

Козинский А.В.^{1,2}, Селезнева С.В.¹, Мельниченко А.С.¹, Калач А.В.^{1,2}

¹Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман, Украина

²Областная травматологическая больница, г. Лиман, Украина

О возможности консервативного лечения травматических эпидуральных гематом

Резюме. Работа основана на анализе 35 наблюдений изолированных травматических эпидуральных гематом. Отмечено, что при наличии переломов в зоне проекции эпидуральной гематомы последняя может дренироваться через перелом в мягкие ткани черепа. Это дренирование настолько достаточно, что позволило добиться рассасывания эпидуральных гематом без оперативного вмешательства у 8 пострадавших. Кроме того, признаки дренирования гематом наблюдались у 6 оперированных больных с переломами в зоне проекции гематомы. Таким образом, дренирование гематомы имело место у 14 больных.

Ключевые слова: гематомы; черепно-мозговая травма; переломы; консервативное лечение внутричерепных гематом

Введение

В настоящее время одними из главных вопросов, которые встают перед врачом при обследовании больных с травматическими внутричерепными гематомами, являются вопросы показаний к оперативному вмешательству и целесообразности его проведения. До недавнего времени доминировала точка зрения о том, что наличие любой травматической внутричерепной гематомы является абсолютным показанием к оперативному вмешательству [6, 11]. В последнее время все чаще появляются данные о возможности консервативного лечения травматических внутричерепных гематом с благоприятным исходом. Однако эти данные в основном относятся к внутримозговым и субдуральным гематомам [2, 5, 8, 9]. Есть сведения и о консервативном лечении эпидуральных гематом [1, 7], в том числе об их дренировании через переломы костей черепа [10], но встречаются они реже и в основном описывают единичные наблюдения. Чаще всего хирурги стараются оперировать эпидуральные гематомы в максимально ранние сроки. Однако оценить возможность консервативного лечения эпидуральных гематом можно лишь при длительном динамическом наблюдении.

Цель работы: представить наши наблюдения травматических эпидуральных гематом, которые в сравнении с данными других авторов, возможно, помогут в

дальнейшем выработать более четкие показания к оперативному или консервативному лечению эпидуральных гематом.

Материалы и методы

Работа основана на анализе 35 верифицированных наблюдений изолированных травматических эпидуральных гематом неоперированных (8 больных) и оперированных через 3 дня и более после травмы в связи с поздним поступлением в клинику (27 больных). Сравнительный анализ проведен с учетом возраста пострадавших: до 1 года — 2 больных; 1–7 лет — 9 больных; 8–14 лет — 8 больных; 15–44 года — 14 больных; 45–50 лет — 2 больных. У 24 (68,6 %) больных эпидуральные гематомы сочетались с переломами костей черепа. У 18 (51,4 %) больных переломы костей черепа совпадали по локализации с эпидуральной гематомой, у остальных больных переломы были вне зоны проекции гематомы. Из стационара выписано 34 (97,1 %) пострадавших, 1 больной умер.

Результаты и обсуждение

Нами наблюдались восемь пострадавших с изолированными травматическими эпидуральными гематомами (объемом от 10 до 45 мл, повышенной плотности, с незначительным перифокальным отеком,

отсутствием сдавления желудочковой системы и смещения срединных структур), у которых при консервативном лечении удалось добиться благоприятного исхода. У всех отмечалось относительно удовлетворительное общее состояние, скудная неврологическая симптоматика, и, кроме того, у всех пострадавших в зоне проекции эпидуральной гематомы были переломы костей черепа. Больные не были оперированы в связи со стабильным относительно удовлетворительным общим состоянием без тенденции к ухудшению, отсутствием признаков компрессии по данным компьютерной томографии (КТ). Всем больным проводились повторные КТ-исследования в сроки от 7 до 13 дней после травмы, на которых отмечалось уменьшение объема гематомы с появлением незначительной (около 15–20 %) жидкой части и в сроки от 20 до 30 дней после травмы, на которых отсутствовали какие-либо признаки эпидуральных гематом. Все больные были выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии с регрессированием неврологической симптоматики.

Из числа оперированных (27 человек) представляют интерес 6 пострадавших, у которых мы наблюдали признаки дренирования эпидуральной гематомы через переломы костей черепа.

Таковыми признаками являются операционные данные, когда на операции при отделении кожно-апоневротического лоскута выявлялся перелом костей черепа с повреждением надкостницы, через который обильно выделялась гемолизированная кровь (4 пострадавших). То, что кровь гемолизированная, было отчетливо заметно по ее внешнему характерному виду: темная, с коричневатым или «ржавым» оттенком, менее густая, чем свежая кровь (визуально более текучая, пятна лизированной крови растекаются на марлевых салфетках шире, чем от свежей). Данные больные до поступления в клинику находились в отделениях травматологического профиля других больниц и поступили в клинику через 5–8 суток после травмы и в эти же сроки были прооперированы. Из них двое оперированы в связи с выраженным ухудшением общего состояния, нарастанием неврологической симптоматики и клинической декомпенсации. На аксиальной компьютерной томографии головного мозга у них определялись эпидуральные гематомы полушарной конвексимальной локализации объемом 40 и 80 мл, повышенной плотности, с выраженным перифокальным отеком, сдавлением гомолатерального желудочка, смещением срединных структур в противоположную сторону на 0,8 и 1,2 см. Один пострадавший был оперирован в тяжелом состоянии (через 6 суток после травмы в связи с поздним поступлением), с нарушением витальных функций, но на КТ-исследовании отсутствовали признаки компрессии головного мозга, объем гематомы был около 20 мл (также гиперденсивная, без четких признаков наличия жидкой части), очаговая неврологическая симптоматика слабо выражена. Хотя тяжесть состояния пострадавшего была, по всей

видимости, обусловлена сопутствующим ушибом головного мозга, при решении вопроса о целесообразности оперативного вмешательства затруднительно было ответить, насколько факт наличия эпидуральной гематомы усугубляет тяжесть состояния. Поэтому было решено, что риск возможных осложнений консервативного лечения превышает риск оперативного вмешательства. Все три пострадавших после лечения выписаны в удовлетворительном состоянии. На контрольных КТ в сроки от 17 до 21 дня после травмы признаков гематом не было.

Также признаком дренирования эпидуральной гематомы можно считать два следующих случая: два пострадавших в возрасте 9 и 6 лет поступили в клинику через 6 и 7 суток после травм. При обследовании у них были выявлены лишь вялость, сонливость, быстрая утомляемость, головная боль. КТ головного мозга сразу не удалось выполнить по техническим причинам, и исследование было проведено только через сутки после поступления. У обоих больных были переломы костей свода черепа, над которыми имелись подапоневротические или поднадкостничные гематомы. Гематомы аспирированы пункционным методом (объем около 20 и 35 мл), в течение нескольких часов (до суток) были рецидивы гематом, в связи с чем пришлось их повторно аспирировать. При повторной их аспирации выявлялась гемолизированная кровь, характер которой определялся по описанным выше признакам. Если бы имел место рецидив подапоневротической или поднадкостничной гематомы из-за свежего кровотечения из мягких тканей, то гематома была бы в сгустках или же определялась бы свежая кровь. Наличие гемолизированной крови может говорить лишь о ее поступлении от эпидуральной гематомы через перелом костей черепа. Нами описаны только те случаи рецидива подапоневротических или поднадкостничных гематом с наличием гемолизированной крови, когда при первичной аспирации гематома удалялась полностью, что отчетливо определялось пальпаторно. И даже если представить, что оставались какие-то сгустки, не удаленные при первичной аспирации, которые не определялись пальпаторно, то все равно их возможный объем был гораздо меньше объема гемолизированной крови, полученной при повторной аспирации (15 и 25 мл). Таким образом, это не может быть продолжающийся гемолиз сгустков в подапоневротической или поднадкостничной гематоме. После проведения КТ головного мозга были выявлены эпидуральные гематомы конвексимальной полушарной локализации объемом 50 и 70 мл, с умеренным перифокальным отеком, небольшим сдавлением гомолатерального желудочка без смещения срединных структур, типичной линзообразной формы, гиперденсивные, с узкой гиподенсивной полоской по периферии ликворной плотности. В связи с наличием гематомы, а также с тем, что симптоматика хоть и незначительно, но нарастала, больные были прооперированы в стадии субкомпенсации из-

за опасения возможного срыва компенсации, который у детей может развиваться гораздо более бурно [3, 4, 12], и тогда уже прогноз эффективности оперативного лечения менее благоприятный. У этих двух пострадавших во время операции также отмечалось незначительное выделение гемолизированной крови через переломы костей черепа. После лечения оба выписаны в удовлетворительном состоянии. На контрольных КТ в сроки 15 и 20 дней после травмы признаков гематом не было.

Кроме подробно описанных выше шести пострадавших, которые были оперированы, также был прооперирован 21 пациент с эпидуральными гематомами полушарной конвекситальной, конвекситально-базальной, конвекситально-полюсной локализации объемом от 20 до 80 мл. При всех гематомах имели место перифокальный отек, сдавление гомолатерального желудочка, смещение срединных структур в противоположную сторону от 0,2 до 0,5 см у 13 больных и от 0,5 до 1,5 см — у трех. Все больные оперированы в сроки от 3 до 6 суток после травмы. Один пострадавший, оперированный в крайне тяжелом состоянии, умер.

Таким образом, из 18 пострадавших, у которых имели место переломы костей черепа в зоне проекции эпидуральной гематомы, у 14 были признаки рассасывания гематомы (6 прооперированных с признаками дренирования гемолизированной крови через переломы, описанными выше; у 8 рассосалась без операции). В связи с этим можно утверждать, что наличие переломов костей черепа в зоне проекции эпидуральной гематомы создает благоприятные условия для дренирования эпидуральной гематомы через перелом в мягкие ткани черепа. Это дренирование настолько достаточно, что позволяет у некоторых больных добиться полного рассасывания эпидуральной гематомы без оперативного вмешательства.

Следует отметить, что на основании приведенных выше цифр нельзя делать вывод, у какого процента больных с эпидуральными гематомами можно добиться успеха при консервативном лечении, так как работа основывается преимущественно на анализе больных, которые поздно поступили в клинику, и, как правило, острый период у них протекал без угрожающего нарушения витальных функций.

Выводы

1. Травматические эпидуральные гематомы могут дренироваться через переломы костей черепа в зоне проекции этой гематомы.

2. При наличии переломов костей черепа в зоне проекции эпидуральной гематомы у пострадавших с компенсированным течением травматической болезни головного мозга можно добиться благоприятных результатов при консервативном лечении, не прибегая к хирургическому вмешательству, однако такое решение может быть принято только в отдельных случаях, при тщательном динамическом наблюдении под контролем квалифицированных специалистов нейрохирургического профиля.

3. Если при пункции поднадкостничной гематомы над зоной перелома есть уверенность в ее полной аспирации, а через несколько часов (до суток) возникает ее рецидив с обнаружением гемолизированной крови при повторной пункции, то при отсутствии данных КТ это можно считать косвенным признаком наличия эпидуральной гематомы.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии какого-либо конфликта интересов при подготовке данной статьи.

Список литературы

1. Банин А.В. *Черепно-мозговая травма средней и тяжелой степени у детей (клиника, диагностика, лечение, исходы)*. — М., 1993. — 422 с.
2. Васин Н.Я., Шевелев И.Н., Салазкина С.И., Куртин В.А. *О хирургической тактике при острых внутричерепных травматических гематомах // III Всесоюзный съезд нейрохирургов: тезисы докладов*. — М., 1982. — С. 30-31.
3. Гескил С., Мерлин А. *Детская неврология и нейрохирургия*. — М.: Антидор, 1996. — 347 с.
4. Егулян М.А. *Особенности течения черепно-мозговой травмы у детей // Бюллетень Украинской ассоциации нейрохирургов*. — Выпуск 6. — К., 1998. — С. 48-49.
5. Кишковский А.Н., Кузнецов С.В. *Компьютерная томография при острой закрытой черепно-мозговой травме. Сообщение 1. Диагностика контузионных очагов и внутримозговых гематом // Вестник рентгенологии и радиологии*. — М.: Медицина, 1983. — № 6. — С. 10-17.
6. Кондратенко В.И., Талейский С.Л., Абрамова А.Ф., Тюрин Г.А., Кардаш А.М., Голямерьянц В.А., Кулек Г.Б., Рухленко Е.В. *Клиника, диагностика и лечение травматических кровоизлияний // Нейрохирургия. Республиканский межведомственный сборник*. — Выпуск 10. — К.: Здоровье, 1977. — С. 36-39.
7. Корниенко В.Н., Васин Н.Я., Кузьменко В.А. *Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы*. — М.: Медицина, 1987. — 287 с.
8. Кравец Л.Я. *Мозговой кровоток и вязко-упругие свойства головного мозга при оперативных вмешательствах по поводу его травм и заболеваний: Автореф. дис... на соискание ученой степени доктора медицинских наук*. — М., 1997.
9. Лантух А.В. *К вопросу о консервативном лечении травматических внутричерепных гематом // Актуальные вопросы нейротравматологии*. — М., 1988. — С. 136-139.
10. *Нейротравматология. Справочник / Под ред. Коновалова А.Н., Лихтермана Л.Б., Потапова А.А.* — М.: Вазар-Ферро, 1994.
11. Педаченко Г.А. *Варианты клинического течения эпидуральных гематом // Нейрохирургия. Республиканский межведомственный сборник*. — Выпуск 10. — К.: Здоровье, 1977. — С. 47-50.
12. Черный В.И., Кардаш А.М., Городник Г.А., Дроботько В.Ф. *Диагностика и лечение отека и набухания головного мозга*. — К.: Здоровье, 1997. — 225 с.

Получено 12.03.2018 ■

Козинський О.В.^{1,2}, Селезньова С.В.¹, Мельниченко О.С.¹, Калач О.В.^{1,2}
¹Донецький національний медичний університет, м. Лиман, Україна
²Обласна травматологічна лікарня, м. Лиман, Україна

Про можливість консервативного лікування травматичних епідуральних гематом

Резюме. Робота заснована на аналізі 35 спостережень ізольованих травматичних епідуральних гематом. Відзначено, що за наявності переломів у зоні проекції епідуральної гематоми остання може дрениватися через перелом у м'які тканини черепа. Цього дренивання настільки досить, що це дозволило домогтися розсмоктування епідуральних гематом без опера-

тивного втручання у 8 постраждалих. Крім того, ознаки дренивання гематом спостерігалися у 6 оперованих хворих із переломами в зоні проекції гематоми. Таким чином, дренивання гематоми мало місце у 14 хворих.

Ключові слова: гематоми; черепно-мозкова травма; переломи; консервативне лікування внутрішньочерепних гематом

O.V. Kozinsky^{1,2}, S.V. Selezneva¹, O.S. Melnichenko¹, O.V. Kalach^{1,2}
¹Donetsk National Medical University, Lyman, Ukraine
²Regional Trauma Hospital, Lyman, Ukraine

On the possibility of conservative treatment of traumatic epidural hematomas

Abstract. The work is based on analysis of 35 observations of isolated traumatic epidural hematomas. It is marked that if there are fractures in the region of epidural hematoma projection, the latter can be drained through a fracture into the soft tissues of the skull. This drainage is so sufficient that it was possible to achieve resorption of epidural hematomas without surgical intervention

in 8 patients. In addition, signs of hematoma drainage were observed in 6 operated patients with fractures in the zone of hematoma projection. Thus, the drainage of the hematoma occurred in 14 patients.

Keywords: hematomas; craniocerebral injury; fractures; conservative treatment of intracranial hematomas