

Первая  
Всероссийская Конференция  
по детской Нейрохирургии



Москва, 18 - 20 июня 2003 года

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ  
АССОЦИАЦИЯ НЕЙРОХИРУРГОВ РОССИИ  
ИНСТИТУТ НЕЙРОХИРУРГИИ им. АКАД. Н.Н.БУРДЕНКО РАМН

6

Сентябрь

лицевого скелета. Всем больным производилась пансионография. Диагностированы в этой группе внутрибрюшные кровоизлияния в 5 случаях, внутричерепные гематомы в 7 случаях. УС является доступным, информативным, неинвазивным, мобильным методом и может служить альтернативой КТ и ЯМРТ при ЧМТ.

## НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПРОЛЕЖНЕЙ У ДЕТЕЙ С НУРУШЕНИЕМ НЕЙРОРЕГУЛЯЦИИ.

Ильин А.В., Якобашвили Р.Д., Мяmlin Д.А., Молотков С.А.

Детская психоневрологическая больница № 18, ЗАО "Биофармхолдинг", Москва, Россия

Одним из клинических проявлений у больных с нейрогенными травмами и заболеваниями являются пролежни и трофические язвы. Они возникают, по данным различных авторов, у 19,5-27,4% детей, страдающих двигательными и чувствительными расстройствами, создавая значительные трудности в общей реабилитации больных и усугубляя процессы гипо- и адинами пациентов со всеми вытекающими последствиями. Пролежни, как открытые незаживающие раны, являются воротами инфекции, провоцируя обострение различных воспалительных заболеваний. Поэтому проблема профилактики и лечения пролежневых ран у данной категории больных продолжает оставаться актуальной.

В настоящее время в практике используется множество различных препаратов и методик по закрытию трофических кожных дефектов. Хирурги отказались от использования универсального перевязочного средства, считая, что лечебная тактика должна определяться стадией раневого процесса. При замедленной репарации определенный эффект в их заживлении достигается применением комплексных препаратов на основе коллагена.

В данной работе впервые прослежен первоначальный опыт использования коллагенового биоматериала коллоста как нового вида раневого покрытия в лечении пролежней и трофических язв у 14 детей в возрасте 10 - 14 лет с нарушенной центральной нейрорегуляцией различного генеза. Выбор препарата обусловлен высоким содержанием в нем коллагена- основного белка, требующегося для заживления раны. Пролежневые очаги площадью от 6 до 64 см<sup>2</sup> глубиной от 0,5 см до 4 см с остеомиелитом подлежащей кости локализовались в пояснично-крестцовой области (4 больных), вертебральной (4), седалищной (2), пятитончайной (2), области крыла подвздошной кости (2). Сроки существования пролежней от 3 недель до 1,5 лет.

Коллост не заменял общепринятых процедур, а использовался в воспалительно-регенеративной стадии (по О.Г. Когану, 1976) после стихания выраженного воспалительного процесса при максимально возможной санации патологического очага. Перед коллостопластикой больному по показаниям выполнялась экономная некрэктомия, иссечение каллезных краев раны и краевая резекция подлежащей кости. В зависимости от обширности и глубины раны использовали два варианта коллостопластики с различными режимами последующих перевязок. При глубоких дефектах объемом до 12 см<sup>3</sup> полость максимально плотно томпонировалась измельченной пленкой препарата в сочетании с его порошком. На края раны до их смыкания накладывали провизорный лавсановый шов с трубчатыми прокладками, которые снимали на 10-14 день. Раны зажили первичным натяжением. Подобным образом пролечено 4 больных. При обширных ранах площадью более 30 см<sup>2</sup> и глубиной до 2 см ее плотно закрывали коллостом в виде перфорированной пленки различной по толщине. Перевязки проводили со сменой пленки на 4-7-10 день в зависимости от темпов репарации раны. Подобным образом пролечено 9 больных с полноценным заживлением ран в сроки от 10 дней до 1,5 месяцев. При наличии глубинных карманов и полостей, сочетающихся с большой площадью кожного дефекта (до 64 см<sup>2</sup>) использовались оба варианта коллостопластики с выраженной положительной динамикой в заживлении патологического очага (1 больной).

Проведенный сравнительный анализ сроков репарации 43 пролежневых ран у 32 больных, леченных без применения коллоста, свидетельствует о его высокой эффективности не только с точки зрения темпов заживления раны, но и визуальной полноценности новообразованных покровных тканей. Осложнений от применения коллагенового имплантата не отмечалось.

Таким образом, первоначальный опыт использования коллоста в лечении нейрогенных пролежней и трофических язв у детей указывает на перспективность его применения, но требует дальнейшего изучения.

## КОРТОКЛАТЕНТНЫЕ СЛУХОВЫЕ ВЫЗВАННЫЕ ПОТЕНЦИАЛЫ КАК ОБЪЕКТИВНЫЙ КРИТЕРИЙ ТЯЖЕСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ.

Щедринская С.Ю., Мытников А.М., Ермолаева Т.П., Горчаков С.А.

Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ, г. Москва, Россия.

Целью работы явилось определить информативность функционального состояния стволовых отделов головного мозга в диагностике тяжести черепно-мозговой травмы у детей.

Для выполнения поставленной цели дети с различной степенью тяжести черепно-мозговой травмы были обследованы методом короткоклатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП). Проведено 480 обследований у 230 детей с черепно-мозговой травмой различной степени тяжести. Обследовались больные с сотрясением головного мозга, ушибом головного мозга легкой, средней и тяжелой степенями тяжести. Отдельно была выделена группа детей с тяжелой черепно-мозговой травмой, сопровождавшейся первичным ушибом ствола головного мозга.

Исследование методом короткоклатентных слуховых вызванных потенциалов включало регистрацию кривых, оценку компонентного состава, анализ амплитудно-временных параметров, расчет величин межпиковых интервалов, выявление межполушарной асимметрии, определение порога появления КСВП.

Для выполнения методики использовали компьютерный комплекс «Нейровок» в базовом пакете «МБН-нейроКартограф».

Результаты обследования показали, что при сотрясении головного мозга имеется минимальное нарушение функциональной активности стволовых структур головного мозга в виде снижения амплитуд всех компонентов.

У детей с ушибом головного мозга легкой степени изменения КСВП свидетельствовали о преимущественном вовлечении в патологический процесс нижних бугров четверохолмия, а, следовательно, среднего мозга. Полное восстановление функционального состояния стволовых структур головного мозга происходило к 2 месяцам после травмы.

Ушиб головного мозга средней степени приводил к более грубым изменениям функциональной активности стволовых структур головного мозга, что выражалось в количественных характеристиках показателей КСВП. Было отмечено наибольшее страдание моста и среднего мозга. Восстановление функциональной активности стволовых структур головного мозга происходило не ранее, чем через 6-8 месяцев после травмы на фоне повторных курсов дегидратационной и восстановительной терапии.

Изменения, полученные методом регистрации КСВП при тяжелой черепно-мозговой травме, свидетельствовали о грубом поражении продолговатого, среднего мозга и моста головного мозга. Восстановление функциональной активности стволовых структур происходило только по истечении 2-3 лет после травмы. Позднее всех восстанавливалась функциональная активность среднего мозга.

Представленные данные свидетельствуют о высокой разрешающей способности метода КСВП в выявлении ушиба ствола головного мозга и уточнении уровня поражения стволовых структур. Результаты обследования являются дополнительным диагностическим критерием в установлении степени тяжести черепно-мозговой травмы, что обосновывает на-