

И.Т. КУРМАЕВ
 Городская клиническая больница № 7,
 Кафедра нейрохирургии АГИУВ,
 г. Алматы

АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСТРЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ

Статья посвящена анализу результатов хирургического лечения пострадавших с травматическими острыми внутричерепными гематомами. Материалом исследований служили 677 больных с тяжелой черепно-мозговой травмой. На основании проведенного исследования были выявлены основные причины неблагоприятных исходов, намечены дальнейшие пути по снижению летальности.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, внутричерепная гематома, фаза клинической компенсации.

Актуальность: Травматизм был и остается одной из основных причин смертности, уступая лишь сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее частым видам повреждений, составляя 36 – 40% от всех видов травмы (1), и лидирует среди причин летальности и инвалидизации пациентов. Грозным осложнением ЧМТ является формирование травматических острых внутричерепных гематом (ТОВГ), которые по мере компрессии головного мозга, неминуемо ведут к сдавлению ствола мозга и смерти пострадавшего. В США ежегодно оперируются порядка 100000 человек с внутричерепными гематомами и до 60% при этом умирают или остаются глубокими инвалидами (4). Проблема своевременной диагностики и совершенствования методов хирургического лечения ТОВГ при ЧМТ, конечной целью решения которой является снижение летальности пациентов, является актуальным аспектом современной нейрохирургии.

Цель исследования: На основе использования современных принципов диагностики и лечения тяжелой ЧМТ провести анализ результатов хирургического лечения пострадавших с ТОВГ, оперированных в клинике и определить пути к снижению летальности.

Материал и методы: Количество оперированных пациентов с ТОВГ за последние пять лет составило 677 пациентов, 87% из них были люди трудоспособного возраста. Мужчины составили 85,5%, женщины 14,5%. Учитывались такие показатели у пациентов, как сроки после перенесенной травмы, уровень сознания, степень клинической компенсации. В диагностический комплекс обследования входила компьютерная томография (КТ) головного мозга в круглосуточном режиме в условиях стационара.

Таблица 1 - Параметры состояния пациентов с ТОВГ при поступлении

	Сроки поступления после травмы			Уровень сознания в баллах по ШКГ			Фаза клинической компенсации		
	3-6 ч.	6-24 ч.	>24 ч.	13-15	8-12	< 8	КК	СК	ДК
Число пациентов в %	79,1	12,1	8,8	19,0	61,9	19,1	9,0	53,9	37,1
Количество пациентов	79,1	12,1	8,8	19,0	61,9	19,1	9,0	53,9	37,1

Таблица 2 - Распределение ТОВГ по их локализации и сравнительная летальность

Виды гематом	Эпидуральные	Субдуральные	Внутричерепные	Множественные	Гидромы
Оперировано пациентов в %	26,1	44,6	12,8	11,8	4,7
Количество	177	305	87	80	28
Летальность в %	9,6	25,3	34,5	28,7	21,4
Количество	17	77	30	23	6

Таблица 3 - Факторы, влияющие на результаты хирургического лечения

Факторы	Операции в первые 3-6 ч.	Объем гематомы		Возраст			Фаза клинической компенсации		
		50-100 мл	>100 мл	До 45 л.	45-65 л.	>65 л.	КК	СК	ДК
2 группа в %	90,1	83,0	17,0	69,1	24,5	6,4	39,8	34,5	25,7
Пациенты (к-во)	610	562	115	468	166	43	269	33	175
Летальность %	18,2	17,2	48,7	16,9	27,8	65,4	5,5	15,0	58,8
Пациенты (к-во)	111	97	56	79	46	28	15	35	103

Результаты и обсуждение: При анализе полученной информации не учитывались случаи консервативного ведения пациентов с гематомами малого объема и перевода ТОВГ в хронические. Необходимо отметить, что в связи с этим уменьшается хирургическая активность по отношению к ТОВГ, т.к. даже при средних объемах ТОВГ, но при компенсированном состоянии пациентов, чаще применяется выжидательная тактика. В наших наблюдениях чаще всего оперировались субдуральные гематомы – у 44,6% пациентов (таблица №2). Наиболее высокая летальность наблюдалась у пациентов с интратентorialными гематомами – 34,5%. Самая низкая летальность отмечалась у пациентов, оперированных по поводу эпидурального гематомы – у 9,6% пациентов. Это связано с возможностью ранней диагностики эпидурального гематомы в период «светлого промежутка» у пациентов в фазе клинической компенсации. Факторами, влияющими на результаты хирургического лечения острых внутричерепных гематом, являются сроки диагностики и оперативного вмешательства, объем гематомы, возраст пациентов и состояние клинической компенсации пострадавшего. Ранние оперативные вмешательства в первые 3-6 часов после поступления проводились у абсолютного большинства пациентов – 90,1% (610) с верифицированными на КТ субстратами сдавления головного мозга. В результате исследования была определена прямая зависимость исходов операций, помимо сроков их проведения, от объема гематомы, возраста пациентов и фазы клинической компенсации, в состоянии которой проводилась операция (таблица № 3). Резекционная трепанация черепа была проведена у 48,7% (330) пациентов, поступивших в фазе умеренной и грубой клинической декомпенсации. Создание наружной и внутренней декомпрессии определялось методикой оперативного вмешательства, которое проводилось с подвисочной декомпрессией и расширением объема твердой мозговой оболочки за счет ее пластики. Послеоперационная летальность пациентов, оперированных в последние пять лет по поводу ТОВГ, составила 22,6% (153) пациентов. Идентичный показатель летальности в 1991-1995 гг. составлял 47,3 %. Эти данные соответствуют результатам ретроспективных исследований ведущих клиник мира, где указываются цифры снижения летальности пострадавших с тяжелой ЧМТ: с 50 % в 1988 г. до 20 % в 2005 г. (4). Снижение летальности у пострадавших с ТОВГ было связано с рядом факторов. Это, во-первых, было обусловлено улучшением диагностики с ранним выявлением сдавления головного мозга, связанного с возможностью круглосуточного проведения компьютерно-томографического обследования. Большую роль играет опыт врачей ургентной нейрохирургии и «гематомная настороженность» по отношению к пациентам, находящихся в состоянии алкогольной или наркотической интоксикации, учет развития возможного «светлого промежутка». Любой сомнительный или тревожный пациент госпитализируется под наблюдение до выяснения диагноза. Во-вторых, это было связано с улучшением анестезиологического и реанимационного обеспечения, выделение и обучение группы врачей реаниматологов специфике нейрореанимации, внедрением методов визуализации, в т.ч. контроля ВЧД, а также совершенствованием технических возможностей наружной и внутренней декомпрессии головного мозга. Основной причиной летальности у пострадавших с ТОВГ явились грубое декомпенсированное состояние головного мозга при уровне сознания у пациентов 3-5 баллов по ШКГ, множественные поражения головного мозга, сопутствующие соматические нарушения.

Закключение и выводы: Результаты исследования указывают на дальнейшее снижение летальности у пострадавших с ТОВГ. Это связано с улучшением диагностики – возможностью круглосуточного КТ исследования, ранним проведением оперативных вмешательств с созданием оптимальной декомпрессии головного мозга, улучшением анестезиолого-реанимационного обеспечения. Дальнейшее улучшение диагностики и лечения пациентов с острыми внутричерепными гематомами и, связанное с ним снижение летальности, возможно при более ранней доставке пострадавших в специализированное учреждение, применении новых технологий, в т.ч. установления пациентам датчиков для измерения внутричерепного давления, гипотермии головного мозга и др., дальнейшем усовершенствовании анестезиолого-реаниматологической помощи пострадавшим, формированием отделений нейрореанимации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Зотов Ю.В., Касумов Р.Д. Клиническая диагностика гипертензионно-дислокационного синдрома и дифференцированная тактика хирургического лечения пострадавших с черепно-мозговой травмой. РНХИ им.проф. А.Л. Поленова, 1991.
- 2 Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. «Черепно-мозговая травма». Клиническое руководство. Москва, 2001.
- 3 Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 568 с.
- 4 Bullock M.R., Chesnut R., Ghajar J. et al. Surgical Management of Traumatic Brain Injury/ Author Group. Guidelines for the surgical management of traumatic brain injury. Neurosurgery, 2006; 58 (3 Suppl.).
- 5 Potapov A.A. «Management of severe Head Injury». WFNS course. Astana, Kazakhstan, 2011.

И.Т. КУРМАЕВ

**КЛИНИКА МӘЛІМЕТТЕРІ БОЙЫНША ТРАВМАЛЫҚ ҚАТТЫ БАССҮЙЕК ІШІ ГЕМАТОМАЛАРЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ
ЕМДЕУДІҢ АСПЕКТІЛЕРІ**

Түйін: бұл мақалада травмалық қатты бассүйек іші гематомалары (ТҚБГ-ТОВГ) бар 677 пациенттің хирургиялық емделу нәтижелерінің талдауы берілген, оларға нейрохирургиялық клиникада операция жасалған. ТОВГ-ны хирургиялық емдеу нәтижелерінің пациенттің бастапқы хал жағдайы, ТОВГ-ны локализациялау, оның көлемі және клиникаға түскен сәттен бастап операциялар мерзімі арасындағы байланысқа талдау жасалған. ТОВГ зардабынан өлу соңғы 15 жылда екі есе азайғаны байқалады – 22,6% (1991 – 1995 ж.ж. 47,3 %). Жарақат алған пациентті жедел жеткізу арқылы ТОВГ диагностикасын және емдеу нәтижелерін жақсартуға болады, сондай-ақ нейромониторинг және нейронавигацияның жаңа технологияларын қолдану арқылы, шұғыл емдеудің заманауи әдістемесін қолдану және нейрореанимация бөлімінде, алғашқы нейрореабилитация және операциядан кейін науқасқа күтім жасау кезіңінде, келешекте науқастың бас миын «қорғау» арқылы нәтижелерді жақсартуға болады.

I.T. KURMAYEV

**ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE TRAUMATIC INTRACRANIAL HEMATOMAS
ACCORDING TO THE INFORMATION OF CLINIC**

Resume: in this article analysis of results of surgical treatment of the 677 patients with acute traumatic intracranial hematomas (ATIH) who were operated in neurosurgery clinic is presented. The analysis of dependence of the results of surgical treatment of ATIH was conducted starting from initial phase of patients, localization of ATIH, their sizes and period of operation from the moment of admission. Reduction lethality from ATIH was noted for the period of 15 years in half - 22.6% (47.3 in 1991-1995). The further improvement of results of diagnosing and treatment of ATIH is possible if to reduce delivery time of patients after injury, to apply new technologies of neuromonitoring and neuronavigation, to use the modern methods of surgical treatment and subsequent «protection» of brain conducted in the neuroresuscitation department, and with the early neurorehabilitation and adequate post-operative care of patients.