от исполь-

зования гомотрансплантатов. Последний факт приобретает все большее значение в современных условиях развития эпидемии СПИД.

В течение 1999-2000 гг. нами активно внедряется в практику проведение ранних краниопластик (2-3 неделя после трепанации черепа), что имеет ряд неоспоримых преимуществ перед отсроченными вариантами оперативного лечения.

Нами выявлены преимущества ранней краниопластики у детей:

- относительно малая кровопотеря во время операции; связано это с тем, что локальные послеоперационные рубцовые изменения к этому времени незначительные, рубцовые ткани не грубые, не имеют обильной васкуляризации, легко мобилизуются, что позволяет достаточно быстро отделить кожно-апоневротический лоскут и легко обнажить края костного дефекта;

- относительно малая травматизация оболочек и вещества мозга при мобилизации мягких тканей над костным дефектом, при мобилизации ТМО от его краев костного дефекта (также по причине незрелости рубцовых тканей); рубцовые ткани, если и формируются к этому времени, то они очень незначительно фиксированы к ТМО и легко отслаиваются от нее тупым путем практически без повреждения последней; совершенно другая картина при поздних краниопластиках - сформированные зрелые рубцовые ткани иногда не позволяют даже частично иссечь мозговой рубец, а также вызывают большие сложности при отделении ТМО от края костного дефекта;

- края костного дефекта к моменту операции практически не изменены, что не требует объемной обработки их фрезой или кусачками и не ведет к еще большему увеличению площади дефекта; также практически нет склерозирования кортикальных пластин, что облегчает перфорацию кости для проведения лигатур при стандартной фиксации костного лоскута;

- при ранней краниопластике существует возможность после мобилизации ТМО от краев дефекта провести деликатную контрольную ревизию эпидурального пространства с целью восстановления ликвородинамики, дренирования конвексимальных гидром (наружной посттравматической гидроцефали), удаления остаточных явлений ЭДГ;

- одним из показаний к краниопластике является угроза развития ликворной гипотензии, так называемого «синдрома трепанированных»; более раннее восстановление целостности свода черепа снижает риск развития этого синдрома;

- раннее закрытие костного дефекта также снижаст риск появления очага эпилепсии из-за существующей постоянной микротравматизации коры головного мозга в области посттрепанационного дефекта.

По нашим наблюдениям ранние закрытия дефектов костей черепа при адекватной патогенетической терапии острого периода тяжелой ЧМТ не ведут к ухудшению состояния пациента и нарастанию неврологического дефицита, а, напротив, способствуют ускорению реабилитационного периода.

В течение 2000 года нами опробованы и продолжают внедряться два вида комбинированной краниопластики аутокостьюю.

- комбинированная краниопластика аутокостьюю в сочетании с гидроксиапатитом; произведено 3 операции;

- комбинированная краниопластика аутокостьюю с использованием МКК (медицинской клеевой композиции), нами применяется фибрин-тромбиновый клей «Тиссукол», что позволяет не только укрепить костные фрагменты (в любом количестве) в костном дефекте, но и полностью отграничить интракраниальное пространство; произведено 3 операции.

Учитывая небольшое количество проведенных оперативных вмешательств по указанным вариантам комбинированных реконструкций свода черепа и отсутствие отдаленных результатов рано говорить об абсолютной эффективности данных методов лечения, но проводимое динамическое наблюдение оперированных пациентов, предварительная оценка клинических данных и результатов компьютерной томографии (также в динамике) позволяет предположить, что подобные методики имеют будущее.

## ПОСЛЕДСТВИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Гладких О.Ю.

Черепно-мозговая травма в детском возрасте является важной медико-социальной проблемой, т.к. часто приводит к инвалидности. Даже черепно-мозговая травма легкой степени может повлиять на весь последующий период развития ребенка. И, напротив, высокие компенсаторные возможности детского организма обеспечивают относительно благоприятное течение восстановительного периода и хороший прогноз даже при тяжелых черепно-мозговых травмах.

На диспансерном учете в детском неврологическом центре консультативно-диагностической поликлиники ДГКМБ № 9 состоит 33 ребенка, перенесших ушибы головного мозга различной степени тяжести. Среди них 26 мальчиков и 7 девочек. В возрасте от 1 года до 7 лет – 9 человек, от 8 до 15 лет – 24 человека. 13 детей перенесли черепно-мозговую травму легкой степени; 17 больных – среднетяжелую; 3 – тяжелую. У одного ребенка в анамнезе перелом костей черепа, из них у 2 – перелом основания черепа, у 12 – перелом различных костей свода черепа. У одного ребенка отмечалась внутричерепная гематома теменно-височной области. У двух детей имел место посттравматический дефект костей свода черепа, обоим проведена краниопластика. Все больные в остром периоде травмы находились на лечении в травматологическом отделении. Большинство из них затем были переведены на восстановительное лечение в неврологическое отделение ГДМБ № 9, после чего переданы под наблюдение невропатолога поликлиники.