

К.Б Ырысов., Э.А. Абдыкалыков

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К.Ахунбаева, кафедра нейрохирургии, г. Бишкек, Кыргызстан.

*The data of 103 patients with sharp traumatic intracranial hematomas investigated. Basing on the investigations differential diagnostic signs are developed and methods of surgical treatment of the given category of patients are defined. It was determined that revealing and removal of hematomas is the leading point in surgical tactic of acute intracranial traumatic hematomas. Trephination it is shown at heavy patients and is reliable medical-diagnostic intervention.*

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

### Введение

Диагностика и лечение черепно-мозговой травмы (ЧМТ), является актуальной проблемой травматологии и нейрохирургии, за последние годы ЧМТ приобрела еще большее значение [1-6]. 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 [4-6]. Согласно тем же статистическим данным ВОЗ, ЧМТ имеет тенденцию к нарастанию в среднем на 2% год [1-6]. Рост числа пострадавших от ЧМТ, ведущих к поражению головного мозга предопределяет нейротравму, как одну из основных научно-практических проблем в нейрохирургии. Современная нейротравма характеризуется возрастанием частоты острых травматических внутричерепных повреждений, среди которых особое место занимают субдуральные гематомы.

В связи с утяжелением дорожно-транспортных травм, в клинической практике все чаще обращается внимание на возрастающую частоту острых субдуральных гематом. Несмотря на довольно многочисленные сообщения, методика и техника оперативных вмешательств при острых внутричерепных гематомах, в литературе не обобщены, практически отсутствуют данные об особенностях хирургического лечения данной патологии.

**Целью** работы явился анализ результатов нейрохирургического лечения больных с острыми травматическими внутричерепными гематомами.

### Материал и методы исследования

В основу настоящего исследования положен анализ клинических синдромов и нейрохирургического лечения 103 больных с острыми травматическими внутричерепными гематомами. К острым травматическим внутричерепным гематомам нами отнесено наличие субдуральных, эпидуральных и внутримозговых гематом, располагающихся с одной или двух сторон

Учитывая локализацию и взаиморасположение гематом, 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.

Анализ таблицы 1 свидетельствует, что наиболее часто острые травматические внутричерепные гематомы 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

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

### Результаты исследования

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

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, КПТЧ производили у больных, не имеющих грубых нарушений функций ствола мозга, а также в большинстве тех случаев, где локализация гематомы была установлена с помощью КТ или МРТ исследований.

Применение КПТЧ весьма эффективно для "поэтажных" двухсторонних гематом, т.к. эпидуральные гематомы, уже в первые часы после травмы содержат плотные сгустки крови, при удалении которых часто возобновляется кровотечение. Мы применяли КПТЧ и как первый и как окончательный этап оперативного вмешательства, а также как последующий этап, которому предшествовало частичное

удаление гематомы через расширенное фрезевое отверстие. Проведение КПТЧ осуществляли тем чаще, чем моложе пострадавшие с острыми травматическими внутричерепными гематомами. Применение КПТЧ у лиц молодого возраста создает анатомо-физиологические предпосылки для раннего и полного восстановления нарушенных функций, избавляет больных от синдрома "трепанованного черепа". У больных, находящихся в состоянии средней тяжести или в удовлетворительном состоянии этот метод является абсолютно показанным.

У 98 больных (95,1%) была произведена РТЧ. Этот метод использовался при тяжелом состоянии больных, наличии выраженной общемозговой и стволотой симптоматики, при наличии оскольчато-вдавленных переломов, при нарастающей 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 КПТЧ.

Удаление острых травматических внутричерепных гематом через расширенное фрезевое отверстие было применено у 30 больных (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.

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.

### Исходы хирургического лечения

Из 103 оперированных нами больных с острыми травматическими внутричерепными

гематомами, 64 больных (62,1%) были выписаны из стационара с улучшением, а 39 пациентов умерли. Послеоперационная летальность составила 37,9%.

Основными причинами летальности при острых травматических внутричерепных гематомах были несовместимые с жизнью повреждения мозга, тяжелый ушиб-размозжение мозга, не полное удаление или частичное удаление гематом, вторичные стволовые кровоизлияния.

Наиболее хорошие результаты лечения, 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.

Степень нарушения сознания определяла вероятность благоприятного и неблагоприятного исхода травмы при острых травматических внутричерепных гематомах. 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.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Арстанбеков Н.А., Эсенбаев Э.И., Ырысов К.Б. 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.
2. Благодатский М.Д., Семенов А.В. Анализ летальности при открытой проникающей черепно-мозговой травме мирного времени // III съезд нейрохирургов России, Санкт-Петербург, 4-8 июня, 2002 г. - С.10.
3. 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.
4. Лихтерман Л.Б., Корниенко В.Н., Потапов А.А. Черепно-мозговая травма: прогноз, течение и исходы. - М.: Книга ЛТР, 1993. - 309 с.
5. Мамытов М.М. Оптимизация способов хирургического лечения травматических гематом // Наука и новые технологии. - 2005, №3. - С.60-61.
6. Щедренок В.В. Хирургия травматических внутричерепных гематом и очагов размножения больших полушарий головного мозга: Автореф. дисс. ... д-ра мед.наук. - Ленинград, 1981. - 27с.

### ТҰЖЫРЫМ

Авторлар 103 өткір травмалық бассүйекішілік гематомадағы науқастардың деректерін зерттеді. Жүргізілген зерттеулер негізінде дифференциальді-диагностикалық белгілері дағдыланды және осы категориядағы науқастарды хирургиялық емдеу әдіс-тәсілдері анықталды. Өткір травмалық гематомаларды емдеу тәсілдегі ең бастысы, гематоманы анықтау және аластату болып

табылатындығы анықталды. Фрезеотомия ауыр науқастарда көрсетіліп және емдеу-диагностикалық араласудағы тірек болып табылады.

**Негізгі сөздер:** Бас-ми жарақаты, өткір травмалық бассүйекішілік гематома, диагностика, хирургиялық емдеу, әр түрлі нұсқалардың оперативті араласу эффектілігі.

### РЕЗЮМЕ

Авторы изучили данные 103 больных с острыми травматическими внутричерепными гематомами. На основании проведенных исследований выработаны дифференциально-диагностические признаки и определены методы хирургического лечения данной категории больных. Установлено, что в тактике лечения острых травматических гематом ведущим является

определение и удаление гематомы. Фрезеотомия показана у тяжелых больных и является надёжным лечебно-диагностическим вмешательством.

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