

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 разможжения 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 разможжения 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 разможжения 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

89 больных (76%). Диагноз верифицировался по данным КТ/МРТ головного мозга 48 случаях, интраоперационно в 29 наблюдениях и 89 на аутопсии. Отмечено отсутствие динамики больных с тяжелой ЧМТ находящихся в коме 2-3 в 31 случае, в коме 1-2 у 29 пациентов, переход в вегетативное состояние 27, восстановление сознания 29. В вегетативном состоянии умерло 12 больных, выжило 15 больных, из них у 5 больных наблюдали выход из вегетативного состояния в течение от 0,5 до 3 лет.

С целью изучения объективных критериев прогноза коматозных состояний измеряли краниоентрикулярные индексы передних рогов боковых желудочков - Эванса, площадь третьего и четвертого желудочка, а также оценивалось состояние опоясывающей цистерны и объем очага паренхиматозного кровоизлияния.

Результаты исследования. Была выявлена связь между объемом кровоизлияния, уровнем расстройств сознания, индексом Эванса и исходом травматической болезни. Объем кровоизлияния паренхиматозно был от 1 до 76 куб. см, субдурально и эпидурально до 250 куб см. У больных с кровоизлиянием объемом до 45 куб см. субдурально и 25 куб см. паренхиматозно индекс Эванса не превышал 30%, летальность до 56%. При превышении индекса Эванса свыше 30% и деформации опоясывающей цистерны летальность у больных находящихся в коме возрастала до 90%, восстановления сознания не наблюдалось, больные после 7-14 суток комы переходили в вегетативное состояние. Отек, дислокация головного мозга и субарахноидальное кровоизлияние наблюдалось в 27 случаях (31,5 % от умерших больных), при этом индекс Эванса превышал 40%. Все больные были в запредельной коме с признаками височного-тензориального и вклинения в большую затылочную воронку. Была выявлена связь между сроком выживания и количеством излившейся крови, чем больше был объем кровоизлияния тем больше было угнетение сознания и минимальный срок выживания. Этот факт позволил предположить, что более достоверным критерием для прогнозирования исхода тяжелой ЧМТ и срока выживания является сочетание определенного объема кровоизлияния и значение индекса Эванса. Кровоизлияния в паренхиме мозга на аутопсии были в 55 случаях. Объем паренхиматозного пропитывания колебался от 1,7 до 65 куб.см., в среднем до 25 куб.см. Прорыв крови в желудочки был отмечен у 13 больных. При кровоизлиянии в лобные доли 12 наблюдений, височные доли 9, затылочные 18, ствол мозга 3, сочетание очагов ушибов в 8 случаях. Мелкоточечные кровоизлияния на границе коры и белого вещества, перивентрикулярно и мозолистом теле отмечены в 5 наблюдениях и у 7 больных на аутопсии обнаружено расширение желудочковой системы и атрофия лобных долей.

Деформация опоясывающей цистерны явилась вторым по значимости этого исследования признаком и наблюдалась в 65% случаях. Была отмечена корреляция между объемом паренхиматозного кровоизлияния и исходом травмы. Нами выявлена связь между исходом заболевания и степенью сдавления 3 и 4 желудочка. Этот признак был выявлен у находящихся в глубокой коме и выявлен у 94% умерших больных. В подгруппе больных с множественными очагами кровоизлияния наблюдалось увеличение летальности до 96%, вместе с тем при одиночных очагах ушибов объемом до 15 куб. см. летальность не превышала 54%.

Положительный результат хирургического лечения травматических внутричерепных образований, исключительно зависит от проведения оперативного вмешательства до развития выраженного дислокационного синдрома, поэтому, длительная выжидательная тактика при подобных случаях не является оправданной. При многоочаговом или двустороннем поражении головного

мозга предпочтительна широкая декомпрессионная трепанация черепа с удалением компрессирующих факторов со стороны большого объема вызывающей дислокации головного мозга, при этом, как показали наши исследования в динамике, создаются условия для санации неудаленных очагов иной, локализации. Следует подчеркнуть, что во всех случаях необходим индивидуальный подход в оценке клиники заболевания с учетом возрастных особенностей, сопутствующей соматической патологии.

Достаточно эффективными являются традиционные хирургические доступы, соответствующие локализации объемного поражения мозга и обеспечивающие его адекватное удаление. Выбор адекватного хирургического доступа, метода и объема его осуществления, должны направляться не только на сохранение жизни пациента, но и улучшение ее качества. Предпочтение следует отдавать формированию трепанационного окна методом выпиливания костного лоскута. По возможности использование в практике резекционной трепанации черепа методом выкусывания должно быть исключено, так как она по нашим данным значительно увеличивает инвалидизацию пострадавших на 30-40%.

В зависимости от выраженности отека головного мозга операция заканчивается установкой костного лоскута на место или его удалением с консервацией в слабых растворах формалина. Для удаления внутричерепных гематом, очагов разможжения сопровождающихся массивным отеком головного мозга целесообразно применение широкой костно-пластической трепанации черепа. Резекционная трепанация черепа (методом скусывания кусачками) приемлема только при наличии в зоне оперативного вмешательства обширного мелкооскольчатого перелома, когда сформировать костный лоскут выпиливанием не представляется возможным. При наличии крупных отломков требуется их репозиция с фиксацией на клеевой основе или удаление с консервацией в формалине в зависимости от характера повреждения и выраженности отека мозга.

Закключение. Корреляция между данными КТ/МРТ и данными аутопсии является наиболее достоверным фактором, что может быть полезно при обследовании больных находящихся в глубокой коме с тяжелой ЧМТ.

Оценка комы у больных с тяжелой ЧМТ позволила дифференцированно применять методы консервативной терапии, а большой объем кровоизлияния, коматозное состояние больного при нестабильных витальных функциях не явилось противопоказанием у оперативному вмешательству.

Сдавление третьего и четвертого желудочка с деформацией опоясывающей цистерны по данным КТ/МРТ у больных находящихся в коме позволило считать его неблагоприятным фактором.

Наиболее достоверными КТ и МРТ показателями при прогнозировании исхода тяжелой ЧМТ при кровоизлияниях эпи, субдурально и паренхиматозно являются объем кровоизлияния и индекс Эванса, которые имеют определенную взаимосвязь. При превышении индекса Эванса свыше 30% и деформации опоясывающей цистерны летальность у больных находящихся в коме возрастала до 90%, восстановления сознания не наблюдалось, больные после 7-14 суток комы переходили в вегетативное состояние.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Благодатский М.Д. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том I / Под редакцией акад. РАМН. А.Н. Коновалова, проф. Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. - М: Антидор, 1998 - 550 с.*

2. Гайтур Е.И. Вторичные механизмы повреждения головного мозга при черепно-мозговой травме (диагностика, тактика, лечения и прогноз): Дисс. ... д-ра мед. наук. - М.: 1999. - 229 с.

3. Коваленко В.М., Халитова Ф.Г. Дооперационная диагностика и лечение множественных травматических гематом // III съезд нейрохирургов России. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 34.

4. Комарницкий С.В., Полищук Н.Е., Литвиненко А.Л. Некоторые факторы определения исхода у больных с травматическими сдавлениями головного мозга // III съезд нейрохирургов России. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 36.

5. Лихтерман Л.Б. Неврология черепно-мозговой травмы // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме М.: Антитор, 2001. - С. 230-268.

6. Мамытов М.М., Ырысов К.Б. Черепно-мозговая травма - как нейрохирургическая проблема // Здоровоохранение Кыргызстана.- 2009, №2. - С. 45-52.

7. Потапов А.Н., Лихтерман Л.Б., Вос П.Е. Стандарты и рекомендации в современной нейротравматологии // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том 3. - М.: Антитор, 2002. - С. 29-41.

8. Хилько В.А. Клиническое руководства по черепно-мозговой травме. Том 3. Под. ред. акад. А.Н. Коновалова, проф. Л.Б. Лихтермана, проф. член. корр. РАМН А.А. Потапова. - М.: Антитор, 2002 - 631 с.

9. Cruz J., Minoja G., Okuchi K. Improving clinical outcomes from acute subdural hematomas with the emergency preoperative administration of high doses of mannitol: a randomized trial. // Neurosurgery, 2001. - Vol. 49(4). - P. 864-71.

10. D'Amato L., Piazza O., Alliata L. Prognosis of isolated acute post-traumatic subdural haematoma. // J Neurosurg Sci, 2007. - Vol. 51(3). - P. 107-11.

ТҮЙН

Ауыр бас сүйек-ми жаракаты кезінде комалык күйлерді болжамды критерийлері

Авторлар ауыр бас сүйек-ми жаракатының өткір кезеңінде 126 наукастарды емдеудің нәтижелері зерттеді. Наукастардың жасы 16-дан 85-ке дейін болды, олардың ішінде 69-на операция жасалынды. Барлық наукастар сананың терең бұзушылықтарымен келді: ессіз терең ұйқыға кетуде - 17 адам (Глазго шкаласы бойынша 7-9 балл), комада 1-2 ст. 67 және комада 2-3 ст. 42 емделушілер (Глазго шкаласы бойынша 3-5 балл). Барлық наукастардың әр түрлі мидың соғылған оқшауланғаны диагностикаға алынды: жеке - 68, көптік - 37, эпи - субдуралды

гематомасы бар тіркесте - 93, ми ішіндегі гематомасы және вентрикулярлық қан құйылу тіркесте - 34, бүлінудің таралған аксоналды белгілері және ми діңгегі ауыртып алуы 9 жағдайда болғанын анықтаған. 89 наукас (76%) өліммен леталды нәтижесімен аяқталды.

Түйін сөздер: бас сүйек-ми жаракаты, сананың бұзушылығы, кома, ессіз терең ұйқыға кету, бастағы қан құйылулар, біту, болжам.

РЕЗЮМЕ

Прогностические критерии коматозных состояний при тяжелой черепно-мозговой травме

Автором были изучены результаты лечения 126 больных в остром периоде тяжелой ЧМТ. Возраст больных варьировал от 16 до 85 лет, 69 из них были оперированы. Все больные поступали 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). 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 89 больных (76%).

Ключевые слова: Черепно-мозговая травма, нарушения сознания, кома, сопор, внутричерепные кровоизлияния, исход, прогноз.

SUMMARY

Prognostic criteria of comatous conditions in severe skull brain injury

The author has investigated results of 126 series in acute stage of severe Skull Brain injury. Patients age varied from 16 to 85 years, 69 of them underwent surgery. All patients admitted with deep disturbances of consciousness: in spoor 17 patients (7-9 scores according to the Glasgow coma scale), in coma of 1-2nd grade 67 patients and in coma of 2-3rd grade 42 patients (305 scores according to the Glasgow coma scale). The Brain contusion of different location was diagnosed in all patients: single - 68, multiple - 37, in combination with epidural and subdural haematomas - 93, combined with intracerebral and ventricular hemorrhages - 34, signs of diffuse axonal injury and brain stem contusion - 9 patients. The mortality rate investigated in 89 patients (76%).

Key words: Skull Brain injury, disturbances of consciousness, coma, sopor, intracranial hemorrhages, outcome, prognosis.

УДК 616.8-07

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

К. А. Исмаилов

Ошская межобластная детская клиническая больница, отделение МРТ диагностики,
г.Ош, Кыргызская Республика

Введение. Неврологические расстройства, обусловленные изменениями в позвоночнике, составляют 5-15% от общей заболеваемости и 48-71,9% в структуре неврологической заболеваемости. Широкая распространенность боли нижней части спины в популяции, частота и максимальная экспрессивность обострений в молодом и зрелом, наиболее трудоспособном возрасте, высокая инвалидизация побуждают к активному поиску

причин и механизмов её развития с целью оптимизации лечения и профилактики.

Своевременность диагностики, профилактики и лечения неврологических проявлений поясничного остеохондроза является весьма важной проблемой для здравоохранения, и, несмотря на имеющиеся достижения ее нельзя считать разрешенной.

Болевым синдромам поясничного отдела позвоночника