

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Е.К. Дюсембеков, А.Р. Халимов, И.Т. Курмаев, А.М. Искаков, В.А. Семеклитт,
М.А. Алиев, К.К. Омарбаев

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ

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

The following summarizes results of surgical treatment of patients with acute intracranial hematoma in different periods: 514 surgical patients was operated from 1991 to 1995, and 677 patients was operated during the period from 2006 to 2010. Almost twofold lowering of mortality rate observed at patients of the second group is mainly aligned with earlier delivery of speciality care, possibility of 24-hour computed tomography of surgical patients and improvement of intensive care unit support.

Key words: severe head injury, acute intracranial hematoma

Актуальность

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее частым видам повреждений и лидирует среди причин летальности и инвалидизации пациентов [2]. Грозным осложнением ЧМТ является формирование внутричерепных гематом, которые, по мере компрессии головного мозга, неминуемо ведут к сдавлению ствола мозга и смерти пострадавшего [2, 3]. Актуальным аспектом современной нейрохирургии является проблема своевременной диагностики и совершенствования методов хирургического лечения внутричерепных гематом при ЧМТ, целью решения которой является снижение летальности и инвалидизации пациентов [1, 3].

Цель исследования

Провести сравнительный анализ результатов хирургического лечения пострадавших с острыми внутричерепными гематомами, оперированных в клинике в различные периоды времени: в период с 1991 по 1995 гг. и с 2006 по 2010 гг. и

наметить перспективы дальнейшего улучшения деятельности нейротравматологической службы.

Материал и методы

Количество оперированных пациентов составило 514 и 677 пациентов соответственно. Около 90% пациентов в обеих группах составили пострадавшие трудоспособного возраста. Мужчины составили 88,5% (455 пациентов) и 85,5% (579), женщины 11,5% (59) и 14,5% (98). Некоторый рост числа пострадавших женщин, по-видимому, связан с ростом количества дорожно-транспортных происшествий.

У пациентов наблюдалось сходство таких исходных показателей, как сроки поступления после перенесенной травмы, степень утраты сознания, фаза клинической компенсации (табл. №1). В диагностический комплекс обследования пострадавших входила компьютерная томография (КТ) головного мозга: у первой группы – в дневном режиме с необходимостью транспортировки пострадавших, у второй группы – в круглосуточном режиме в условиях стационара.

Таблица 1

Исходные показатели у пациентов обеих групп 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
Первая группа в %	68,1	19,1	12,8	21,9	52,9	25,2	12,1	47,1	40,8
Вторая группа в %	79,1	12,1	8,8	19,0	61,9	19,1	9,0	53,9	37,1

Таблица 2

Распределение внутричерепных гематом по их локализации и сравнительная летальность

Гематомы	Эпидуральные	Субдуральные	Внутри- моз- говые	Множест- венные	Гидромы
Первая группа					
Оперировано в %	22,6	43,8	9	18,5	6,1
Количество	116	226	46	95	31
Летальность в %	22,4	57,9	45,6	55,8	38,7
Количество	26	131	21	53	12
Вторая группа					
Оперировано в %	26,1	44,6	12,8	11,8	4,7
Количество	177	305	87	80	28
Летальность в %	9,6	25,2	34,5	28,7	21,4
Количество	17	77	30	23	6

Таблица 3

Факторы, влияющие на результаты хирургического лечения пациентов

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
1 группа в %	66,9	78,4	21,6	72,4	18,5	9,1	32,3	43,6	24,1
Пациенты (к-во)	344	403	111	372	95	47	166	224	124
Летальность %	33,5	40,2	72,8	41,1	56,8	76,6	13,8	48,5	89,8
Пациенты (к-во)	115	162	81	153	54	36	23	109	111
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

Чаще всего оперировались субдуральные гематомы – у 43,8% и 44,6% пациентов (табл. №2). Наиболее высокая летальность у этих пациентов отмечалась в первой группе – у 57,9%, также высокая летальность наблюдалась у пациентов этой группы с множественными гематомами – 55,8%. Во второй группе наиболее высокая летальность наблюдалась у пациентов с внутримозговыми гематомами – 34,5%. Самая низкая летальность отмечалась у пациентов, оперированных по поводу эпидуральных гематом – у 22,4% и 9,6% соответственно. Это связано с возможностью ранней диагностики эпидуральных гематом в период «светлого промежутка» у пациентов второй группы 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. Характерным для второй группы стали ранние оперативные вмешательства в первые 3-6 часов после поступления у абсолютного большинства пациентов – 90,1% (610) с верифицированными на КТ субстратами сдавления головного мозга. При этом летальность у пациентов второй

группы, оперированных в ранние сроки, по сравнению с первой группой, снизилась почти в два раза (18,2% и 33,5%). У трети пациентов первой группы, в связи с невозможностью их транспортировки на КТ-исследование в другое учреждение, операции начинались с диагностических фрезевых отверстий, что затрудняло своевременную топическую диагностику. 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 (табл. №3). Характерным является снижение летальности во всех группах пациентов второй группы, что обусловлено оптимальным реаниматологическим обеспечением. Резекционная трепанация черепа была проведена у 76,8% (395) и 48,7% (330) пациентов, поступивших в фазе умеренной и грубой клинической декомпенсации. Для пациентов второй группы методика оперативного вмешательства проводилась с подвисочной декомпрессией и расширением объема твердой мозговой оболочки за счет ее пластики. Послеоперационная летальность составила 47,3% (243) и 22,6% (153) в обеих группах. Эти показатели соответствуют данным ретроспективных исследований ведущих

клиник мира, где указываются цифры снижения летальности пострадавших с тяжелой ЧМТ: с 50 % в 1988 г. до 20 % в 2005 г. [1]. Значительное снижение летальности, более чем в два раза, у пациентов второй группы, 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. Во-вторых, это связано с улучшением анестезиологического и реанимационного обеспечения, а также совершенствованием технических возможностей наружной и внутренней декомпрессии головного мозга. Основной причиной летальности у пациентов второй группы явились грубая декомпенсация головного мозга при уровне сознания 3-5 баллов по ШКГ, множественные поражения головного мозга, сопутствующие соматические нарушения.

Заклучение и выводы

На основании проведенного сравнительного анализа можно установить снижение летальности у пострадавших с острыми внутричерепными гематомами, оперированных в различные временные периоды, более чем в два раза – с 47,3 % до 22,6%. Это связано с улучшением диагностики – возможностью круглосуточного КТ исследования, ранним проведением оперативных вмешательств, 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, внедрении новых технологий, в т.ч. применении датчиков для измерения внутричерепного давления, дальнейшем усовершенствовании анестезиолого-реаниматологической помощи пострадавшим, формированием отделений нейрореанимации.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.А. Potapov. «Managment of severe Head Injury». WFNS course. Astana, Kazakhstan, 2011.
2. «Черепно-мозговая травма». Клиническое руководство. Том 2. // под ред. акад. А.Н. Конавалова, проф. Л.Б. Лихтермана, проф. А.А. Потапова // Москва, «Антидор», 2001.
3. David S. Liebeskind, MD, Helmi L. Lutsep, MD. Intracranial Hemorrhage Treatment & Management. Medscape reference, Jun. 8, 2011.

ТҰЖЫРЫМ

Әр түрлі уақыт аралығында жіті бассүйекішілік қанды ісігі бар науқастардың хирургиялық емдеу нәтижелері ұсынылған: 514 зардап шегушіге 1991-1995 ж.ж. аралығында жасалынған және 677 науқасқа 2006-2010 ж.ж. аралығында ота жасалған. Екінші топта өлімнің екі есеге дейін төмендетілгені көрсетілуімен, бұл науқастарға

ерте мамандандырылған көмек көрсеткенмен, тәулік бойы зардап шегушіге КТ зерттеулер жасау мүмкіндігімен, анестезиологиялық-реанимациялық қамтамасыз етуді жақсартумен байланысты.

Негізгі сөздер: ауыр бас-ми жарақаты, жіті бассүйекішілік қанды ісіктері.

РЕЗЮМЕ

Представлены результаты хирургического лечения пациентов с острыми внутричерепными гематомами в различные периоды времени: 514 пострадавших были оперированы в период с 1991 по 1995 гг. и 677 пациентов, которые были оперированы в период с 2006 по 2010 гг. Отмечено снижение летальности во второй группе более чем

в два раза, что связано с более ранним оказанием пациентам специализированной помощи, возможностью круглосуточного КТ исследования пострадавших, улучшением анестезиолого-реанимационного обеспечения.

Ключевые слова: тяжелая черепно-мозговая травма, острые внутричерепные гематомы.