

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ СУБДУРАЛЬНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

М. К. Агзамов, А. Б. Тиляков, И. М. Агзамов, Ф. Г. Нормуродов, Р. М. Джалалов
Самаркандский филиал Республиканского научного Центра
экстренной медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: травматическая субдуральная гематома (ТСГ), способ удаления минимально-инвазивный.

Таянч сўзлар: травматик субдурал гематома (ТСГ), минимал инвазив олиб ташлаш усули.

Key words: traumatic subdural hematoma, minimally invasive method.

Проведен анализ хирургического лечения 41 больного, оперированных с острыми травматическими субдуральными гематомами (ТСГ). В 1 группе, 27 наблюдений, гематомы удалялись традиционными трепанациями черепа. Во 2 группе, 14 наблюдений, удаление гематом проводилось новым минимально-инвазивным способом. Результаты хирургического лечения зависели от признаков, характеризующих тяжесть состояния больных – степени нарушения сознания, объема гематомы, степени смещения срединных структур мозга. Применение открытой краниотомии необходимо во всех случаях, когда уровень сознания пострадавших был ниже сопора, и объем гематомы превышал 60 см³. При нарушении уровня сознания больных не ниже глубокого оглушения, объеме гематомы не выше 40–60 см³ и минимальной выраженности симптомов латеральной дислокации, когда смещение срединных структур головного мозга не превышает 5 мм, возможно применение минимально инвазивного метода удаления субдуральной гематомы.

ТРАВМАТИК СУБДУРАЛ ГЕМАТОМАЛАРИ БИЛАН БОҒЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ АЙРИМ ТОМОНЛАРИ

М. К. Агзамов, А. Б. Тиляков, И. М. Агзамов, Ф. Г. Нормуродов, Р. М. Джалалов

Республика шошилинич тез ёрдам илмий маркази Самарканд филиали, Самарканд, Ўзбекистон

Ўткир шикастланган субдурал гематомалар (ТСГ) билан операция қилинган 41 беморнинг жарроҳлик даволаш таҳлили ўтказилди. I-гурухда 27 та кузатувда гематомалар анъанавий краниотомия ёрдамида олиб ташланди. II-гурухда 14 та кузатувда гематомалар янги минимал инвазив усул ёрдамида олиб ташланди. Жарроҳлик даволаш натижалари беморларнинг аҳоли оғирлигини тавсифловчи белгиларга боғлиқ – бузилган онг даражаси, гематома ҳажми, мианинг медиан тузилмаларининг жой алмашиш даражаси. Очiq краниотомиядан фойдаланиш барча жабрланувчиларнинг онги паст бўлган ва гематома ҳажми 60 см³ дан ошган барча ҳолатларда зарур. Беморларнинг онг даражаси чуқур қарахт даражадан паст бўлганда, гематома ҳажми 40–60 см³ дан ошмайди ва латерал дислокация аломатларининг минимал оғирлиги, мианинг ўрта тузилмалари 5 мм дан ошмаса, субдурал гематомани олиб ташлаш учун минимал инвазив усулда фойдаланиш мумкин.

SOME ASPECTS OF PATIENTS TREATMENT WITH TRAUMATIC SUBDURAL HEMATOMAS

M. K. Agzamov, A. B. Tilyakov, I. M. Agzamov, F. G. Normurodov, R. M. Djalalov

Samarkand branch of republican research centre of emergency medicine, Samarkand, Uzbekistan

The analysis of surgical treatment of 41 patients operated on with acute subdural hematomas was carried out. In group 1 (27 observations), hematomas were removed by traditional craniotomy. In group 2 (14 observations), hematomas were removed using a new minimally invasive method. The results of surgical treatment depended on signs characterizing the severity of the patients' condition: the degree of impaired consciousness, the volume of the hematoma, the degree of the brain median structures displacement. The use of open craniotomy is necessary in all cases when the level of the victims' consciousness was lower than the sopor and the hematoma volume exceeded 60 cm³. In the case of violation of patients' consciousness level not lower than deep torpor, the volume of the hematoma is not higher than 40–60 cm³ and the minimum severity of symptoms of lateral dislocation, when the displacement of the brain middle structures does not exceed 5 mm, a minimally invasive method of removing the subdural hematoma can be used.

В ряде случаев причинами образования травматической субдуральной гематомы (ТСГ) являются скопление крови вокруг участка повреждения мозга, а также разрыв поверхностных или переходящих на твердую мозговую оболочку сосудов. И как правило методом выбора в лечении ТСГ является оперативное вмешательство. [2,3,5]. Предпочтение отдается костно-пластическим трепанациям черепа с удалением ТСГ. При стремительном ухудшении состояния больных осуществляются декомпрессивные резекционные трепанации [4,5,6,7].

В последние годы в литературе появляются сообщения о возможности проведения мининвазивных вмешательств при данной патологии [2,4]. При определенных условиях, таких как компенсированное состояние, отсутствие дислокационных признаков, наличия определенного объема гематомы проведение широких костно-пластических трепанаций в ряде случаев является нецелесообразным. С использованием МСКТ стало возможным вычислять количественные (размеры, объем) характеристики гематомы, локализацию, а также степень поражения головного мозга, и как следствие этого появилась возможность динамического наблюдения за гематомами [1,8]. Этим и объясняется интерес к применению мало-травматичных оперативных методов удаления ТСГ, определение показаний и противопоказаний к их использованию.

Цель исследования. Оптимизировать результаты хирургического лечения травматических субдуральных гематом.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 41 больного с травматическими субдуральными гематомами. Больные лечились в Самаркандском филиале РНЦЭМП.

Возраст больных варьировал от 18 до 75 лет.

В первые 24 часа после получения ЧМТ поступило 37 человек, в течение 2-3 суток – 4.

Все пациенты прооперированы в течение 24 часов после поступления в стационар.

Причинами ЧМТ в 21 случаях была автоавария, в 9 случаях – падение с высоты роста, в 11 случаях – падение с большой высоты.

Уровень сознания и тяжесть состояния больных оценивались по ШКГ. Таким образом у 5 больных состояние сознания оценивалось как ясное, у 8 – оглушение, у 12 – сопор, у 16 – кома.

Всем больным при поступлении и в динамике проводилась МСКТ головного мозга.

В зависимости от вида хирургического вмешательства больные были разделены на две группы.

Больным первой группы, 27 больных, проводилось открытое удаление гематом при помощи костно-пластических и резекционных трепанаций. В 8 случаях операции носили декомпрессивный характер.

Детей до 18 лет было 5 больных. В ясном сознании поступило 2 больных, в оглушении – 2, в сопоре – 11, в коме – 16 больных.

С объемом гематомы 41-60 см³ было 3 больных, с объемом 61-90 см³ – 9, свыше 90 см³ – 15. Смещение срединных структур головного мозга до 5 мм отмечалось у 4 больных, 5-10 мм – у 10 больных, свыше 10 мм – у 13 больных.

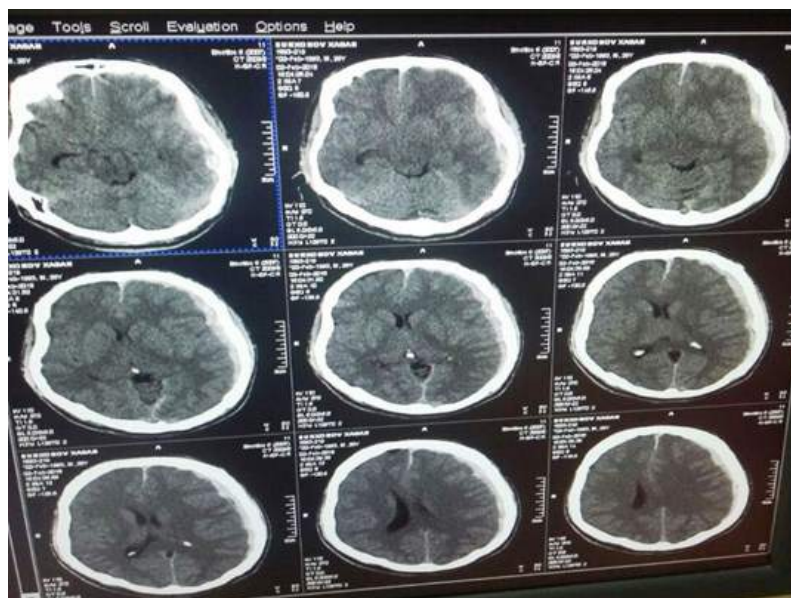


Рис. 1а.

Клинический пример №1. Пациент Б. Из-за отсутствия сознания жалоб не предъявляет. Из анамнеза со слов сопровождающих лиц травму получил в результате ДТП, после чего доставлен в приёмное отделение. Общее состояние тяжёлое. Сознание на уровне поверхностной комы. По шкале ком Глазго 7 баллов. На МСКТ головного мозга отмечается острая субдуральная гематома в левой лобно-височно-теменной области. Пациенту проведена резекционная трепанация черепа с последующим удалением ОСГ. (Рис. 1). Пациент выписан в удо-

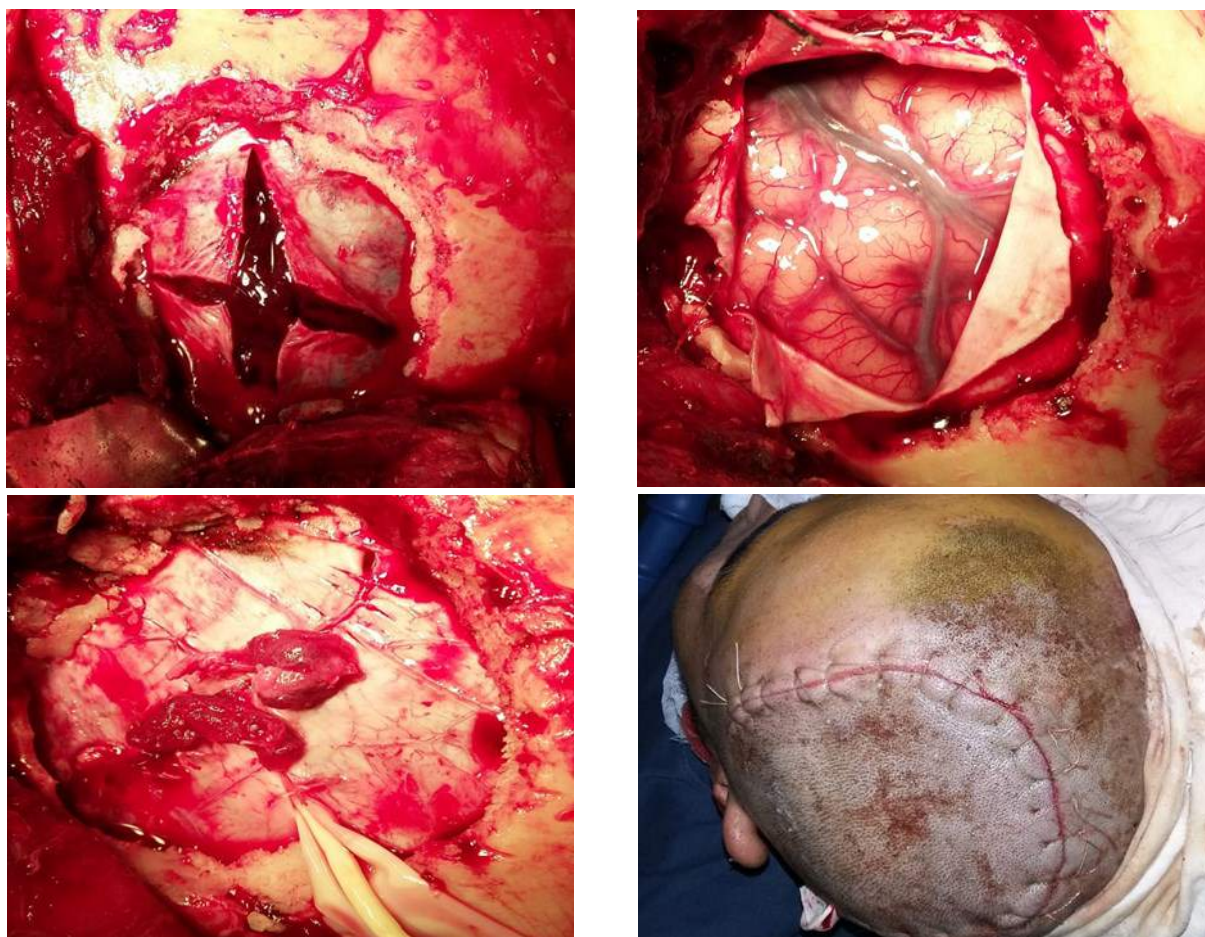


Рис. 16. Этапы удаления субдуральной гематомы: резекционные трепанации черепа с ушиванием ТМО.

влетворительном состоянии на 15 сутки.

Во вторую группу вошло 14 наблюдений. В возрасте до 18 лет было 2 больных. В ясном сознании поступило 3 больных, в оглушении – 7, в сопоре – 4.

С объемом гематомы до 40 см³ было 9 больных, с объемом 41-60 см³ – 5. Смещение срединных структур головного мозга до 5 мм отмечалось у 9 больных, 5-10 мм – 3. Без признаков латеральной дислокации было 2 больных.

Больным второй группы осуществлялось минимально инвазивное удаление гематомы по следующей методике: в проекции гематомы в зависимости от ее размеров и распространенности накладывают 2-3 фрезевых отверстия. Наложение костных отверстий предварительно определяют на КТ-срезах и с учетом реального масштабного коэффициента, переносят на поверхность головы. Крестообразно вскрывают твердую мозговую оболочку длиной, достаточной для проведения мозгового шпателя. Далее через отверстия в ТМО шпателем и электроотсосом осуществляется эвакуация субдуральной гематомы. При этом движения шпателя осуществляются в разных направлениях, как по направлению к наложенным отверстиям, так и в противоположном направлении. При такой тактике можно добиться максимально полного удаления сгустков крови. Субдуральное пространство дренируется. Рана ушивается.

Клинический пример №2. Пациент Х. Из-за нарушения сознания жалоб не предъявляет. Из анамнеза со слов сопровождающих лиц травму получил в результате удара тупым предметом по голове, после чего доставлен в приёмное отделение. Общее состояние тяжёлое. Сознание на уровне сопор. По шкале ком Глазго 10 баллов. На МСКТ головного мозга отмечается ушиб головного мозга с образованием острой субдуральной гематомы в левой лобно-височно-теменной области. Пациенту проведена минимально-инвазивное удаление ОСГ.

а.



б.



в.



г.



д.



е.



ж.



з.





и.

Рис. 2а-и. Этапы удаления субдуральной гематомы минимально инвазивным способом

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 10 сутки.

Результаты лечения больных оценивались по показателю госпитальной летальности и типам функциональных исходов, для чего использовали шкалу исходов Глазго.

Результаты. Мы проанализировали исходы заболевания в зависимости от тяжести состояния больных, уровня нарушения сознания, объема кровоизлияния и смещения срединных структур мозга.

Уровень расстройства сознания и тяжесть состояния были определяющими в оценке тяжести и достоверно влияли на исход заболевания. Так из 5 больных, поступивших в ясном сознании, умерших не бы-

ло. Из 8 больных, поступивших в оглушении умер 1, из 12 в сопоре – 2, из 16 в коме – 6.

С увеличением объема кровоизлияний возрастала летальность. Среди больных с объемом кровоизлияний до 60 см³ летальных исходов не было, с объемом 61-90 см³ умерло 3 больных, свыше 91 см³ – 6.

С нарастанием дислокационных признаков показатели летальности также увеличивались. У больных без смещения срединных структур мозга и со смещением до 5 мм летальных исходов не было. Со смещением 5-10 мм умерло 2, свыше 10 мм – 7 больных.

По исходам заболевания были получены следующие результаты: в первой группе больных хорошее восстановление было в 6 случаях, умеренные неврологические нарушения – в 9, грубые неврологические нарушения – в 3, летальный исход имел место в 9 случаях. Во второй группе хорошее восстановление было в 8 случаях, умеренные неврологические нарушения были в 6 случаях.

Обсуждения. Результаты хирургического лечения в группах зависели от признаков, характеризующих тяжесть состояния больных – степени нарушения сознания, объема гематомы, степени смещения срединных структур мозга.

Применение открытой краниотомии было необходимым в тех случаях, когда уровень сознания пострадавших был ниже сопора, и объема гематомы выше 60 см³. В случаях нарастания дислокационного синдрома, осуществлялась экстренная декомпрессия, как элемент реанимационного пособия.

Полученные данные показали, что применение минимально инвазивного метода удаления ТСГ возможно при соблюдении ряда условий. При уровне нарушения сознания больных не ниже глубокого оглушения, объеме гематомы не выше 40-60 см³ и минимальной выраженности симптомов латеральной дислокации, когда смещение срединных структур головного мозга не превышало 5 мм были получены обнадеживающие клинические результаты. Из 17 случаев в 2 случаях объем удаленной гематомы был недостаточным в связи с этим больным потребовались повторные оперативные вмешательства. В данных случаях выполнены костно-пластические трепанации черепа. При этом линии распила кости пришлось через ранее наложенные фрезевые отверстия. Применение указанного способа должно строго контролироваться клинико-неврологическими и нейровизуализационными методами в послеоперационном периоде.

Выводы. Применение минимально инвазивного способа при удалении травматических субдуральных гематом возможно при соблюдении определенных клинико-неврологических и нейровизуализационных условий и их контроле в послеоперационном периоде. Малотравматичность метода в сочетании с небольшой длительностью операции и

полученные при этом результаты, позволяет дальнейшее накопление данных для изучения показаний и противопоказаний к его использованию.

Использованная литература:

1. Захарова Н.Е. Нейровизуализация структурных и гемодинамических нарушений при тяжелой черепно-мозговой травме (клинико-компьютерно-магнитно-резонансно-томографические исследования): Дис. д.м.н.—М.—2013.
2. Коновалов А.Н., Потапов А.А., Кравчук А.Д. Черепно-мозговая травма: фундаментальные проблемы и клинические решения. Глава в кн. Современные технологии и клинические исследования в нейрохирургии. Т. I. - М. - 2012.—С.159-265.
3. Лихтерман Л.Б., Институт нейрохирургии имени академика Н. Н. Бурденко. Травматические субдуральные гематомы. // Справочник поликлинического врача.— 2013.—№ 11.
4. Садыков А.М., Адильбеков Е.Б., Ахметов К.К., Карибай С.Д. Алгоритм лечения травматических острых малых субдуральных гематом. //Нейрохирургия и неврология Казахстана.-2014г. – С.18.
5. Тиляков А.Б., Нормуродов Ф.Г., Агзамов И.М. Изучение и оценка эффективности минимально инвазивного метода удаления травматических субдуральных гематом. //Journal of Biomedicine and Practice.-2018 г.—№3.—С. 49-53.
6. Global status report on road safety: time for action (2009). Geneva, World Health Organization. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status.—2009.
7. Orlin J.R., Thuomas K.A., Ponten U., et al. MR imaging of experimental subdural bleeding. Correlates of brain deformation and tissue water content, and changes in vital physiological arameters. //Acta Radiol. -2007. - Vol.38.-N 4. -P. 610-620.
8. Orrison W.W., Gentry L.R., Stimac G.K., et al. Blinded comparison of cranial CT and MR in closed head injury evaluation. //Am. J. Neuroradiol. - 2012. -Vol.15. -N 2.-P.351-356.