

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВ РАЗМОЗЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Сахалинская областная больница, г. Южно-Сахалинск

Диагностика и хирургическое лечение очагов размозжения головного мозга (ОРГМ) является относительно новым аспектом в лечении тяжелой черепно-мозговой травмы. Вопросы лечения и диагностики очагов размозжения активно обсуждаются в литературе. Использование в диагностике методов МРТ и КТ позволило изменить подходы и существенно повысить качество хирургической помощи больным с тяжелыми ЧМТ. В данном сообщении представлены результаты обследования и лечения 32 больных с ОРГМ.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 32 больных (30 мужчин и 2 женщины) с тяжелой черепно-мозговой травмой и наличием ОРГМ. Очаги размозжения были верифицированы у всех больных данными МРТ и КТ, интраоперационно и данными аутопсии.

Возраст больных варьировал от 13 до 82 лет, в большинстве случаев — от 20 до 60 лет. Закрытая черепно-мозговая травма имела место в 19 случаях, открытая — в 13, проникающая — в 7. В 9 наблюдениях очаги размозжения головного мозга сочетались с линейными переломами свода и основания черепа, в 8 — с вдавленными переломами свода черепа, в 27 — с субарахноидальным кровоизлиянием, в 4 — с субдуральными гематомами и в 1 — с эпидуральной гематомой.

На момент поступления в полном сознании были 5 больных, в состоянии оглушения — 13, в сопоре — 3, в коме различной глубины — 11.

При обследовании общемозговая симптоматика выявлялась в 15 случаях, стволовая симптоматика присутствовала у 10 больных. Среди полушарной симптоматики преобладал пирамидный гемисиндром (11 больных) и афатические нарушения (6 больных). У пациентов с локализацией процесса в задней черепной ямке присутствовала мозжечковая симптоматика в виде нистагма, нарушений координации и мышечного тонуса.

Всем больным выполнена рентгенография костей черепа в стандартных и специальных проекциях и ЭХО-ЭГ, в 18 случаях была выполнена МРТ и в 7 — КТ головного мозга.

Единичные очаги размозжения головного мозга выявлены у 23 пациентов, множественные — у 9. Патологический очаг локализовался в височной доле у 13 больных, в лобной — у 12, в теменной — у 11, в затылочной — у 2, в задней черепной ямке — у 2. По характеру деструктивных изменений мозговой ткани очаги ушибов представляли собой ушибы 3 и 4 (внутричерепные гематомы) видов по классификации В.Н. Корниенко с соавт. [1]. Ушибы 3 вида встретились в 21 случае, 4 вида — в 7, сочетанные поражения 3 и 4 видов — в 4. Объем ОРГМ составил от 12 до 80 мл.

Результаты

Все больные были оперированы. В первые 6 ч после поступления оперированы 17 чел. (большая часть больных), в сроки от 6 ч до 1 сут. после поступления — 4 чел., от 1 до 3 сут. — 2 чел., от 3 до 5 сут. — 4 чел., более 5 сут. — 5 чел. Показания и сроки оперативного вмешательства определялись индивидуально. Сразу после поступления оперировались больные:

- с открытой (в том числе проникающей) ЧМТ и вдавленными переломами черепа, требующими хирургической обработки;

- с выявленными на КТ и МРТ обширными очагами размозжения мозга и оболочечными гематомами, вызывающими латеральную или аксиальную (при локализации в лобных долях) дислокацию в сочетании с тяжелым клиническим состоянием и грубой очаговой симптоматикой.

В более поздние сроки показанием к операции явилось ухудшение или отсутствие улучшения общего состояния и неврологической симптоматики у больных с выявленными на МРТ и КТ ОРГМ.

Радикальное удаление патологических очагов выполнено у 21 больных, радикальное удаление очага

только в одной доле при множественном поражении — у 3, удаление очага в пределах только “зоны деструкции” — у 2, и частичное удаление или отмывание детрита — у 6.

В трех случаях больные были оперированы повторно. Из них двум больным сразу после поступления было выполнено частичное удаление ОРГМ теменной локализации. Впоследствии в связи с отсутствием клинического улучшения и после контрольного МР-исследования этим больным были выполнены повторные операции, ОРГМ удалены радикально. Один больной выжил, другой умер от гнойно-воспалительных осложнений. Одному больному при поступлении удалена субдуральная гематома. Через 5 дней в связи с клиническим ухудшением выполнена МРТ головного мозга, на которой выявлен очаг ушиба-размозжения. Выполнена повторная операция, очаг удален. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Больной Р, 34 лет, доставлен с места дорожно-транспортного происшествия. Был сбит автомобилем около 40 мин назад. Известно также, что 3 года назад больной был оперирован по поводу субдуральной гематомы, выполнена резекционная трепанация черепа слева, пластика не проводилась.

На момент поступления состояние тяжелое, сознание угнетено до сопора. Предъявляет жалобы на головную боль. Трехкратная рвота в приемном отделении. Гемодинамика стабильная. АД 150/90 мм рт.ст., пульс 80 уд./мин. В неврологическом статусе — незначительный мидриаз справа, сухожильные рефлексы в левых конечностях снижены, отмечен парез в левой руке до 2 баллов, в левой ноге до 3 баллов, легкие менингеальные знаки, патологические стопные знаки слева. На обзорных краниограммах повреждений костей свода не выявлено, в левой теменно-височной области выявлен “старый” по-

Распределение оперированных больных по объему ОРГМ и исходу

Результат лечения	Объем ОРГМ (в мл)				Итого	
	до 15	15-30	30-50	свыше 50	абс.	%
Хороший	3	6	3	1	13	40,6
Удовлетворительный	3	1	-	1	5	15,6
Плохой	-	-	3	2	5	15,6
Смерть	1	3	3	2	9	28
Всего	8	10	9	4	32	100



Рис. 1. МРТ головного мозга больного Р. при поступлении

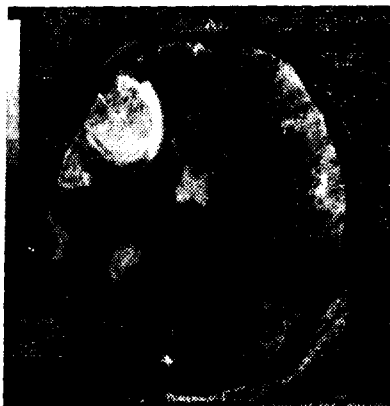


Рис. 2. Результаты МРТ больного Ц. на вторые сутки после поступления

стрепанационный дефект черепа размером 5×5 см.

Больному была выполнена МРТ головного мозга (рис. 1), на которой выявлен обширный очаг размождения в правых лобно-теменно-височной долях, вызывающий грубую латеральную дислокацию головного мозга. Больной был в срочном порядке оперирован, выполнена краниотомия в правой лобно-теменно-височной области, радикально удален очаг размождения объемом около 75 мл. Течение послеоперационного периода без осложнений, больной выписан домой в удовлетворительном состоянии через 24 дня после операции. В неврологическом статусе — парез в левой руке до 3 баллов, легкое снижение критики по лобному типу. При контрольном осмотре через 1 год — состояние удовлетворительное, в неврологическом статусе сохранился легкий парез в левой руке — до 4 баллов, вернулся к прежней работе прораба.

В рассматриваемой группе больных выжило 23 чел. (72%). Из выжив-

ших выписаны без неврологического дефицита 10 больных, с легкими остаточными явлениями — 6, с грубыми остаточными явлениями — 6, одна больная переведена в стабильном среднетяжелом состоянии на долечивание в неврологическое отделение. Все больные, поступавшие в ясном сознании и оглушении, выжили.

Умерло 9 больных (28%), из них 7 больных поступили в состоянии комы различной степени, 2 больных — в сопоре. У 6 больных из числа умерших при поступлении выявлялась стволовая дислокационная симптоматика. Все умершие были оперированы в первые часы после травмы. В 5 наблюдениях имели место множественные ОРГМ и сочетание ОРГМ и оболочечных гематом. Большую часть умерших составили больные в возрасте свыше 60 лет — 5 чел. Причиной смерти в 7 случаях явился отек и дислокация головного мозга, в 1 случае — не диагностированный при жизни ОРГМ в лобной доле, в 1 случае — гнойно-воспалительные осложнения.

Больной Ц., 30 лет, поступил в средне-тяжелом состоянии. На момент поступления предъявлял жалобы на головную боль, головокружение. Из рта резкий запах алкоголя. Около 2 ч назад был избит неизвестными лицами на улице, сознания вроде бы не терял.

При осмотре выявлены множественные ушибы мягких тканей головы, в неврологическом статусе — легкое оглушение, без очаговой и менингеальной симптоматики. На краниограммах выявлен линейный перелом левой теменно-височной костей. При ЭХО-ЭГ смещения срединных структур мозга не выявлено. Больной госпитализирован с диагнозом “закрытая черепно-мозговая травма; ушиб головного мозга; линейный перелом теменно-височной костей слева; ушибы мягких тканей головы; алкогольное опьянение”.

В течение следующих суток состояние больного оставалось прежним, без ухудшения. На вторые сутки после травмы стала отмечаться отрицательная динамика: постепенно нарастало угнетение сознания до глубокого сопора. В неврологическом статусе без очаговой неврологической симптоматики, появились менингеальные знаки. Была проведена МРТ головного мозга, на которой выявлена большая эпиду-

ральная гематома в лобно-теменно-височной области слева и контузионные очаги количеством 3 справа в лобно-височной и теменной долях (рис. 2). Больной был в экстренном порядке прооперирован, выполнена двусторонняя краниотомия, удалены эпидуральная гематома и контузионный очаг в правой лобной доле.

Состояние после операции постепенно улучшилось, осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Через 3 нед. после поступления был выписан в удовлетворительном состоянии, в неврологическом статусе — без очаговой симптоматики.

Заключение

Существенное влияние на течение и прогноз тяжелой ЧМТ с наличием очагов размождения головного мозга оказывает глубина нарушений сознания и витальных функций до операции, вид и степень дислокации мозга, возраст больных.

Важным моментом в повышении качества помощи больным с ОРГМ является организация круглосуточной томографической службы и решение технических проблем проведения томографии у больных в коматозном состоянии. МР-томография и КТ являются незаменимыми исследованиями в диагностике очагов размождения головного мозга, позволяющими максимально точно определить локализацию и характер повреждения, степень дислокации головного мозга, что в совокупности с клиническими данными позволяет правильно определить тактику дальнейшего лечения. Хотя проведение МРТ у больных с нарушением сознания и витальных функций является технически более сложным по сравнению с КТ, она является более информативным и чувствительным методом, особенно в подострой стадии.

Своевременная внутренняя декомпрессия головного мозга при ОРГМ позволяет улучшить исходы заболевания. Радикальное удаление ОРГМ с учетом пределов анатомической дозволённости является операцией выбора.

Л и т е р а т у р а

1. Корниенко В.Н., Лихтерман Л.Б., Кузьменко В.А., Туркин А.М. // Черепно-мозговая травма: Клиническое руководство, М.: Антидор, 1998. Т.1. С.472-495.

