

АНАЛИЗ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

Г. С. Джумалиева

Национальный Госпиталь Минздрава Кыргызской Республики,
г.Бишкек, Кыргызская Республика

Введение. Рост числа черепно-мозговых травм (ЧМТ), ведущих к поражению головного мозга – главного координатора всех физиологических функций, предопределяет нейротравму, как одну из основных научно-практических проблем в нейрохирургии. Диагностика и лечение ЧМТ, являясь актуальной проблемой травматологии и нейрохирургии, за последние годы приобрела еще большее значение [1-10]. Так по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) смертность при ЧМТ у лиц наиболее трудоспособного возраста (до 45 лет) занимает первое место в общей структуре смертности [4-7]. Согласно тем же статистическим данным ВОЗ, ЧМТ имеет тенденцию и нарастанию в среднем на 2% год [7-10]. На сегодняшний день нейротравма характеризуется возрастанием частоты множественных травматических внутричерепных повреждений, среди которых особое место занимают двухсторонние гематомы.

Несмотря на довольно многочисленные сообщения, методика и техника оперативных вмешательств при множественных гематомах, в литературе не обобщены, практически недостаточно данных об особенностях тактики хирургического лечения данной патологии. В клинической практике в связи с учащением дорожно-транспортных травм, все чаще обращается внимание на возрастающую частоту двусторонних (множественных) внутричерепных гематом.

Целью работы являлся анализ исходов лечения больных с тяжелой ЧМТ, обусловленной множественными травматическими внутричерепными гематомами.

Материал и методы. Данное исследование основано на данных анализа и изучения клинических синдромов и нейрохирургического лечения 103 больных с множественными травматическими внутричерепными гематомами. К множественным травматическим внутричерепным гематомам нами отнесено одновременное наличие двух или более субдуральных, эпидуральных и внутримозговых гематом, располагающихся с одной или двух сторон.

Учитывая локализацию и взаиморасположение, мы наблюдали гематомы двухсторонние и “поэтажные” двухсторонние, исходя из этого, считаем целесообразным при диагностике и лечении выделять “поэтажные” двухсторонние и двухсторонние гематомы. В группу “поэтажных” двухсторонних гематом отнесены эпидуральные, субдуральные и внутримозговые гематомы, располагающиеся одна над другой (23 наблюдения), расположенных в обоих полушариях мозга, а в группу двухсторонних гематом отнесли случаи, в которых эпидуральные, субдуральные и внутримозговые гематомы располагались над обоими полушариями головного мозга (80 больных). Чаще всего имели место субдурально+субдуральные (40,8%) и субдурально+эпидуральные (22,3%) реже - внутримозговые+ внутримозговые (9,7%) и еще реже другие виды сочетаний внутричерепных гематом, расположенных с обеих сторон головного мозга.

Проведенное в стационаре комплексное клиническое

обследование поступивших больных включало тщательный общесоматический и неврологический осмотр, осмотр нейроофтальмолога, а также рентгенографию черепа, спинномозговую пункцию, эхоэнцефалографию (ЭхоЭГ), электроэнцефалографию (ЭЭГ), компьютерную и магнитно-резонансную томографии головного мозга (КТ и МРТ), диагностическую поисковую фрезеотомию (ПФ).

Из таблицы 1 видно, что наиболее часто ДВТГ отмечались у лиц до 40 лет в 57 случаях, от 40 до 59 лет - 29 случаев, 60 лет и старше - 17 случаев.

Таблица 1 - Распределение больных по возрасту и полу

Возраст	До 19 лет	20-39 лет	40-59 лет	60 и старше
Мужчины	6	48	23	15
Женщины	2	1	6	2
Всего	8	49	29	17

Оперативное вмешательство являлось заключительным этапом диагностики и началом лечения больных с внутричерепными гематомами. В комплексе лечебных мероприятий при множественных травматических внутричерепных гематомах первостепенное значение придавалось своевременности и радикальности хирургического вмешательства. При хирургическом лечении больных с множественными травматическими внутричерепными гематомами применялась резекционная трепанация черепа (РТЧ) и костно-пластическая трепанация черепа (КПТЧ). Необходимость максимального ускорения оперативного вмешательства при тяжелом состоянии пострадавших в остром периоде ЧМТ часто вынуждала нас прибегать к резекционным трепанациям и удалению гематом через расширенное фрезевое отверстие. Только при крайне тяжелом состоянии больного методом выбора является удаление гематом через расширенное фрезевое отверстие.

Результаты. Вместе с тем, в нашу задачу входило выяснение влияния клинического статуса, локализации травмы, морфологии переломов черепа, объема гематом и др. на частоту применения того или иного доступа, вскрытие особенностей течения процесса после хирургического вмешательства в зависимости от примененной стратегии лечения. В ходе выполнения оперативных вмешательств для удаления множественных травматических внутричерепных гематом нами применялись уже известные в практике три нейрохирургических доступа: костнопластическая трепанация черепа, резекционная трепанация черепа и фрезевые отверстия.

Из всех методов оперативного лечения в нашем исследовании преобладал метод РТЧ, что связано в основном с поступлением больных в стационар в остром периоде ЧМТ, в тяжелом и крайне тяжелом состояниях. Наиболее часто РТЧ была произведена у людей молодого и среднего возраста. У больных старше 60 лет РТЧ производилась реже.

В то же время КПТЧ у лиц молодого возраста производилась чаще, чем у пожилых, а метод расширенных

фрезевых отверстий, наоборот, у пожилых - чаще, чем у молодых пациентов. Как правило, КППЧ производили у больных, не имеющих грубых нарушений функций ствола мозга, а также в большинстве тех случаев, где локализация гематом была установлена с помощью КТ или МРТ исследований.

Наш опыт показал, что применение КППЧ весьма эффективно для "поздажных" двухсторонних гематом, т.к. эпидуральные гематомы, уже в первые часы после травмы содержат плотные сгустки крови, при удалении которых часто возобновляется кровотечение. Мы применяли КППЧ и как первый и как окончательный этап оперативного вмешательства, а также как последующий этап, которому предшествовало частичное удаление гематомы через расширенное фрезевое отверстие. Проведение КППЧ осуществляли тем чаще, чем моложе пострадавшие с множественными травматическими внутричерепными гематомами. Применение КППЧ у лиц молодого возраста создает анатомо-физиологические предпосылки для раннего и полного восстановления нарушенных функций, избавляет больных от синдрома "трепанированного черепа". У больных, находящихся в состоянии средней тяжести или в удовлетворительном состоянии этот метод является абсолютно показанным.

Из 103 больных, у 98 больных (95,1%) нами была произведена РТЧ. Этот метод использовался при тяжелом состоянии больных, наличии выраженной общемозговой и стволовой симптоматики, при наличии оскольчато-вдавленных переломов, при нарастающем отеке и дислокации мозга. В 12 случаях с явлениями начинающегося вклинения проводилась двухсторонняя подвисочная декомпрессия, что позволило сохранить не только жизнь, но и психическую полноценность пострадавших. Метод РТЧ был применен у 54 больных молодого и среднего возраста и у 34 больных пожилого и старшего возраста. Мы убедились в том, что этот метод, технически относительно простой, позволяет провести ревизию эпи- и субдуральных пространств, хотя в этом плане и уступает методу КППЧ.

У больных с тяжелой ЧМТ удаление множественных травматических внутричерепных гематом через расширенное фрезевое отверстие было применено в 30 случаях (29,1%): у 10 лиц молодого и среднего возраста и у 20 пожилого и старческого возраста. После наложения фрезевых отверстий, расширенных до 5 см в диаметре, эпидуральные гематомы удалялись путем отсасывания. С помощью шпателя и отсоса производилось вымывание сгустков крови и аспирация жидкой части гематомы. Метод применялся в основном у больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, когда не было возможности провести операцию в более значительном объеме. При этом накладывали 2 фрезевых отверстия.

Как правило, в большинстве случаев фрезеотомия была первым этапом проведения более радикальной операции. Метод имеет ряд существенных недостатков: невозможность удаления больших по объему и протяженности гематом базальной локализации, трудность удаления очагов ушиба-размозжения мозга, трудность в обнаружении источника кровотечения, недостаточность обеспечения декомпрессии. Положительной стороной этого метода является его большая диагностическая ценность, быстрота технического выполнения, и то, что он является наиболее щадящим для больного.

Из 103 оперированных нами больных с множественными травматическими внутричерепными гематомами, 39 больных (37,9%) были выписаны из стационара, а 64 умерли. Послеоперационная летальность составила 62,1%.

Анализ исходов показал, что основными причинами летальности при множественных травматических

внутричерепных гематомах были несовместимые с жизнью повреждения мозга, тяжелый ушиб-размозжение мозга, не полное удаление или частичное удаление гематом, вторичные стволовые кровоизлияния.

Суммарная летальность при множественных травматических внутричерепных гематомах у лиц до 40 летнего возраста равна 54,7%, а у лиц 40-59 лет - 25,0%, у больных старше 60 лет - 20,3%. Наиболее хорошие результаты, естественно, получены при применении метода широкой трепанации и менее благоприятные - при использовании расширенных фрезевых отверстий, когда тяжесть состояния пострадавшего не позволила прибегнуть к вмешательству большего объема.

Коэффициент летальности растет по мере роста степени нарушения сознания (оглушение-сопор-кома) и, наоборот, коэффициент благоприятного исхода (улучшения) падает по мере роста степени нарушения сознания.

Следует особо отметить, степень угнетения и нарушения сознания определяла вероятность благоприятного и неблагоприятного исхода травмы при множественных травматических внутричерепных гематомах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кондаков Е.Н., Семенютин В.Б., Гайдар Б.В. Тяжелая черепно-мозговая травма (функционально-структурный ореол нарушений очага размозжения мозга и варианты хирургии). - СПб.: Изд.: РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, 2001. - 216 с.
2. Крылов В.В., Талытов А.Э., Пурас Ю.В. Выбор трепанации в хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы. // Журнал Вопросы нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, 2007. - №1. - С.3-11.
3. Лихтерман Л.Б., Корниенко В.Н., Потапов А.А. Черепно-мозговая травма: прогноз, течение и исходы. - М.: Книга ЛТР, 2003. - 309 с.
4. Орлов В.К., Фархат Ф.А., Аверочкин А.И. Тяжелая черепно-мозговая травма, структура осложнений и летальности // III съезд нейрохирургов России. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 54-55.
5. Мамытов М.М., Брысов К.Б., Мамытова Э.М. Нейрохирургические проблемы очаговых поражений головного мозга. - Бишкек, 2010. - 190 с.
6. Потапов А.А., Крылов В.В., Лихтерман Л.Б. Современные рекомендации по диагностике и лечению тяжелой черепно-мозговой травмы. // Журнал Вопросы нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, 2006. - №1. - С.3-8.
7. Брысов К.Б., Арстанбеков Н.А., Эсенбаев Э.И. Влияние совокупного патологического объема травматического генеза на исход лечения больных с тяжелой черепно-мозговой травмой // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал, 2004. - Приложение 6. - Том 10. - С. 222-225.
8. Bullock R., Tesdale A. Surgical management of traumatic intracranial hematomas. - Elsevier, Amsterdam, 2010. - P. 249-198.
9. Caroli M., Locaielli M., Campanella R. Multiple intracranial lesions in head injury: clinical considerations, prognostic factors, management, and results in 95 patients // Surg Neurol. - 2010. - Vol. 56(2). - P.82-8.
10. Mikawa S., Ebina T. Multiple intracranial lesions in head injury: clinical considerations, prognostic factors, management, and results in 95 patients // Surg Neurol. - 2011. - Vol. 56(2). - P.82.

ТҮЙІН

Ауыр бас сүйек-ми жаракатының бастағы зақымдылық гематомаларымен байланысты науқастарды емдеуінің нәтижелерін талдау

Ауыр бас сүйөк-ми жаракатының бастағы зақымдылық гематомаларымен байланысты 103 науқастарды емдеудің нәтижелері және клиникалық мәліметтері тексеріліп көрсетілген. Өткізілген зерттеулерде түбегейде дифференциалды - диагностикалық белгілер өндірілді және осы санаттағы науқастарды нейрохирургиялық емдеуінің әдістері анықталған. Көптік зақымдылық гематомалардың емдеуінің тактикасында жетекші ретінде көлемі бойынша үлкенірек гематоманы анықтау және алып тастау болып табылатыны дәлелденген.

Түйін сөздер: Бас сүйөк-ми жаракаты, бастағы зақымдылық көптік гематомалар, диагностика, хирургиялық емдеу, жедел араласудың әр түрлі нұсқаларының тиімділігі.

РЕЗЮМЕ

Анализ исходов лечения больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, обусловленной травматическими внутричерепными гематомами

Анализируются и представлены результаты лечения и клинические данные 103 больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, обусловленной множественными травматическими внутричерепными гематомами. На основании проведенных исследований выработаны дифференциально-диагностические признаки и

определены методы нейрохирургического лечения данной категории больных. Доказано, что в тактике лечения множественных травматических гематом ведущим является определение и удаление гематомы большей по объему.

Ключевые слова: Черепно-мозговая травма, множественные травматические внутричерепные гематомы, диагностика, хирургическое лечение, эффективность различных вариантов оперативного вмешательства.

SUMMARY

Outcome analysis of management in severe skull brain injury due to traumatic intracranial haematomas

The results of management and clinical data of 103 series of different ages with multiple traumatic intracranial hematomas resulting from skull-brain trauma presented. Basing on the investigations differential diagnostic signs have elaborated and ways of surgical management of such patients were determined. It was determined that revealing and removal of hematomas in larger size is the leading point in surgical tactic of bilateral intracranial traumatic hematomas.

Key words: Skull-brain trauma, multiple traumatic intracranial hematomas, diagnostic, surgical management, efficacy of different surgical intervention varieties.

УДК 616.8-089:616.831-001.34

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КОМАТОЗНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Г. С. Джужумалиева

*Национальный Госпиталь Минздрава Кыргызской Республики,
г.Бишкек, Кыргызская Республика*

Введение и актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) составляет 39-40% всех видов травматизма, при этом на тяжелую степень ушиба мозга приходится около 25% случаев. Тяжелая черепно-мозговая травма составляет одну из актуальных проблем современной медицины [1,2,3,4,5].

Несмотря на значительные успехи реаниматологии, усовершенствование способов нейрохирургического лечения и интенсивной терапии, до настоящего времени летальность среди больных с тяжелой ЧМТ, особенно при сочетании внутричерепных гематом с очагами размозжения головного мозга, остается еще высокой, и достигает по данным многих авторов 60-80%, а инвалидность и снижение трудоспособности достигают 40-60% [6,7,8,9,10].

Это прежде всего такие клинические формы тяжелой ЧМТ, которые нуждаются в нейрохирургической помощи: пострадавшие с внутричерепными гематомами, гидромами, очагами размозжения головного мозга, вдавленными переломами, рино- и отоликвореями. Именно эта категория больных является основной причиной летальных исходов и инвалидизации пострадавших при тяжелой ЧМТ и требует своевременного оперативного лечения и интенсивной терапии в реанимационных отделениях.

Ведущим звеном комплексного лечения тяжелой ЧМТ с наличием внутричерепных гематом, очагов размозжения больших полушарий головного мозга, безусловно, является своевременное, адекватное нейрохирургическое вмешательство [11,12,13,14,15].

Основными задачами нейрохирурга и анестезиолога при поступлении больного с тяжелой ЧМТ в стационар

являются оценка тяжести состояния пострадавшего и решение вопроса о необходимости проведения реанимационных мероприятий, минимального нейродиагностического комплекса и выбор тактики лечения (хирургическое или консервативное). После проведения обследования принимается решение о необходимости оперативного лечения. Из противошоковой палаты больной транспортируется либо в операционную, либо в нейрореанимационное отделение [1-19].

В последние годы отмечается значительный рост больных в коматозном и вегетативном состоянии. В этой связи, с целью прогнозирования исходов коматозных состояний, нами изучены корреляции между данными клиники и результатами компьютерной и магнитно-резонансной томографий (КТ, МРТ).

Материал и методы исследования. Нами были изучены результаты 126 больных в остром периоде тяжелой ЧМТ. Возраст больных варьировал от 16 до 85 лет, 69 из них были оперированы. Все больные поступили с глубокими нарушениями сознания: в сопоре - 17 человек (7-9 баллов по шкале Глазго), коме 1-2 ст. 67 и коме 2-3 ст. 42 пациентов (3-5 баллов по шкале Глазго). Объем обследования больных зависел от тяжести состояния и экстренных показаний к операции. У всех больных диагностированы ушибы головного мозга различной локализации, одиночные - 68, множественные - 37, в сочетании с эпи- субдуральной гематомой - 93, в сочетании внутримозговой гематомой и вентрикулярным кровоизлиянием - 34, признаки диффузного аксонального повреждения и ушиба ствола мозга выявлены в 9 случаях. Летальный исход наступил у