

Відновлювальна нейрохірургія при бойових ураженнях нервової системи

Сірко А.Г.^{1,2}

¹ КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

² Дніпропетровська медична академія МОЗ України

Реконструктивна нейрохірургія в гострому періоді вогнепальних черепно-мозкових поранень

Широке застосування нових видів озброєння в сучасних локальних війнах призводить до складних ушкоджень черепа та головного мозку. Особливості сучасних кульових та мінно-вибухових черепно-мозкових поранень (ЧМП) вимагають застосування удосконалених та нових підходів в хірургічному лікуванні поранених.

Мета дослідження: обґрунтувати застосування тактики ранньої реконструктивної нейрохірургії (РРН) в гострому періоді вогнепальних ЧМП.

Матеріал та методи дослідження: В основу проведеного дослідження покладений аналіз результатів лікування 132 потерпілих. Основний критерій включення до дослідження – наявність вогнепальних ЧМП.

Результати дослідження: 93 (70,5%) постраждалих мали проникні ПЧМП, а 39 (29,5%) – непроникні ЧМП.

Розроблена нами тактика РРН в гострому періоді вогнепальних ЧМП включала: первинну пластику шкіри та інших м'яких покривних тканин, твердої оболонки головного мозку (ТОГМ), венозних синусів, кісток основи та склепіння черепа. Реконструктивна нейрохірургія має на меті відновлення анатомічних структур та фізіологічних умов функціонування мозку. За умови проникного поранення з залученням лобового синуса, передніх відділів основи черепа та верхньої стінки очної ямки проводили ранню реконструкцію, що включала ексцентерацію лобового синусу, його краніалізацію, блокування носолобової протоки, багатощарове закриття з використанням окістя, фасції та скроневого м'яза на живильній ніжці. Пластика основи черепа виконана 11 пораненим. У тих випадках, коли мали місце багатуламкові переломи склепіння черепу з достатньо великими кістковими фрагментами проводили первинну краніопластику. Для призупинення кровотечі з венозного синуса (у 5 поранених) використовували гемостатичний препарат «Тахокомб», накладали вузлові шви, підшивали фрагменти м'язів. По завершенні операції намагалися здійснити пластику дефекту ТОГМ. Для цього використовували окістя, фасцію скроневого м'яза чи широку фасцію стегна. При необхідності проведення припливно-відпливного дренивання рани пластику ТОГМ виконували за розробленою нами методикою (Пат. 102964 Україна від 25.11.2015). У 3 потерпілих за наявності дефектів шкіри їх закривали шляхом переміщення клаптів шкіри.

Висновки: Застосування тактики РРН в гострому періоді вогнепальних ЧМП створює сприятливі умови для відновлення ушкодженого мозку та виключає необхідність виконання повторних оперативних втручань.

Ключові слова: реконструктивна нейрохірургія; вогнепальні черепно-мозкові поранення.