

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КРАНИОБАЗАЛЬНОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ

**Э.С.ХУСАИНОВ, А.ЧОБУЛОВ, С.Д.ХУСАИНОВ, С.А.ЧОБУЛОВ
КАФЕДРА НЕЙРОХИРУРГИИ ТГМУ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО**

Работа основана на анализе историй болезни 284 больных с краниобазальной черепно-мозговой травмой. Больным проводились дополнительные методы исследования: краниография, эхо-энцефалоскопия, отоскопия, компьютерная томография (КТ). Наиболее эффективным методом диагностики травмы у больных явилась КТ, позволяющая диагностировать линейные переломы, переходящие на основание черепа (в 100% случаев), которые не всегда выявляются на краниограммах, а также оценить состояние головного мозга и обнаружить внутричерепные гематомы. За 2000-2005 г.г. диагностировано 28 внутричерепных гематом, которые во всех случаях оперированы, летальность составила 53%. С использованием КТ за 2 года диагностированы 34 интракраниальные гематомы. После комплексного лечения хорошее восстановление отмечено у 82% больных.

Ключевые слова: краниобазальная травма, компьютерная томография, краниография, внутричерепные гематомы

Актуальность. Травматизм, в частности черепно-мозговая травма, становится все более актуальной проблемой не только медицины, но и любой общественной системы в целом. В общей структуре травматизма повреждение центральной нервной системы составляет 30-40% [2].

Среди пострадавших от черепно-мозговых травм (ЧМТ) особую группу составляют больные с краниобазальной ЧМТ, характеризующейся повреждением базальных отделов головного мозга, стволов черепно-мозговых нервов на основании черепа и нередко переломами основания передней и средней черепных ямок, относящихся к наиболее сложным видам черепно-мозговой травмы [4]. Всё это требует новых адекватных методов диагностики и лечения, направленных на улучшение исходов при краниобазальных черепно-мозговых травмах. До недавнего времени одним из первых и наиболее доступных методов диагностики при этом виде повреждений являлась краниография, производимая, как минимум, в двух взаимно перпендикулярных проекциях. Однако, обзорные краниограммы не могут дать полной информации о состоянии, в частности, о наличии трещины или фистулы многих участков основания черепа. Наиболее эффективным рентгенологическим методом диагностики краниобазальной ЧМТ является компьютерная томография головного мозга, которая даёт возможность прижизненной визуализации головного мозга, внутричерепных пространств, а также костей и мягких тканей покрова черепа [1].

Цель исследования: улучшение диагностики, лечения и его исходов у больных с краниобазальной черепно-мозговой травмой.

Материал и методы исследования. За период 2000-2007 годы под нашим наблюдением находилось 284 больных с краниобазальной черепно-мозговой травмой, на стационарном лечении в нейрохирургических отделениях кафедры нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан. Больным

проведено комплексное обследование, включающее: клинико-неврологический осмотр, краниографию (РУ М-20 с YHU ZOX 274 диафрагмой TADLIX-FI-EDR-750B), эхо-энцефалоскопию (ЭХО-ЭС 11) и компьютерную томографию (КТ в костном и мягкотканном режиме, фирмы TOSHIBA 2005 – Япония).

Возраст больных колебался от 1 года до 60 лет (средний возраст 32 ± 2 года). Детей было 151 (53,2%), взрослых - 133 (46,8%).

Результаты и их обсуждение. Переломы основания передней черепной ямки диагностированы у 81 (28,5%), переломы основания средней черепной ямки - у 183 (64,4%), сочетание переломов основания передней и средней черепных ямок составили 20 (7,1%) случаев.

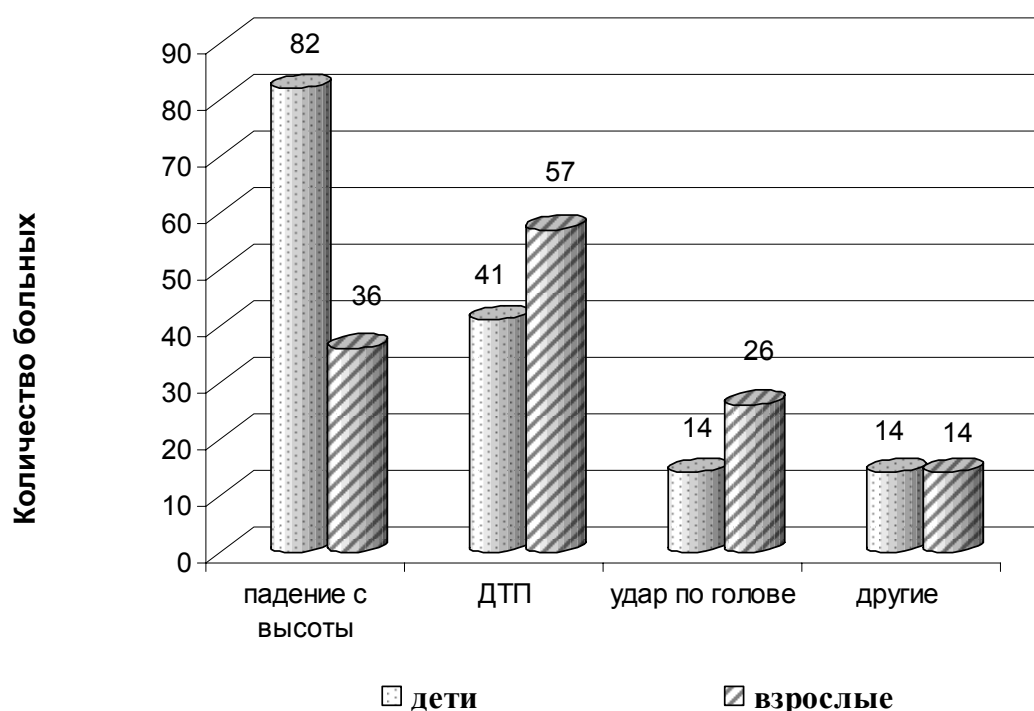


Диаграмма 1. Распределение больных по возрасту и механизму травмы

Как видно из диаграммы, основной причиной краниобазальной черепно-мозговой травмы у детей было падение с высоты, а у взрослых - дорожно-транспортное происшествие (ДТП).

Ушиб головного мозга легкой степени диагностирован у 4 (1,4%), средней степени тяжести - у 96 (33,8%), ушиб головного мозга тяжелой степени - у 184 (64,8%) больных.

Из 284 пострадавших произведено КТ исследование черепа и головного мозга. Краниография черепа произведена всем больным. Произведённые краниограммы позволяли получить представления о характере перелома кости, расположении костных отломков.

Из 284 пострадавших с краниобазальной ЧМТ у 29 (10,2%) больных на краниограммах выявлены компрессионные переломы, у 178 (62,7%) - линейные переломы свода, переходящие на основание черепа. У 68 (23,9%) пострадавших на краниограммах переломы костей, не были диагностированы, что связано с низкой информативной возможностью данного метода исследования, и диагноз перелома основания передней или средней черепной ямки был установлен клинически, на основании внешнего осмотра больного (рино - и оторрея, кровоподтёки век, заушной и шейно-затылочной областей), а также на основании поражения соответствующей группы черепно-мозговых нервов (I, II, III, IV, VI при переломах основания

передней черепной ямки; VII, VIII при переломах основания средней черепной ямки). Так, по данным авторов [3], в ранние сроки травмы переломы основания черепа распознавались лишь в 23,8% случаях, несколько лучше обстояло дело с переломами основания передней черепной ямки, продолженными со свода черепа, - 45,5%, что проявлялось, в основном, косвенными признаками- распространение линии перелома на основание черепа без точной локализации.

Из 57 пострадавших, которым при поступлении произведена рентгенография черепа, у 26 (45,6%) не выявлено переломов костей черепа. Однако, после выполнения КТ черепа в костном режиме у всех больных (100%) диагностированы переломы костей свода и основания черепа. Таким образом, процент выявляемости переломов у больных с краниобазальной черепно-мозговой травмой соответствует данным литературы.

Из 62 больных, у которых были диагностированы интракраниальные гематомы (общее количество), в 34 (54,8%) случаях диагноз был подтверждён на основании данных компьютерной томографии. Оперировано 18 (54,5%) больных, в остальных случаях (45,5%) произведено консервативное лечение.

В таблице представлена сравнительная характеристика результатов лечения больных с внутричерепными гематомами, диагностированными с помощью ЭХО-ЭС и КТ.

Исходы лечения оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ) (см.табл.).

Таблица

Сравнительная характеристика результатов лечения внутричерепных гематом

Исходы по ШИГ	ЭХО-ЭС	КТ
Хорошее восстановление	7 (25%)	28 (82,4%)
Умеренная инвалидизация	2 (7,1%)	2 (5,9%)
Грубая инвалидизация	3 (10,7%)	1 (2,9%)
Вегетативный статус	1 (3,7%)	1 (2,9%)
Летальность	15 (53,5%)	2 (5,9%)
Всего	28	34

Эти данные свидетельствуют о том, что широкое использование современных методов исследования, в частности КТ, позволяет почти вдвое увеличить выявляемость внутричерепных гематом, выбрать оптимальный метод и улучшить качество лечения больных. Высокий процент хорошего восстановления у больных, диагностированных с помощью КТ, объясняется своевременной диагностикой и оптимальным выбором лечения как в отношении хирургического доступа, так и консервативного лечения.

Из 57 больных у 17 (29,8%) при поступлении была установлена лёгкая черепно-мозговая травма, однако, после проведения КТ головного мозга были выявлены более грубые повреждения, в связи с чем диагноз был переквалифицирован на тяжёлую черепно-мозговую травму.

В качестве примера приводим следующее клиническое наблюдение.

Больной И., 40 лет, история болезни № 573. Доставлен в клинику нейрохирургии на 3 сутки после травмы. Из анамнеза: в бытовой драке получил удар рукояткой лопатки по голове. Потерял сознание, после чего отмечается отсутствие речи. Первично доставлен в ЦРБ по месту жительства. Диагноз: «Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга лёгкой степени». В последующем он был доставлен в клинику НМЦ РТ.

Общее состояние по заболеванию тяжёлое.

Неврологический статус – умеренное оглушение (> 10 баллов ШКГ), вялый, сонливый. Зрачки D=S, средних размеров, фотореакция живая. Отмечается моторная афазия. Лицо

симметричное. Движения в руках и ногах симметричны. Имеется асимметрия сухожильных рефлексов D>S. Умеренно выражена менингеальная симптоматика. На глазном дне – умеренная внутричерепная гипертензия. На М-ЭХО смещение срединных структур головного мозга вправо на 4 мм.

На серии КТ головного мозга (рис.1): компрессионный перелом теменно-височной кости, переходящий в линейный перелом чешуи височной кости с переходом на основание средней черепной ямки. Имеется внутримозговая гематома височной доли мозга слева.

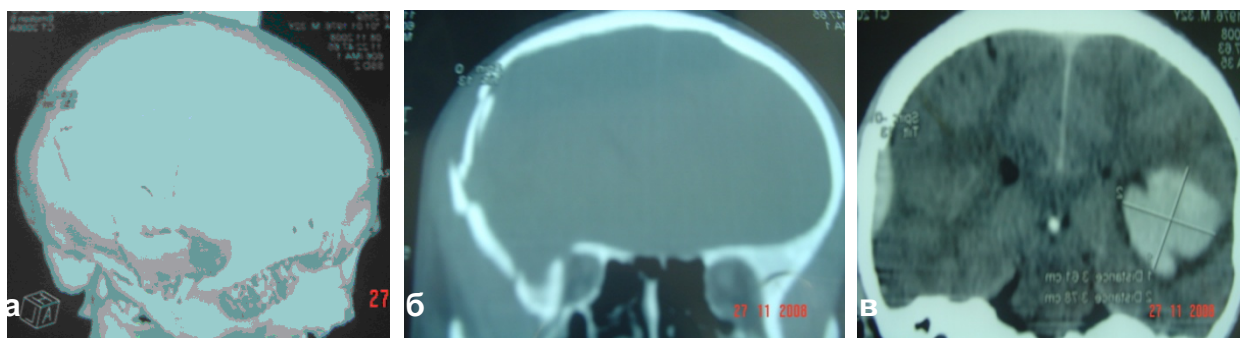


Рис. 1. КТ больного И., 40 лет: а), б) костный режим – имеется компрессионный перелом теменно-височной кости с переходом на основание черепа; в) фронтальный срез – внутримозговая гематома базальных отделов височной доли с перифокальным отёком. Смещение срединных структур мозга вправо.

После производства КТ диагноз был переключен: закрытая тяжёлая черепно-мозговая травма. Компрессионный перелом теменной кости с переходом в линейный на основание средней черепной ямки. Ушиб мозга тяжёлой степени. Больному назначен курс консервативной терапии по стандарту лечения ушиба головного мозга тяжёлой степени. В динамике лечения неврологическая симптоматика значительно улучшилась. Общемозговая, гипертензионная симптоматики регрессировали полностью. Моторная афазия регрессировала частично. На контрольных КТ головного мозга (рис. 2) объём гематомы значительно уменьшился.

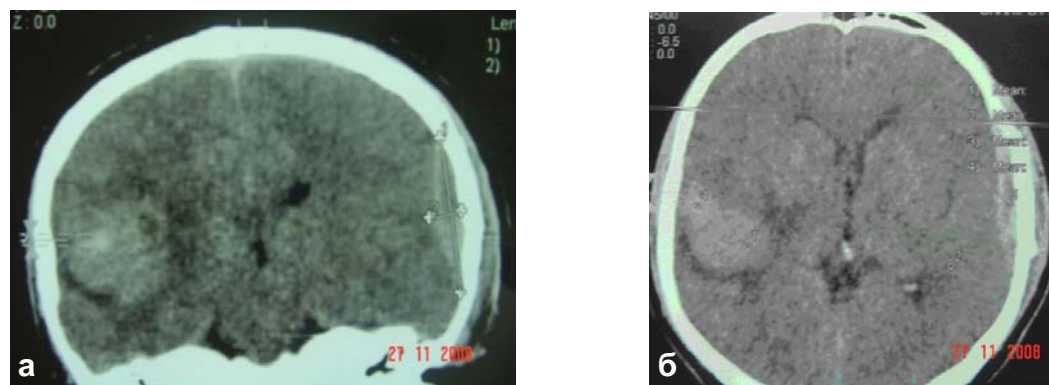


Рис. 2. КТ контроль больного И., 40 лет (14 суток после травмы): а) фронтальный срез; б) аксиальный срез. Отмечается значительное уменьшение размеров гематомы, перифокального отека, снижение плотности гематомы.

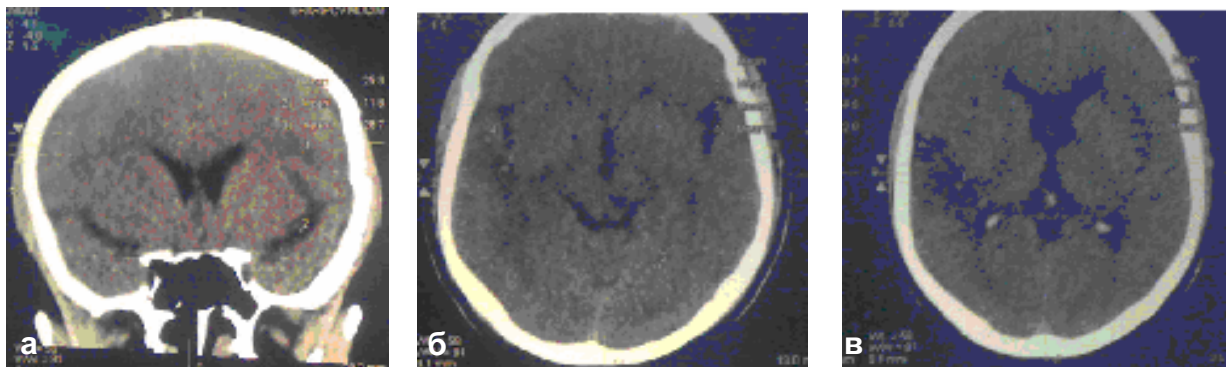


Рис. 3. КТ исследование больного И., 40 лет (через 2 мес.): а) фронтальный срез; б, в) аксиальные срезы. Структурных изменений в ткани мозга нет.

По завершению курса терапии больной выписан в удовлетворительном состоянии. При осмотре через 2 мес. состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Очаговая неврологическая симптоматика регрессировала. На рисунке 3 представлены данные КТ в динамике.

Таким образом, КТ исследование позволило точно установить диагноз (выявить перелом костей черепа, внутримозговую гематому), визуализировать состояние мозга, выбрать правильную тактику лечения и эволюцию течения внутримозговой гематомы. С помощью КТ почти вдвое увеличилась выявляемость внутричерепных гематом у больных с краниобазальной ЧМТ, по сравнению с использованием ЭХО-ЭС.

Литература

1. Компьютерная томография в неотложной хирургии. Учебная литература для слушателей системы последиplomного образования / В.В. Лебедев [и др.]; под ред. В.В. Лебедева. М. Медицина, – 2005. – С. 58-90
2. Коновалов А.Н. Эпидемиология черепно-мозговой травмы и её последствий / А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов// Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / под. ред. А.Н. Коновалова. – М., 1998. – С. Т. I. – С. 129-147
3. Коновалов А.Н. Рентгенологические методы диагностики черепно-мозговой травмы / А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов// Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / под. ред. А.Н. Коновалова. М., 1998. –Т. I.- С. 472-509
4. Переломы основания черепа: клинические и прогностические аспекты /А.Г. Гаврилов [и др.]// Доказательная нейротравматология / под. ред. А.А. Потапова. - М., 2003.- С. 63-96

ХУЛОСА

ТАШХИСГУЗОРӢ ВА ТАКТИКАИ ТАБОБАТИ ОСЕБИ КРАНИОБАЗАЛИИ ҶУМҶУМАӢ МАӢНА БО ИСТИФОДАИ ТЕХНОЛОГИЯИ МУОСИР

Э.С.ҲУСАИНОВ, А.ЧОБУЛОВ, С.Д.ҲУСАИНОВ, С.А.ЧОБУЛОВ

Мақола бо таҳлили таърихи бемории 284 нафар бемори гирифтори осеби краниобазалии ҷумҷумаӢ маӢна асоснок карда шудааст. Ба беморон усулҳои иловагии таҳқиқот: краниография (ҷумҷуманигорӣ), эхо – энтосефалоскопия, отоскопия, томографияи компютерӣ (ТК) гузаронида шуд.

Усули муосири ташхисгузори осебҳо дар беморон ТК мебошад, ки ташхиси шикастагии раҳдори ба асоси косаи сар гузарандаро дар 100% мавридҳо, ки на ҳама вақт дар партавниго

рии мағзи сар (краниограмма) намудор мешавад, инчунин барои арзёбии ҳолати мағзи сар ва зоҳир намудани ҳуномоси дохили косаи сар имконият медиҳад.

Дар тӯли солҳои 2000-2005 28 ҳуномосҳои дохилиҷумҷумай ташхисгузорӣ карда шуданд, ки дар ҳама мавридҳо ҷарроҳӣ гузаронида шуд, 53%-ро ташкил дод. Бо истифодаи ТК дар муддати 2 сол 34 ҳуномосҳои интракраниалӣ ташхисгузорӣ карда шуд. Баъди муолиҷаи маҷмӯӣ барқарорсозии ҳуби саломатии 82%-и беморон ба қайд гирифта шуд.

SUMMARY

CRANIOBASAL CRANIOCEREBRAL INJURY DIAGNOSTICS AND TREATMENT WITH NEW TECHNOLOGY USE

E.S. HUSAINOV, A. CHOBULOV, S.D. HUSAINOV, S.A. CHOBULOV

The work is based on the analysis of 284 medical cards of patients with craniobasal cranio-cerebral injuries were made to all patients. The additional analysis: craniography, echoencephalography, otoscopy, computed tomography (CT). The most effective injury diagnostic technique in patients was CT that makes it possible to identify linear fractures crossing on skull base (in 100% cases), so long as such injuries are not always detected on craniograms, and also to assess brain status and to detect intracranial hematomas. 28 intracranial hematomas were diagnosed during 2000 – 2005 years, all of them were operated and lethality was 53%. 34 intracranial haematomas were diagnosed using CT during 2 years. Good rehabilitation was observed after integrated treatment in 82% patients.

Key words: craniobasal injury, computed tomography, craniography, intracranial hematoma

Адрес для корреспонденции:

Э.С. Хусаинов - врач-нейрохирург Национального медицинского центра РТ;
Таджикистан, Душанбе, пр.И.Сомони,59. Тел: 236-79-36

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИОПЛАСТИКИ РОТАЦИОННЫМИ ЛОСКУТАМИ НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ

**О.Т. КОЧОРОВ, Ш.М. ЧЫНГЫШПАЕВ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ГОСПИТАЛЬ ИМ. И.К. АХУНБАЕВА;
МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСШАЯ ШКОЛА МЕДИЦИНЫ
Г. БИШКЕКА, КЫРГЫЗСТАН**

В клинике разработана оригинальная методика хирургического лечения хронического остеомиелита с использованием миопластики ротационными лоскутами на сосудистой ножке на примере 84 больных. В процессе обработки остеомиелитической полости у 32 пациентов использован низкочастотный ультразвук, а у 16 больных - СО₂-лазер. Осложнения возникли у 2 пациентов, а рецидив заболевания - у 4.

Ключевые слова: миопластика, хронический остеомиелит, ротационный лоскут