

О ПРИМЕНЕНИИ ПЛАСТИНОК ПОЛИВИНИЛФОРМАЛЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЧЕРЕПА

Ю. В. Астрожников

Хирургическое отделение (зав. — Ю. В. Астрожников) 1-й Владимирской городской больницы (главрач — Ю. А. Хохлов)

В 1961 г. мы сообщили о двух больных с открытыми инфицированными черепномозговыми ранениями, у которых для пластики дефектов твердой мозговой оболочки были успешно применены пластинки из поливинилформалевого губки. В данной статье обобщен наш опыт использования отечественного поливинилформалея (ПВФ), являющегося по своим свойствам аналогом импортной губки — айвалона. Технология изготовления этого отечественного пеноматериала разработана во Владимирском научно-исследовательском институте синтетических смол старшим научным сотрудником Е. Е. Таракановой.

Губки из ПВФ (айвалон) были впервые использованы в эксперименте на животных (1949) и применены в хирургии (1951) Гриндлеем и Ваугом. Экспериментальное изучение губки из поливинилового спирта Гриндлеем и Клежеттом, Шофилдом и сотр., Б. В. Петровским и сотр., Т. Т. Дауровой, В. И. Салалыкиным и др. позволило прийти к заключению, что она не оказывает раздражающего действия на ткани. Высокая гидрофильность поропластов, изготовленных на основе поливинилового спирта, обеспечивает практически беспредельное сохранение их эластичности в тканях. Важным свойством ПВФ-губки, определяющим ее перспективность в нейрохирургии, является легкость создания гладкой влагонепроницаемой внутренней поверхности и стерилизации.

В нейрохирургии айвалон впервые применен в 1954 г. Доджем. В. И. Салалыкин в Институте нейрохирургии АМН СССР им. Н. Н. Бурденко успешно использует его с 1957 г. для пластики дефектов твердой мозговой оболочки у больных, оперированных по поводу опухолей головного и спинного мозга. Сообщений об использовании поливинилового спирта и его производных для пластики твердой мозговой оболочки при острых повреждениях черепа и мозга в остром периоде травмы, а также в периоде ранних ее осложнений в доступной литературе мы не встретили.

С февраля 1961 г. аллопластика пластинками из ПВФ была применена в больницах г. Владимира (Ю. В. Астрожников, А. К. Бондарев) у 18 больных. У всех рана зажила первичным натяжением. Несмотря на то, что у 8 из них пластика ПВФ была применена при открытых и огнестрельных повреждениях черепа при операции в сроки от 10 часов до 6 суток после ранения и в условиях инфицированной раны, у 16 из 18 больных не наблюдалось скопления в ране серозной жидкости, нагноения или, тем более, отторжения поропласта. У 2 больных (у обоих пластика ПВФ сочеталась с одновременной первичной пластикой черепа органическим стеклом) произошло инфицирование скопившейся под органическим стеклом серозно-кровянистой жидкости. У одного из них излечение достигнуто местным применением антибиотиков, у другого потребовалось удаление органического стекла.

Никаких нарушений общего состояния и неврологического статуса, ликвора и крови, которые могли бы быть поставлены в связь с применением пластинок из ПВФ-губки, не наблюдалось.

О достаточной защите пластинкой из ПВФ мозга и о благоприятном формировании глиомезодермального рубца свидетельствовало, в частности, наблюдение за больным со значительным повреждением мозговой ткани в области передней центральной извилины, осложненным травматической эпилепсией. Приступы эпилепсии, многократно повторявшиеся у этого больного начиная с первых часов после травмы, полностью прекратились к 4-му дню после операции и больше не возобновлялись. Это подтверждает выводы В. И. Салалыкина и Е. Е. Таракановой, что пластинки из ПВФ образуют единое целое с твердой мозговой оболочкой, позволяют создать замкнутую черепную полость и предотвращают сращение мозгового рубца с костью и мягкими тканями.

При своевременной и достаточно радикальной первичной хирургической обработке черепномозговых ранений восстановление целостности твердой мозговой оболочки с помощью пластинок из ПВФ мы осуществляли одновременно с первичной пластикой органическим стеклом.

Гладкое течение инфицированных ран черепа у большинства оперированных больных обуславливается как свойственной поливиниловым материалам относительной устойчивостью к инфекции, так и их способностью пролонгировать действие антибиотиков, применявшихся у всех наших больных. По мнению Б. В. Петровского, это связано с пористым строением трансплантата, служащего, вследствие высокой его гидрофильности, своеобразным депо для антибиотиков.

Наш опыт использования ПВФ и вполне удовлетворительные исходы позволяют подтвердить целесообразность его применения для пластики твердой мозговой оболочки при первичной и отсроченной обработке открытых и огнестрельных черепномозговых повреждений.

1. Астрожников Ю. В. Материалы научно-практической конференции Горьковского института травматологии, г. Владимир, 1961: Вопр. нейрохирург., 1961, 6. —
2. Даурова Т. Т. Эксперим. хир., 1958, 6. — 3. Петровский Б. В., Бабичев С. И., Николаев Н. О. Хирургия, 1958, 12. — 4. Салалыкин В. И. Вопр. нейрохир., 1961, 2. — 5. Салалыкин В. И., Тараканова Е. Е. В сб.: Черепно-мозговая травма, М., ЦИУ, 1962. — 6. Соловьев Г. М., Венедиктов Д. Д. Хирургия, 1957, 8. — 7. Тараканова Е. Е., Миханов С. А., Астрожников Ю. В. Промышленно-экономический бюллетень Владимирского СНХ, 1962, 5. —
8. Dodge H. W. a. o. J. Neurosurg., 1954, 3. — 9. Grindlay J. H., Clagett O. T. Proc. Mayo Clin., 1949, 24. — 10. Grindlay J. H., Waugh J. M. Arch. Surg., 1951, 63. — 11. Schofield T. L. a. o. Arch. Surg., 1954, 68.

УДК 616—003.215—616.831

ПСЕВДОТУМОРОЗНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ ГЕМАТОМАХ

С. А. Гринберг

Нейрохирургическое отделение (зав. — ст. научн. сотр. Г. С. Книрик) Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (директор — ст. научн. сотр. У. Я. Богданович)

Наблюдения над 200 больных с опухолями головного мозга, лечившихся в нашем институте, показали, что дифференциальная диагностика между опухолями и псевдотуморозными процессами (паразиты, гранулемы, абсцессы, хронические гематомы и пр.) нередко представляет большие трудности.

Д. Т. Куимов при дифференциальной диагностике хронических гематом и опухолей указывает на связь развития гематом с травмой, считает, что при гематомах чаще возникают менингеальные симптомы и изменения со стороны психики, реже развиваются застойные соски зрительных нервов. По его мнению, о гематоме говорят также лабильность симптомов, ремиттирующее течение заболевания, иногда субфебрилитет и воспалительные изменения в крови. Однако симптомов, патогномоничных для хронической гематомы или опухоли головного мозга, не существует, часты ошибки диагностики, и правильный диагноз иногда удается установить лишь на операционном столе.

Причиной гематом большинство авторов считает травму, многие отмечают, что нет параллелизма между тяжестью травмы и возникновением хронической гематомы, часто она развивается вследствие легкой травмы, не вызывающей потери сознания и повреждения костей черепа. Большое значение имеют предшествующие изменения сосудов под влиянием воспаления, инфекции, авитаминоза, алкоголизма, склероза, врожденных аномалий и пр.

Продолжительность бессимптомного периода с момента травмы по данным различных авторов колеблется от нескольких недель до многих лет. Развитие заболевания иногда бывает острое, провоцируемыми моментами могут являться перегревание, охлаждение и другие факторы. Большей частью заболевание развивается медленно и постепенно, имитирует опухоль. Возможно и волнообразное течение с ремиссиями.

Мы наблюдали 8 больных с хроническими гематомами. У 7 из них был затруднен дифференциальный диагноз с опухолями; у 1 больного с обывествившейся гематомой предположительным диагнозом до операции были туберкулы.

По литературным данным хронические гематомы встречаются преимущественно у лиц среднего и пожилого возраста. Одному из наблюдавшихся нами больных было 10 лет, остальным — от 35 до 50 лет. У 4 больных была легкая травма в анамнезе, которой не придали особого значения, у 3 — тяжелая (с потерей сознания), у 1 указания на травму в прошлом не было.

Срок от момента травмы до госпитализации в нейрохирургическое отделение колебался от 4 месяцев до 20 лет. Заболевание у всех больных развивалось постепенно, с медленным нарастанием симптомов, и симулировало опухоли.

В клинической картине отмечались общемозговые и локальные симптомы в зависимости от места положения гематомы. У всех больных обнаружены гематомы больших полушарий головного мозга (лобно-теменной области). У 3 больных были эпилептические припадки.

У наблюдавшихся нами больных отсутствовали выраженные нарушения со стороны психики, лишь у одного была эйфория и у одного ребенка — отставание в психическом развитии. У 3 больных выявлены застойные соски зрительных нервов, у 1 — побледнение сосков зрительных нервов. Особых изменений в составе крови и ликвора не установлено.

Для иллюстрации приводим краткую выписку из истории болезни.