

Е.З. Имангалиев, М.К. Джумашев, Е.И. Ербулеков

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

Атырауская областная больница, г. Атырау

Введение.

В структуре объемных образований головного мозга хронические субдуральные гематомы (ХСГ) составляют по различным данным 1-7% [2,4].

Отмечаемое в последние годы увеличение частоты ХСГ обусловлено распространенностью черепно-мозговых травм и цереброваскулярных заболеваний, кроме того, улучшением диагностической службы. Своевременному выявлению способствует широкое применение и относительная доступность компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

Хроническими принято называть субдуральные гематомы, клинические проявления которых возникают более чем через 3 недели после установленного факта черепно-мозговой травмы [2]. Однако зачастую травма, как предполагаемая причина возникновения первичного скопления крови под оболочками мозга, полностью отрицается пациентом и его родственниками. В таких случаях относить данную патологию к последствиям внутричерепной травмы очень сложно.

Тем не менее, сформированный патологический субстрат предполагает свое развитие в течение как минимум 3 недель, это происходит на фоне нарушений местных реологических свойств крови, инволюционных изменений головного мозга, поэтому будет справедливо не разделять ХСГ на нетравматические и травматические при выборе тактики лечения.

Хроническая субдуральная гематома – доброкачественное отграниченное скопление крови и ее продуктов в субдуральном пространстве, не связанное с веществом головного мозга, с развитой капсулой, дающее определенную картину при нейровизуализации.

Цель.

Провести анализ случаев лечения больных с ХСГ, выбор эффективной диагностической схемы и адекватной тактики оперативного вмешательства,

Материалы и методы исследования.

Нами были анализированы данные пациентов, получавших оперативное лечение в нашей клинике с диагнозом ХСГ за период 2005 – 2010 гг..

Больные были обследованы согласно протоколу неврологического осмотра. При выяснении жалоб обращалось внимание на наиболее характерные: головная боль, головокружение, утомляемость, слабость, снижение внимания, тошнота и рвота; нарушения

памяти, расстройства речи, нарушения сознания. При выяснении анамнеза уточнялись сведения о возникновении и развитии заболевания, определялись внешние факторы воздействия.

Всего за указанный период оперировано – 40 больных, из них факт черепно-мозговой травмы отрицается в большинстве случаев – 32 (80%).

Распределение больных по полу – 5 женщин (12,5%), 35 мужчин (87,5%).

Возраст больных был от 20 лет до 77 лет, средний возраст – 50,8 лет, т.е. как правило, основной контингент составили пожилые мужчины.

Рентгеновская компьютерная томография (КТ) головного мозга проводилась всем пациентам на спиральном компьютерном томографе «Siemens Tomoscan AV».

Кроме того, проводилась контрольная КТ головного мозга после операции на 3 сутки, в нескольких случаях на 10 сутки.

Результаты и обсуждение:

Диагностика.

Учитывая, что патогномичных признаков ХСГ нет, более того, клиническая картина ХСГ многолика и чаще всего протекает под маской других заболеваний, большинство пациентов поступили в нейрохирургическое отделение нецеленаправленно – 31 (77,5%).

12 больных (30%) были переведены из неврологических, кардиологических отделений, из них получали лечение в течение длительного времени по поводу ОНМК, т.е. были госпитализированы в эти отделения в плановом порядке – 7 (17,5%). В 19 случаях (47,5%) ХСГ были обнаружены при плановом амбулаторном КТ-исследовании головного мозга.

Пациенты поступали в стационар при различных стадиях заболевания: в компенсированном состоянии – 13 (32,5%), в стадии субкомпенсации – 10 (25%), в стадии умеренной декомпенсации – 12 (30%), с состоянием грубой декомпенсации – 5 больных (12,5%).

В клинической картине преобладала общемозговая симптоматика: слабость, утомляемость, снижение внимания, головная боль, головокружение. Кроме того у ряда больных имелась очаговая неврологическая симптоматика, такая как: различные варианты нарушения речи (афазия, дизартрия) у 8 больных (20%), нарушения в двигательной сфере (гемипарезы различной глубины) у 13 больных (32,5%), в 6 случаях (15%) имелись нарушения функций тазовых органов по типу задержки мочи.

Таблица 1. Клиническая картина при поступлении в стационар.

симптом	количество случаев	%
общемозговая симптоматика, такие как головная боль, общая слабость, головокружение, утомляемость	32	80%
нарушение сознания, от умеренного оглушения до комы II	24	60%
нарушение двигательных функций, гемипарез различной глубины	13	32,5%
нарушение речи, афазия, дизартрия	8	20%
нарушение функции тазовых органов, задержка мочи	6	15%

Всем больным проведена КТ головного мозга на спиральном компьютерном томографе «Tomoscan AV» фирмы Siemens, где выявлялись характерные нарушения.

Срединные структуры были как в норме, так и смещены до 16 мм в здоровую сторону. Гомолатеральные боковые желудочки были деформированы в различной степени в соответствии с величиной латеральной дислокации. У группы больных были выявлены изменения в веществе головного мозга, в т.ч. энцефалопатия – у 18 (45%) больных, постинсультные изменения – у 11 больных (27,5%).

Таблица 2. Результаты КТ – исследования головного мозга.

результаты КТ	количество	%
смещение срединных структур до 2 мм	11	27,5%
смещение срединных структур от 3 мм до 5 мм	18	45%
смещение срединных структур от 6 мм до 10 мм	7	17,5%
смещение срединных структур от 11 мм до 15 мм	3	7,5%
смещение срединных структур от 16 мм и больше	1	2,5%
частичное сдавление гомолатерального желудочка	15	37,5%
полное сдавление гомолатерального желудочка	7	17,5%
сдавление обоих желудочков	6	15%
деформация обводной цистерны	4	10%
признаки энцефалопатии	18	45%
постинсультные изменения в полушариях	11	27,5%
явления субатрофии, атрофии головного мозга	9	22,5%

Латерализация гематом была примерно в равном отношении, в 3 (7,5%) случаях имела место двухсторонняя ХСГ. В 6 случаях (15%) ХСГ была многокамерной.

Объем ХСГ у больных был различным, от 60 см³ до 180 см³, и четко коррелировал с общим состоянием в момент поступления в стационар.

Таблица 3. Локализация, характер и объемы ХСГ.

ХСГ	количество	%
правой гемисферы	19	47,5%
левой гемисферы	18	45%
двухсторонняя	3	7,5%
многокамерная	6	15%
объем гематомы		
от 60 до 100 см ³	29	72,5%
от 101 до 120 см ³	4	10%
от 121 до 150 см ³	3	7,5%
от 151 до 180 см ³	4	10%

Хирургическое лечение.

В основу современной концепции оперативного лечения ХСГ заложены принципы малотравматичности, малоинвазивности и безопасности. Широко распространены минимально инвазивные способы лечения в виде различных вариантов закрытого наружного дренирования [1,2,3,4]. Фрезевое отверстие, т.н. трепанация черепа, накладываемое в проекции максимальной толщины гематомы с последующим удалением жидкой части - наиболее часто применяемый метод лечения ХСГ. Операцию можно произвести под местной анестезией, и чаще всего обеспечивается адекватное удаление жидкой части ХСГ [4].

По литературным данным проведение краниотомии рекомендуется при содержимом гематомы в виде плотных сгустков крови или ее кальцификации, при многокамерной структуре и в случаях рецидивирования гематомы [1, 2, 3, 4].

Субдуральный дренаж обычно устанавливается на 1-2 суток для эвакуации остатков гематомы, промывание полости ХСГ в послеоперационном периоде обеспечивает активное удаление фибринолитических веществ с остатками крови, что предупреждает повторные кровотечения из капсулы гематомы, не давая возможности рецидивировать гематоме.

Оперированы больные были в различные сроки от установления диагноза, от 1 часа до 2 суток, что, впрочем, существенно не влияло на исход заболевания. Задержки в большинстве случаев были связаны с несогласием родственников на проведение операции.

Оперативные вмешательства проводились различными методами. Костно-пластическая трепанация черепа проводилась в 10 случаях (25%), из них в 2 случаях (5%) сопровождалась удалением капсулы гематомы. Наружное дренирование проводилось в 30 случаях (75%), из них в 22 случаях (55%) накладывалось по 2 отверстия с соответствующей стороны, в 8 случаях (20%) - по 1 отверстию. В 26 случаях (65%) проводилось промывание полости гематомы теплым физиологическим раствором хлорида натрия, после чего устанавливалась дренажная трубка на 2-3 суток - в 11 случаях (27,5%). В 4

случаях (10%) проводилось пассивное наружное дренирование, без промывания полости гематомы.

Таблица 3. Методы хирургических вмешательств при ХСГ.

метод операции	количество	%	повторные операции	смерть
КПТЧ без удаления капсулы	8	20%		1
КПТЧ с удалением капсулы	2	5%	1	1
наружное дренирование	30	75%		
через 2 отверстия	22	55%	1	3
через 1 отверстие	8	20%		
с промыванием полости гематомы	26	65%		
из них с оставлением дренажной трубки	11	27,5%		
без промывания полости гематомы	4	10%		

Контрольная КТ проводилась на 3 сутки, в нескольких случаях на 10 сутки после операции.

Среди осложнений следует отметить пневмоцефалию, которая встречалась в 18 случаях (45%), но регрессировала к концу лечения.

Внутричерепные кровоизлияния после операции возникали в 4 случаях (10%).

Таблица 4. Послеоперационные осложнения

метод операции	пневмоцефалия	рецидив гематомы	внутричерепные кровоизлияния
КПТЧ без удаления капсулы	1	-	-
КПТЧ с удалением капсулы	2	1	1
наружное дренирование	15		
через 2 отверстия	13	1	2
через 1 отверстие	2		1
с промыванием полости гематомы	11	1	3
из них с оставлением дренажной трубки	9	-	2
без промывания полости гематомы	-	-	-

Рецидив гематомы, потребовавший повторную операцию отмечали в 2 случаях (5%).

Смерть после операции зарегистрирована в 5 случаях (12,5%), что было связано с грубой декомпенсацией больных в момент взятия на операцию.

Результаты лечения можно охарактеризовать как удовлетворительные, смертность наступала у больных с грубой декомпенсацией, с массой сопутствующих патологий.

Положительных изменений в неврологическом статусе удалось достичь в 32 случаях, сохранение неврологического дефицита (гемипарез, дизартрия до операции) – у 3 больных.

Выводы:

1. Проведенный анализ показал, что существенное влияние на прогноз оказывает состояние больного до операции.

2. Выбор в пользу того или иного оперативного вмешательства в связи с состоянием больного или размеров гематомы неоправдан, например проведение широкой КПТЧ с тотальным удалением ХСГ при больших размерах или при тяжелом состоянии больного.

3. Проведение малоинвазивных вмешательств существенно сокращает сроки операции, объем интраоперационной кровопотери, тем самым снижая травматичность самой операции. Это особенно важно, так как основной контингент больных составляют пожилые люди с наличием сопутствующей патологии.

4. Кроме того, учитывая частое возникновение пневмоцефалии после промывания полости гематомы, вызывает интерес пассивное наружное дренирование ХСГ. Во избежание технических ошибок при удалении многокамерных ХСГ, а именно недостаточного удаления, следует проводить измерение объема гематомы при проведении КТ, а во время операции контролировать объем выделенной гематомы.

5. Для улучшения диагностической службы необходимо обязательное проведение КТ головного мозга всем пациентам с черепно-мозговой травмой, всеми видами цереброваскулярных заболеваний, пациентам с нарушением сознания и острой очаговой неврологической симптоматикой. Расширяя таким образом показания к КТ головного мозга, мы переводим это исследование в разряд скрининговых, что возможно компенсируется более ранним выявлением пациентов с ХСГ и улучшит результаты лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Коновалов А. К. Дифференцированное лечение хронических субдуральных гематом // Вопр. нейрохир. - 1990. - № 1. - стр. 29-32.
2. Потапов А. А. Хронические субдуральные гематомы // М., 1997.
3. Потапов А. А. Минимально инвазивная хирургия хронических субдуральных гематом // Нейрохирургия. - 1998. - № 1. - стр. 11-18.
4. Хроническая субдуральная гематома // Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. Нейротравматология. Справочник. - М.: Вазар-Ферро, 1994. - стр.199-201.