**Козинський Олександр Володимирович. Діагностика і лікування травматичних внутрішньочерепних гематом у дітей. : Дис... канд. наук: 14.01.05 – 2002**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | Козинський Олександр Володимирович. Діагностика і лікування травматичних внутрішньочерепних гематом у дітей. – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.05 – нейрохірургія. – Інститут нейрохірургії імені академіка А. П. Ромоданова АМН України, Київ, 2002.  Робота заснована на результатах обстеження та лікування 113 дітей із травматичними внутрішньочерепними гематомами (ТВЧГ).  У роботі описані вікові особливості перебігу ТВЧГ у дітей.  Зроблено детальний аналіз неврологічних симптомів та темпів їхнього розвитку, проаналізоване діагностичне та прогностичне значення основних симптомів. Виявлено, що постраждалі з раннім виникненням менінгеальних знаків являють собою особливу групу хворих, що характеризується надзвичайно важким ходом захворювання зі своїми специфічними особливостями. Висунуто гіпотезу про можливі особливості патогенезу розвитку захворювання в даних хворих. Зроблено аналіз вогнищевих симптомів та їхня значимість для визначення латералізації гематоми при відсутності даних КТ.  Виявлено, що при наявності у постраждалих анемії, на КТ об'єм гематоми набагато менший, ніж реальний. Описані варіанти розвитку різних видів гематом за даними КТ.  Уточнена можливість успішного результату епідуральних крововиливів без оперативного втручання. Зроблено аналіз консервативного та оперативного лікування ТВЧГ, запропоновані раціональні підходи до лікування ТВЧГ у дітей.  Вивчені віддалені наслідки ТВЧГ та дані комп'ютерної томографії через різні терміни після травми. Уточнені терміни регресу неврологічної симптоматики. | |
| |  | | --- | | 1. Клінічний перебіг травматичних внутрішньочерепних гематом у дітей відрізняється швидкою зміною клінічних станів як при погіршенні, так і при поліпшенні стану хворого. У неврологічній картині переважає загальномозкова симптоматика над вогнищевою, що найбільш помітно в дітей молодших вікових груп.  2. Найбільш гострий і несприятливий перебіг захворювання спостерігається у хворих із поєднанням декількох видів гематом, із внутрішньомозковими гематомами і при сполученні будь-яких гематом із вогнищами забою головного мозку. При гострих епідуральних гематомах клінічна симптоматика наростає швидше, чим при субдуральних, але при субдуральних гематомах такі ж симптоми звичайно більш грубо виражені. Хронічний перебіг більш властивий субдуральним гематомам.  3. Найбільш несприятливими в прогностичному плані симптомами є атонія, арефлексія, двосторонній мідріаз із відсутністю фотореакції, розвиток коматозного стану, вітальних порушень, виникнення ранніх менінгеальних знаків. Прогноз летальності найвищий у хворих із цими ознаками.  4. Для хворих із ранніми менінгеальними знаками характерен перебіг захворювання з періодами раптового бурхливого вираженого погіршення стану. Цим хворим патогенетично показане призначення оксибутирату і тіопенталу натрію. У них також доцільно застосування глутамінової кислоти і не рекомендується застосовувати вітамін В-6.  5. При наявності у хворих анемії, у більшості з них реальний об'єм гематом значно більше, ніж отриманий за даними КТ.  6. Консервативним методом можна лікувати хворих із будь-якими видами крововиливів невеликого об'єму (із невираженим компресійним синдромом) при невираженій неврологічній симптоматиці, відсутності стовбурної симптоматики, вітальних порушень. Для епідуральних гематом сприятливу роль у цьому грають переломи кісток черепа в зоні проекції гематоми. При хірургії гострих ТВЧГ кращі широкі методи доступу, при видаленні більшості хронічних оболонкових гематом більш показані бережливі методи оперативного втручання.  7. Несприятливі виходи мають місце у хворих із внутрішньомозковими гематомами і зі сполученням декількох видів гематом. З хворих із ранніми менінгеальними знаками виходи більш сприятливі в тих, що получали оксибутират і тіопентал натрію. У більшості постраждалих у віддаленому періоді черепно-мозкової травми відзначаються прояви цефалгічного та церебрастенічного синдрому, а в деяких виникають порушення, яких не було в гострому періоді черепно-мозкової травми (судороги, мовні, зорові порушення). | |