

УДК 617.714-616.831

**М.Ж. МИРЗАБАЕВ^{1*}, Е.К. ДЮСЕМБЕКОВ¹, М.А. АЛИЕВ¹,
А.Р. ХАЛИМОВ¹, Г.Ж. АХАНОВ¹, А.В. НИКОЛАЕВА²**

¹Кафедра нейрохирургии КазМУНО,
²Городская клиническая больница № 7, г. Алматы, Казахстан

ХРОНИЧЕСКАЯ СУБДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

АННОТАЦИЯ

Хроническая субдуральная гематома, часто встречающаяся форма повреждения мозга среди лиц пожилого возраста, которая составляет 7,4 на 100000 случаев. Основные причины возникновения хронической субдуральной гематомы у лиц пожилого и старческого возраста являются черепно-мозговые травмы. Данное исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 122 больных в возрасте от 60 до 87 лет. При поступлении состояние больных оценивали по шкале ком Глазго, в послеоперационном периоде – по шкале исходов Глазго. Проанализированы неврологические симптомы хронической субдуральной гематомы, результаты хирургического лечения, и его осложнения.

Ключевые слова: хроническая субдуральная гематома, поражение головного мозга, хирургическое лечение.

По данным ВОЗ, травматические повреждения головного мозга занимают одно из ведущих мест в смертности населения. Черепно-мозговые травмы составляют 30-50% всех травматических повреждений и поэтому являются не только медицинской, но и социальной проблемой (большая частота повреждений, высокая смертность и инвалидизация). Смертность при черепно-мозговой травме, особенно тяжелой степени, по данным литературы, составляет 40-90% [4,13,17,19]

Хроническая субдуральная гематома (ХСГ) – относительно частая форма черепно-мозговой травмы

среди пожилых людей и составляет 7,4 на 100 тыс. случаев [21,22]. Хронические субдуральные гематомы среди объемных образований головного мозга по разным данным встречаются в 1-7% случаев, среди внутричерепных кровоизлияний в 12-25% (Непомнящий В.П., Лихтерман Л.Б., Акшулаков С.К., 2008). Основными причинами возникновения ХСГ у лиц пожилого и старческого возраста являются черепно-мозговые травмы (Гринев Ю.В., 2003). Тактика хирургического лечения ХСГ зависит от возраста больного, клинической фазы заболевания и сопутствующей патологии [2]. Применяются различные инвазивные методы ле-

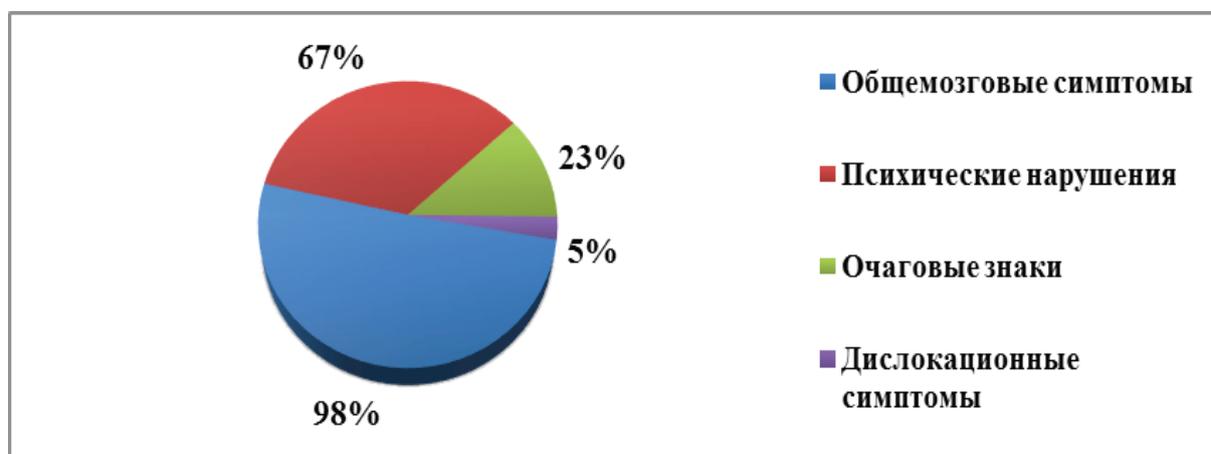


Рисунок 1. Распределение больных по полу и возрасту.

чения этого заболевания. Первоначально было распространено удаление ХСГ краниотомией, но со временем краниотомию вытеснили менее агрессивные методы, такие как дренирование гематомы из одного или двух фрезевых отверстий [10-12,15,18,23].

Цель исследования – анализ результатов хирургического лечения ХСГ у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы: Проанализированы результаты хирургического лечения 122 больных в возрасте от 60 до 87 лет, госпитализированных в ГКБ №7 с 2010 по 2017 гг. с диагнозом ХСГ. Женщин было 40 (32,7%), мужчин 82 (67,3%). Распределение по полу и возрасту показано на рис. 1.

Всем больным при поступлении в стационар проведено полное клинико-инструментальное обследование: неврологический осмотр, краниография, КТ или МРТ головного мозга, консультация окулиста, терапевта, невролога. КТ/МРТ проводились также в динамике: в раннем послеоперационном периоде в 1-3-5 дни и через 1,5-2 месяца. Всем больным произведен подсчет объема внутричерепной гематомы по данным КТ/МРТ.

При поступлении состояние больных оценивали по шкале комы Глазго (ШКГ), в послеоперационном периоде – по шкале исходов Глазго. Согласно критериям, Jennetti Bond восстановление оценивалось как хорошее (ХВ), умеренная инвалидизация (УИ), грубая инвалидизация (ГВ), вегетативное состояние (ВС) или смерть.

Результаты и обсуждение: у 106 (86,9%) больных уровень сознания при поступлении оценивался 13-15 баллов по ШКГ, 16 (13,1%) больных поступили с нарушением уровня сознания ниже 12 баллов.

При неврологическом обследовании у 119 (98%) больных определялись общемозговые симптомы в виде головной боли, тошноты, рвоты, головокружения, нарушения сознания. Психические нарушения – нарушение ориентировки (Gerstmann'ssyndrome), амнестическая спутанность, спутанность с психомоторным возбуждением, спутанность с речевыми нарушениями – выявлены у 82 (67%) больных. Очаговые симптомы

– пирамидная недостаточность, речевые нарушения, подкорковый синдром, координаторные нарушения, имели место у 28 (23%) больных. Дислокационные симптомы – анизокория с контралатеральной гемисимптоматикой, парез взора вверх – диагностированы только у 6 (5%) пациентов. Анализ показал, что дислокационные симптомы у данного контингента больных встречались реже, чем общемозговые и психические нарушения (рисунок 2).

Распределение больных от зависимости объема ХСГ приведено в табл.1.

Таблица 1. Распределение больных по объему ХСГ

№	Группы	Объем гематомы	Число больных
1.	I	Менее 50 мл.	15(12,3%)
2.	II	50-100 мл.	32(26,2%)
3.	III	Более 100 мл.	75(61,5%)

Как видно из таблицы, большинство составляли больные с большим объемом гематомы, хотя дислокационного синдрома не выявлено. Данный феномен объясняется относительно большим объемом резервного пространства и атрофическим процессом мозговой ткани у обследованных больных.

Способ хирургического вмешательства выбирали с учетом размера субдуральной гематомы, ее фазы, неврологической симптоматики, соматического статуса [1,3,5].

В зависимости от объема оперативного вмешательства больные были разделены на 3 группы. 104 (85,2%) больным 1-й группы произведено закрытое наружное дренирование ХСГ. При этом наложено одно фрезевое отверстие на самой низкой точке гематомы с одномоментным введением катетера в полость. Катетер выводился через контрапертуры и был присоединен к герметичному резервуару. В течение 3-5 суток проводилось пассивное дренирование гематомы. Катетер удаляли после контрольного КТ обследования.

16 (13,2%) больным 2-й группы проводилось дренирование ХСГ из двух фрезевых отверстий с установлением приточно-отточной системы. Промывание полости гематомы проводилось в течение 1-3 суток. Систему удаляли после контрольного КТ обследования, обычно на 5-7 сутки.

2 (1,6%) пострадавшим 3-й группы проведено прямое удаление ХСГ краниотомией с частичным или полным иссечением ее капсулы. Надо отметить, что к этой манипуляции прибегали только при рецидивах гематомы. Распределение больных в зависимости от способа проведения хирургического вмешательства показана на рисунке 3.



Рисунок 2. Частота встречаемости неврологических симптомов у больных с ХСГ.



Рисунок 3. Количество и виды оперативного вмешательства.

Послеоперационный период только у 1 (0,82%) больного осложнился гнойным менингоэнцефалитом. Больной оперирован по поводу дренирования ХСГ из двух фрезевых отверстий. Воспалительный процесс распространился в оба полушария головного мозга. Исход был летальным.

Рецидив гематомы, по данным разных источников, встречается в 8-37% случаев [6,8,9,20]. Причинами возникновения повторных кровоизлияний на месте удаленной гематомы, по мнению большинства авторов, является плохое расправление длительно компримированного мозга. При перепадах внутричерепного давления это может способствовать отслойке твердой мозговой оболочки, разрывам венозных сосудов и возникновению венозного кровотечения. Причиной повторных кровоизлияний могут быть также кровоизлияния из остатков капсулы гематомы или фибриновых тяжей вследствие недостаточного гемостаза сосудов [5,14]. У 8 (6,5%) пациентов при многокамерных ХСГ наблюдался рецидив гематомы. 2 из них хирургического лечения не потребовалось. Рецидив гематомы обнаружен на вторые сутки после операции. После проведения локального фибринолиза из существующей системы, гематома полностью дренирована. 6 больным проведено установлена дренирующая система, с последующим проведением локального фибринолиза. Двум пострадавшим произведена краниотомия с удалением рецидива гематомы.

Послеоперационные вторичные ишемические нарушения диагностированы у 21 (17,2%) больного. В основном они имели транзиторный характер, протекали в виде психических нарушений и на фоне сосудистой терапии регрессировали на 3-5 сутки после операции. В послеоперационном периоде пневмоцефалия

выявлена у 30 (24,6%) больных. Она не приводила к дислокационным нарушениям или грубой очаговой симптоматике и не требовала оперативных вмешательств. Это объясняет тот факт, что мозговая ткань у лиц пожилого и старческого возраста утрачивает свою податливость, которая приводит к длительному сохранению релапса головного мозга и пневмоцефалия не несет агрессивный характер. Результаты анализа послеоперационных осложнений представлены на рисунке 4.

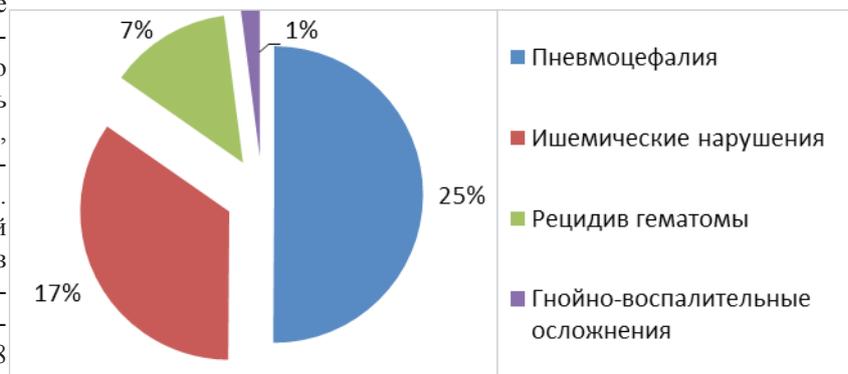


Рисунок 4. Характер послеоперационных осложнений.

Анализ показал, что закрытое наружное дренирование с наложением фрезевого отверстия, имеет ряд преимуществ перед краниотомией и дренированием гематомы из двух фрезевых отверстий. Дренирование полости гематомы происходит постепенно, что снижает вероятность развития послеоперационных ишемических нарушений в головном мозге; введение одной дренирующей системы является малотравматичной манипуляцией, что предотвращает развитие рецидивов гематомы и уменьшает угрозу инфекции; позволяет проводить манипуляции под местной анестезией у больных имеющих тяжелые сопутствующие заболевания.

*mar.mirzabaev@ya.ru

По данным литературы, гнойно-воспалительные осложнения при хирургии ХСГ встречаются в 2-4% случаев [7,16]. Одной из частых причин, является наличие наружной дренажной системы и длительность ее использования. Риск инфицирования пропорционально возрастает при функционировании дренажа свыше 3 суток и достигает 6%.

При выписке по шкале исходов Глазго, хорошее восстановление отмечалось у 114 (93,5%) больных, грубое восстановление у 7 (5,7%), летальный исход был только в одном случае (рисунок 5).

мов), несмотря на большие объемы гематомы. Основные клинические симптомы выражались общемозговыми знаками и психическими нарушениями.

Выводы: Частота психических нарушений свидетельствует о роли сосудистого слагаемого в генезе симптоматики в сочетании с инволютивными факторами; закрытое наружное дренирование ХСГ из одного фрезевого отверстия является предпочтительным методом хирургического лечения у больных пожилого и старческого возраста; костно-пластическая трепана-

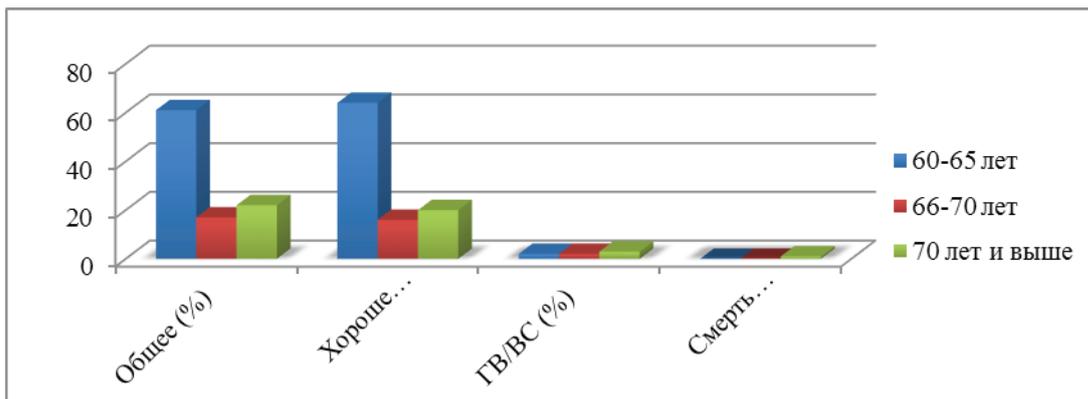


Рисунок 5. Результаты лечения по шкале исходов Глазго.

Таким образом, проведенный анализ показал пре-валирование больных в стадии компенсации (отсутствие грубых очаговых и дислокационных симпто-

ция показана больным с ХСГ при наличии обширных плотных сгустков в полости гематомы и при рецидиве гематомы, после безуспешного дренирования через фрезевые отверстия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карамышев Р.А. с соавт. Хирургическое лечение хронических субдуральных гематом. // В кн.: I съезд нейрохирургов Российской Федерации, Екатеринбург – 1995, стр. 55-56.
2. Коновалов А.Н. с соавт. Дифференцированное лечение хронических субдуральных гематом // Ж.: Вопросы нейрохирургии, 1990, 1, стр. 29-33.
3. Козель А.И., Рязанцев А.А., Современная диагностика внутричерепных гематом с позиции концепции фазности их клинического течения // П съезд нейрохирургов Российской Федерации: Тез. докл. – Н.Новгород, 1998. С.32
4. Лебедев В.В., Крылов В.В., Гринь А.А., Корыпаева И.В. Особенности клиники и хирургического лечения больных с малыми и большими травматическими внутричерепными гематомами. // Избранные вопросы неврологии и нейрохирургии. -1997 г., №5, С. 39-40.
5. Макаров В.М., Хронические субдуральные гематомы: Автореф. дисс. канд. мед. наук, М., 1981 – 24 с.
6. Ольхов В.М., Хронические травматические субдуральные гематомы у больных пожилого и старческого возраста (нейрохирургическая диагностика и лечение): Автореф. дисс. канд. мед. наук, Киев, 1985 – 24 с.
7. Педаченко Г.А., Педаченко Е.Г., Ризак М.М., Особенности закрытой черепно-мозговой травмы у лиц старческого возраста // Вопр. Нейрохирургии. 1991 - №4, С. 13-15.
8. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Зельман В.Л., Корниенко В.Н., Кравчук А.Д., Хронические субдуральные гематомы // Доказательная нейротравматология / под ред. Коновалова, М., - 2003, №12, С.518.
9. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д., Хроническая субдуральная гематома // Монография, М., - 1997, С.179-190.
10. Щиголев Ю.С., Цехановский Г.Б., Лечение хронических субдуральных гематом в аспекте современных

малоинвазивных методик // Материалы II Российско-американской научно-практической конференции: тез. докл., М., 2003, С. 188-190.

11. Camel M., Grubb R.L. Jr: Treatment of chronic subdural hematoma by twist-drill craniotomy with continuous catheter drainage // J. Neurosurg. 1986, vol. 65, P. 183-187.
12. Ernestus R.I., Beldzinski P., Lanfermann H., Klug N.: Chronic subdural hematoma: surgical treatment and outcome in 104 patients. // Surg. Neurol. 1997, vol. 48, P. 220-225.
13. Foelholm R., Waltimo O.: Epidimiology of chronic subdural haematoma. // ActaNeurochir. (Wien), 1975, vol. 32, p. 247-250.
14. Gelabert-Gonzalez M., Iglesias-Pais M., Garcia-Allut A., Martinez-Rumbo R.: Chronic subdural haematoma: surgical treatment and outcome in 1000cases. // Clin. Neurol.Neurosurg.2005, vol. 107, P. 223-229.
15. Horn E.M., Feiz-Erfan I., Bristol R.E., Spetzler R.F., Harrington T.R.: Beside twist drill craniostomy for chronic subdural hematoma: a comparative study. // Surg. Neurol. 2006, vol. 65, P. 150-154.
16. Jones S., Kafetz K.: A prospective study of chronic subdural haematomas in elderly patients. // Age Ageing, 1999, vol. 28, P. 519-521.
17. Markwalder T.M.: Chronic subdural hematomas: a review // J. Neurosurg. 1981, vol. 54, P. 637-645.
18. Mori K., Maeda M.: Surgical treatment of chronic subdural hematoma in 500 consecutive cases: clinical characteristics, surgical outcome, complications and recurrence rate. Neurol. Med. Chir. (Tokyo), 2001, vol. 41, P. 371-381.
19. Ramachandran R., Heige T.: Chronic subdural hematomas – causes of morbidity and mortality. // Surg. Neurol. 2007, vol. 67, P. 367-373.
20. Rohde V., Graf G., Hassler W.: Complications of burr-hole craniostomy and closed-system drainage for chronic subdural hematomas: a retrospective analysis of 376 patients. // Neurosurg. Rev., 2002, vol. 25, P. 89-94.
21. Rozzelle C.J., Wofford J.L., Branch C.L.: Predictors of hospital mortality in older patients with subdural hematoma. // I am Geriatr Soc., 1995, vol. 43, P. 240-244.
22. Toriashi K., Sadamasa N., Yoshida K., Narumi O., Chin M., Yamagata S.: Independent predictors for recurrence of chronic subdural hematoma: review of 343 consecutive surgical cases. // Neurosurgery, 2008, vol. 63, P. 1125-1129.
23. Weigel R., Schmiedek P., Krauss J.K.: Outcome of contemporary surgery for chronic subdural haematoma: evidence based review. // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 2003, vol. 74, P. 937-943.

ТҮЙІНДІ

Созылмалы субдуральды гематома, егде жас арасында ми зақымдануының жиі кездесетін формасы, 100000 жағдайға 7,4 құрайды. Бас-ми жарақаты егде және кәрілік жас арасындағы созылмалы субдуральды гематомалардың негізгі себептері болып табылады. Бұл зерттеу 60 жастан 87 жасқа дейінгі 122 науқастың хирургиялық емінің нәтижелерін талдауына негізделген. Түсу кезінде науқастардың жағдайын Глазго кома шкаласы бойынша, отадан кейінгі кезеңде – Глазго нәтижелер шкаласы бойынша бағаланды. Созылмалы субдуральды гематомалардың неврологиялық симптоматикасы, хирургиялық емдеудің нәтижелері және оның асқынулары талданды.

Кілт сөздер: Созылмалы субдуральды гематома, бас миының зақымдалуы, хирургиялық ем.

SUMMARY

The chronic subdural hematoma is relatively common form of the brain injury among older people and reaches to 7,4 per 100000 cases. The main causes of the chronic subdural haematoma in elderly and senile age patients are craniocerebral traumas. This research is based on the analysis of surgical treatment of 122 patients. Condition of the patients on admission to the hospital was estimated on Glasgow coma scale. In postoperative period, their condition was estimated on Glasgow outcome scale. Besides that, we studied neurological symptoms in chronic subdural haematoma, results of the surgery treatment and it's complications.

Key words: chronic subdural haematoma, brain injury, surgical treatment.