

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.

Разработан алгоритм диагностики и лечения больных с черепно-мозговыми травмами, который предусматривает регулярное проведение обследования с использованием ЭЭГ, М-Эхо-ЭС, ЭМГ, РЭГ, УЗДГ брахиоцефальных сосудов, а также нейровизуализирующих методов обследования таких, как компьютерная томография и магнитно-резонансная томография головного мозга. Дети регулярно осматриваются окулистом, по показаниям консультируются эпилептологом, нейрохирургом. Рекомендуется проведение курсов метаболической терапии с использованием ноотропов (церебролизин, пирацетам, энцефобол, пантогам и др.), препаратов, нормализующих микроциркуляцию в сосудах головного мозга (актовегин, инстенон, вазобрал, танакан и др.). Показана дегидратационная терапия, проведение профилактики развития судорожного синдрома и его купирование путем подбора антиконвульсантов.

Практически у всех наблюдаемых детей отмечается неврологическая симптоматика и нарушения самочувствия. Так, имеют место церебрастенический синдром (11 детей), нарушение сна в виде ночных страхов, снохождение, сногорения (4 ребенка), эписиндром (2 ребенка), церебральный арахноидит (3 ребенка), гидроцефальный синдром (3 ребенка), расторможенность (3 ребенка), гиперкинетический синдром (1 ребенок). Наряду с этим наблюдается вегето-сосудистая дистония с синкопальным состоянием (2 детей), невралгия лицевого нерва (1 ребенок) и каротидно-кавернозное соустье (1 ребенок).

Посттравматический церебрастенический синдром характеризуется жалобами на головные боли, утомляемость, эмоциональную лабильность, снижение памяти, на плохую успеваемость в школе, рассеянность, снижение внимания. Состояние больных ухудшается при нагрузках, изменении метеоусловий, отрицательных психических воздействиях. На больных отрицательно влияет просмотр телевизионных передач, работа на компьютере, длительное чтение. Особенно выраженный церебрастенический синдром остается после перенесенного субарахноидального кровоизлияния.

Расстройства поведения, синдром расторможенности отмечается у детей, перенесших черепно-мозговую травму тяжелой степени. Нарушения в психоэмоциональной сфере проявляются снижением настроения, дурашливостью поведения, повышенной возбудимостью, ограничением интересов, нарушением сна. Реабилитация таких детей осуществляется совместно с психиатрами.

Церебральный конвекситальный арахноидит, подтвержденный на МРТ, клинически проявляется интенсивными головными болями с рвотой. У одного из 3 детей арахноидит сопровождается эписиндромом в виде фокальный приступов.

Эписиндром в результате травмы развивается в связи со спазморубцовыми изменениями в оболочках мозга или в связи с очаговым поражением головного мозга.

Гидроцефальный синдром сформировался у 3 детей раннего возраста и сопровождается задержкой речевого, интеллектуального развития.

Каротидно-кавернозное соустье сформировалось у ребенка 3 лет, перенесшего черепно-мозговую травму тяжелой степени, вдавленный перелом лобной кости. Основная жалоба мальчика на постоянный шум в голове типа «сирень», который выслушивается и при аускультации головы. После проведенной перевязки наружной сонной артерии шум сохраняется, но уменьшился по интенсивности.

Невропатия лицевого нерва наблюдается у ребенка 4 лет с переломом височной кости. У этого больного отмечается снижение слуха на стороне поражения.

Таким образом, ближайший и отдаленный прогноз у детей, перенесших черепно-мозговую травму, всегда серьезен и зависит от характера повреждения головного мозга, а также своевременности и полноты проведенного лечения. Эти больные нуждаются в длительном диспансерном наблюдении, периодических курсах медикаментозного и санаторно-курортного лечения. С целью снижения риска возникновения посттравматических осложнений в консультативно-диагностической поликлинике ДГКМБ № 9 осуществляется консультативный прием детей, перенесших черепно-мозговую травму, и выделяется диспансерная группа больных после ушибов головного мозга для динамического наблюдения, проведения комплексного обследования и восстановительного лечения, что позволяет сохранять социальную активность этих детей.

НОВЫЙ ПОДХОД К ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

**Кожевников Е.Г., Кожевникова Т.С., Бресс А.В.,
Сосновских А.К., Марфицын А.В.**

Переломы костей голени составляют до 30% от всех переломов костей скелета у детей. В детской травматологической практике классическим считался метод консервативный, т.е. плавный переход от одного метода к другому, отвергая ранний остеосинтез. Оперативное лечение применялось только по строгим показаниям, предпочтение отдавалось внеочаговому остеосинтезу аппаратом Илизарова:

1. При переломах костей голени без смещения костных отломков, было, есть и будет самым оптимальным - иммобилизация хорошо отмоделированной гипсовой повязкой с соблюдением сроков фиксации по возрасту.

2. При переломах костей голени со смещением отломков использовалась методика закрытой репозиции с фиксацией гипсовой повязкой либо скелетным вытяжением (при нестабильных переломах). В первом случае все-