

Відновлювальна нейрохірургія при бойових ураженнях нервової системи

Сірко А.Г.¹, Ботіков В.В.²

¹ Дніпропетровська медична академія МОЗ України

² КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»

Відновлювальні операції при дефектах черепа та порушеннях ліквородинаміки в проміжному та відділеному періодах черепно-мозкових поранень

Наявність дефектів черепа після хірургічної обробки черепно-мозкових поранень (ЧМП) призводить до порушення функціонування мозку та погіршує умови реабілітації. Доведено, що дефекти черепа, особливо великих розмірів, порушують венозний мозковий кровообіг та процеси ліквородинаміки.

Мета дослідження - аналіз частоти, термінів виконання та об'ємів хірургічних втручань при дефектах черепа та внутрішніх гідроцефаліях в проміжному та відділеному періоді вогнепальних ЧМП.

Матеріал та методи дослідження. Проведено аналіз результатів лікування 18 потерпілих з дефектами черепа після хірургічних втручань з приводу вогнепальних ЧМП.

Результати та їх обговорення. Оперовані 18 чоловіків у віці від 18 до 53 років. Проникний характер поранення мали 14 (77,8%) потерпілих. 5 поранених в гострому періоді травми виконувалась пластика основи передньої черепної ямки, краніалізація лобного синусу. В цілому закрито 20 кісткових дефектів. Крім того 2 потерпілим виконали лікворо-шунтуючі операції (ЛШО) з приводу гідроцефалії.

За локалізацією дефекти черепа розподілились наступним чином: лобна кістка - 5 спостережень, скронева кістка - 5 спостережень, тім'яна кістка - 2 спостереження, потилична кістка - 1 спостереження. Поширені дефекти, що включали декілька ділянок черепа діагностовано у 7 спостереженнях.

Площа трепанаційного дефекту коливалась від 12 до 168 см², у середньому - 67,9±58,5 см². Середні дефекти (до 30 см²) відзначені у 9 спостереженнях, великі (до 60 см²) - у 4 спостереженнях, значні (понад 60 см²) - в 7 спостереженнях.

14 дефектів черепа закриті динамічними перфорованими титановими пластинами. У 4 випадках значних за розмірами дефектів їх пластика виконана за допомогою титанової пластини, виготовленої на основі індивідуальної стереолітографічної моделі. У 2-х випадках дефект черепа після виконання ДК був закритий аутокісткою. Терміни виконання краніопластики коливались від 2 до 9 місяців, у середньому - 5,1±1,9 міс. Всі рани зажили первинним натягом. Інфекційних ускладнень та відторгнення імплантатів не відзначали.

Висновки:

1. При непроникному характері поранення можливе проведення краніопластики в ранньому післяопераційному періоді, через 2 місяці та раніше з моменту поранення.
2. При наявності проникних поранень черепу, складних краніофасціальних дефектах, запальних змінах у лікворі в гострому періоді травми, доцільно проводити краніопластику не раніше 6 місяців з моменту ЧМП.

Ключові слова: відновлювальна нейрохірургія; дефекти черепа; порушення ліквородинаміки; черепно-мозкові поранення; гідроцефалія.