

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЫ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО—МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

А. О. Мирзоян, Д. А. Патрикян, М. А. Егунян

Отделение нейрохирургии РМЦ "Армения",
отделение нейрохирургии МЦ "Эребуни", г. Ереван, Республика Армения

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE AND FACTORS, IMPACTING THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF INTRACEREBRAL HEMATOMA, IN ISOLATED CRANIO—CEREBRAL TRAUMA

A. O. Mirzoyan, D. A. Patrikyan, M. A. Yegunyan

Образование ВМГ осложняет течение тяжелой ЧМТ — у 25 — 45% пострадавших, средней тяжести — у 3 — 12%, легкой — у 1 из 500 [1]. В США ежегодно оперируют до 100 000 пациентов по поводу ВМГ, до 60% из них умирают или им устанавливают инвалидность [2]. После смерти вследствие тяжелой ЧМТ ВМГ обнаружены у 35% больных [3]. До недавнего времени частота ВМГ в структуре ЧМТ составляла 0,3 — 3,8% [4, 5], травматической внутримозговой гематомы 8 — 20% [5, 6], однако с внедрением КТ она существенно увеличилась — соответственно до 1,1 — 13% [7,8], 9,5 — 31% [8] и даже 40% [9]. Актуальными проблемами лечения пострадавших являются выбор оптимальной хирургической тактики в острейшем периоде ЧМТ, особенно на фоне нестабильных показателей гемодинамики; объем удаления поврежденного вещества мозга, поскольку хирургическое вмешательство при таких повреждениях обуславливает дополнительную травматизацию мозга [1, 10]. Цель исследования: изучить особенности клинического течения ВМГ при изолированной ЧМТ, факторы, влияющие на исход при хирургическом лечении пострадавших.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследования проведены в различных больницах в 2007 — 2011 гг., проанализированы истории болезни 188 пострадавших с изолирован-

Реферат

Изучены особенности клинического течения внутримозговой гематомы (ВМГ) при изолированной черепно—мозговой травме (ЧМТ), факторы, влияющие на результаты хирургического лечения больных. Проанализированы истории болезни 188 пострадавших с изолированной ЧМТ, у 14 из них обнаружена ВМГ. При изолированной ЧМТ очаг ушиба головного мозга, обнаруженный в первые часы после травмы по данным компьютерной томографии (КТ) головного мозга, в течение 10 — 12 ч может трансформироваться в ВМГ с увеличением выраженности отека головного мозга, что является плохим прогностическим признаком. Неблагоприятными факторами являются: тяжелое состояние пострадавшего при госпитализации, декомпенсация клинического течения ЧМТ, старческий возраст, отсутствие лечения на догоспитальном этапе, выполнение операции позже чем через 1 — 2 ч после госпитализации, возникновение после операции мозговых и внемозговых осложнений, в частности, очага энцефаломалиции, менингоэнцефалита, а также легочных осложнений.

Ключевые слова: черепно—мозговая травма; внутримозговая гематома; результаты хирургического лечения пострадавших.

Abstract

Peculiarities of clinical course of intracerebral hematoma (ICH) in isolated cranio—cerebral trauma (CCT), and factors, influencing the surgical treatment results, were analyzed. Medical histories of 188 injured persons, suffering isolated CCT, were analyzed, in 14 of them ICH was revealed. In isolated CCT the brain contusion focus, revealed in first hours after trauma, in accordance to CT of the brain data, during 10 — 12 h may be transformed into ICH, with increase of the brain oedema severity, what constitutes bad prognostic sign. There are following unfavorable factors: severe state of the injured person while his admittance to hospital, decompensation of the CCT course, elderly age, absence of treatment on prehospital stage, the operation performance later than in 1 — 2 h after admittance to hospital, occurrence of cerebral and extracerebral complications postoperatively, including focus of encephalomalacia, meningoencephalitis, and pulmonary complications as well.

Key words: cranio—cerebral trauma; intracerebral hematoma; results of surgical treatment of injured persons.

ной ЧМТ, у 14 (7,4%) из них обнаружена ВМГ. Выделяли 5 стадий состояния пострадавшего.

1. Стадия клинической компенсации. Очаговые симптомы либо отсутствовали, либо остаточные. Несмотря на функциональное благополучие больного, клинически или по данным инструментальных исследований выявляли изменения,

свидетельствовавшие о перенесенной ЧМТ.

2. Стадия клинической субкомпенсации. Состояние больного, как правило, удовлетворительное. Сознание ясное либо с элементами оглушения. Возможны различные очаговые неврологические симптомы, чаще нечетко выраженные. Дислокационные симптомы отсутствуют.

Жизненно важные функции не нарушены.

3. Стадия умеренно выраженной клинической декомпенсации. Состояние больного средней тяжести или тяжелое. Оглушение, обычно умеренное. При сдавлении мозга отчетливо выражены признаки внутречерепной гипертензии. Прогрессируют либо появляются очаговые симптомы как выпадения, так и раздражения. Впервые возникают вторичные стволовые знаки. Тенденция к нарушению жизненно важных функций.

4. Стадия грубой клинической декомпенсации. Состояние больного тяжелое или крайне тяжелое. Сознание нарушено от глубокого оглушения до комы. При сдавлении мозга четко выражены синдромы ущемления ствола, чаще на тенториальном уровне. Нарушения жизненно важных функций становятся угрожающими.

5. Терминальная стадия. Как правило, необратимая кома с грубыми нарушениями жизненно важных функций, арефлексия, атония, двусторонний фиксированный мидриаз.

В стадии субкомпенсации госпитализированы 3 (21,4%) больных, умеренно выраженной декомпенсации — 4 (28,6%), грубой декомпенсации — 7 (50%).

Для изучения факторов, влияющих на исход ВМГ при хирургическом лечении пострадавших, условно выделены два его вида: положительный и отрицательный. Положительным считали такой исход, при котором пациентов выписывали без грубых неврологических расстройств; отрицательным — больные либо умерли, либо выписаны с неврологическим дефицитом, повлекшим инвалидность. Умерли 6 (42,9%) больных, 2 (50%) из них госпитализированы в стадии умеренно выраженной декомпенсации, 4 (57,1%) — грубой декомпенсации. С неврологическим дефицитом, обусловившим инвалидность, выписаны 4 (28,6%) больных, 1 (33,3%) из них госпитализирован в стадии умеренно выраженной декомпенсации, 3 (28,6%) — в стадии субкомпенсации. В возрасте до 60 лет были 10 (71,4%)

больных, из них у 6 (60%) — отрицательный исход; в возрасте 60 лет и старше — 4 (28,6%) больных, у всех отрицательный исход.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На догоспитальном этапе лечение не проведено 6 (42,9%) больным, из них у 5 (83,3%) — отрицательный исход. Диагноз устанавливали по данным КТ головного мозга, которую проводили в сроки до 36 ч после госпитализации больных. У 10 (71,4%) больных обнаружена ВМГ, у 4 (28,6%) — очаг ушиба головного мозга, в котором позже сформировалась ВМГ. Зона отека головного мозга увеличивалась в течение 18 — 24 ч. У всех больных исход отрицательный.

В сроки 1 — 2 ч после госпитализации оперированы 7 больных, остальные — через 3 — 36 ч, у 6 (85,7%) из них исход отрицательный. По данным КТ после операции обнаружены увеличение зоны отека головного мозга, дислокация его срединных структур у 4 (28,6%) больных, исход отрицательный. Положительная динамика отмечена у 3 (21,4%) больных, у 2 (66,7%) из них исход отрицательный.

Осложнения, возникшие после операции, разделяли на мозговые и немозговые. Для их диагностики применяли КТ, рентгенологическое и лабораторные исследования, консультации узких специалистов, патоморфологическое исследование (у умерших). Из мозговых осложнений энцефаломалиция отмечена у 6 (42,9%) больных, все умерли. На основе результатов клинических исследований (анализ неврологических симптомов, спинномозговой жидкости и т. д.) у 1 (7,1%) больного диагностирован менингоэнцефалит, исход отрицательный.

Из немозговых осложнений пневмония возникла у 3 (21,4%) больных, исход отрицательный.

ВМГ редко возникает у пострадавших при изолированной ЧМТ, в нашем исследовании — у 14 (7,4%). Травматическая ВМГ характеризуется тяжелым клиническим течением — у 11 (78,6%) больных, высокой смертностью (42,9%), инвалидиза-

цией — в 50% наблюдений. Смертность почти одинакова при госпитализации пострадавших в стадии грубой или умеренно выраженной декомпенсации (50 — 57,1%). Инвалидность устанавливают у 25 — 33,3% больных, госпитализированных в разных стадиях течения ЧМТ. Наиболее неблагоприятны результаты лечения больных в возрасте 60 лет и старше в связи с изменением регенеративных свойств ткани мозга. Отсутствие лечения на догоспитальном этапе оказывает отрицательное влияние на исход ВМГ при хирургическом лечении. Травматическую ВМГ обнаруживают на основании данных КТ головного мозга. На месте очага ушиба головного мозга, обнаруженного по данным КТ, в сроки 12 — 24 ч может сформироваться ВМГ, также увеличивается зона отека, что обуславливает отрицательный исход. Следовательно, у пострадавших с ЧМТ при обнаружении очага ушиба головного мозга необходимо провести повторную КТ в течение 10 — 12 ч. При обнаружении ВМГ больных необходимо оперировать в первые 2 ч после госпитализации, позже — увеличивается угроза отрицательного исхода.

После операции КТ проведено лишь у 50% больных, у 4 (28,6%) из них обнаружено увеличение зоны отека головного мозга, что обусловило отрицательный исход. Даже при положительной динамике по данным КТ возможен отрицательный исход. Из мозговых осложнений образование очага энцефаломалиции обуславливает летальный исход. У 50 — 57,1% больных, госпитализированных в стадии грубой или умеренно выраженной декомпенсации, отмечают увеличение отека головного мозга, появление синдрома дислокации, образование очага энцефаломалиции, что чревато смертью больного. У больных, оперированных по поводу ВМГ, возможно возникновение менингоэнцефалита, что обуславливает отрицательный исход. Проведение интенсивной терапии позволяет избежать не только мозговых, но и немозговых осложнений, в частности, легочных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедев В. В. Неотложная нейрохирургия: руководство для врачей / В. В. Лебедев, В. В. Крылов. — М.: Медицина, 2000. — 568 с.
2. Bullock M. R. Surgical Management of Traumatic Brain Injury / M. R. Bullock // Brain trauma foundation, USA. — N. Y., 2002.
3. Adams J. H. Head injury / J. H. Adams // Greenfield's Neuropathology; eds. J. H. Adams, L. M. Ducken. — London: Edward Arnold, 1992. — 5th ed. — P. 106 — 152.
4. Лихтерман Л. Б. Травматические внутричерепные гематомы / Л. Б. Лихтерман, Л. Х. Хитрин. — М.: Медицина, 1973. — 295 с.
5. Rivano C. Traumatic intracerebral hematomas. 72 cases surgically — treated / C. Rivano, M. Borzone, C. G. Michelozzi // J. Neurosurg. Sci. — 1980. — Vol. 24, N 2. — P. 77 — 84.
6. Исаков Ю. В. Острые травматические внутричерепные гематомы / Ю. В. Исаков. — М.: Медицина, 1977. — 263 с.
7. Diemath H. E. Die Bedeutung der Computer tomographie fur die Operation endokranieller traumatischer hematomas / H. E. Diemath // Wien Med.Wschr. — 1982. — Bd. 132, H. 6. — S. 133 — 136.
8. Posttraumatic intracerebral haematomas / B. Legros, F. Lapierre, P. Fouruier [et al.] //Agressologie.— 1988. — Vol. 29, N 6. — P. 405 — 408.
9. Kwiatkowski S. Traumatic acute intracranial haematoma in manual of neurosurgery / S. Kwiatkowski; Compiled by J. D. Palmer. — Glasgow: Churchill Livingstone, 1996. — 540 p.
10. Chang E. F. Acute traumatic intraparenchymal hemorrhage: risk factors for progression in the early post—injury period / E. F. Chang, M. Meeker, M. C. Holland // Neurosurgery. — 2006. — Vol. 58. — P. 647 — 656.

