

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДОСТРЫХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Семисалов С.Я., М.Яналь Куссейбати, Жиляев Р.А.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Травматические подострые субдуральные гематомы головного мозга (ТПодОСГГМ) составляют почти ¼ всех субдуральных гематом головного мозга. Их частота, трудности диагностики и лечения, приводящие к инвалидности, а иногда и к летальному исходу определяют актуальность этой проблемы [1, 2, 3].

К сожалению, большинство авторов, изучающих черепно-мозговую травму (ЧМТ) не много внимания уделяют ТПодОСГГМ [4, 5, 6], что делает этот вопрос особенно важным не только с теоретической, но и с практической точки зрения.

**Цель работы:** Выявить возможности дифференцированного подхода лечения травматических

подострых субдуральных гематом головного мозга.

**Материал и методы:** Проведено изучение 323 историй болезни с травматическими подострыми субдуральными гематомами головного мозга сто составило 24,4% всех субдуральных гематом за отобранный период. Помощь больным оказывалась в Донецком областном клиническом территориальном медицинском объединении за 1996 – 2009 годы. Все полученные данные вводились в специальную медицинскую информационную систему «Медик-ЧМТ» и в последующем подвергались статистической обработке.

Распределение больных с ТПодОСГГМ представлено в таблице 1.

**Таблица 1.** Распределение больных с травматическими подострыми субдуральными гематомами головного мозга (в %; M±m)

Возраст (лет)	П о л		И т о г о (n=323)
	Мужской	Женский	
15-24	5,26±0,60	0,31±0,15	5,57±0,61
25-34	13,00±0,90	1,86±0,36	14,86±0,95
35-44	21,36±1,09	4,33±0,54	25,70±1,17
45-54	20,12±1,07	5,88±0,63	26,01±1,17
55-64	10,84±0,83	4,02±0,52	14,86±0,95
65-74	8,05±0,73	3,72±0,50	11,76±0,86
75 лет и более	0,62±0,21	0,62±0,21	1,24±0,29
В с е г о	79,26±1,08	20,74±1,08	100,00±0,00

По представленным данным, лица мужского пола в 3,8 раза чаще составляли группу больных с ТПодОСГГМ, чем женского пола. При этом 51,7% практически в равной пропорции подострые субдуральные гематомы встречались в возрасте 35-54 лет. И существенно реже в более молодых возрастных группах. В возрастной категории 75 лет и старше было всего 2 больных.

**Результаты и их обсуждение.** Дифференцированное лечение ТПодОСГГМ предусматривает, в первую очередь, выделение группы больных, которые могут получать консервативную терапию.

Затем, на основании оценки множества факторов, определяющих состояние больного, величину гематомы, степень смещения срединных структур мозга и других показателей, определяется методика оперативного вмешательства с учетом исходов операции.

Распределение больных с ТПодОСГГМ по методу лечения представлено в таблице 2.

Больные, получавшие изначально консервативную терапию составили всего 1/10 всех случаев ТПодОСГГМ. При этом летальных наблюдений в этой группе было 12,1%.

**Таблица 2.** Исходы лечения травматических подострых субдуральных гематом головного мозга в зависимости от избранного метода (в %; M±m)

Метод оперативного вмешательства	Исходы лечения				И т о г о (n=323)
	Хорошее восстановление	Умеренная инвалидизация	Тяжелая инвалидизация	Смерть	
Костно-пластическая трепанация	0,00±0,00	41,80±1,23	1,86±0,34	7,43±0,65	51,08±1,25
Резекционная трепанация	0,00±0,00	0,93±0,24	0,62±0,20	2,17±0,36	3,72±0,47
Фрезевые отверстия	2,17±0,36	27,86±1,12	1,24±0,28	3,41±0,45	34,67±1,19
Не оперированы	1,55±0,32	7,43±0,65	0,00±0,00	1,55±0,31	10,53±0,77
В с е г о	3,72±0,47	78,02±1,03	3,72±0,47	14,55±0,88	100,00±0,00

В группе оперированных больных летальные случаи составили 14,8%. Следует отметить, что в группе больных, получавших консервативную терапию хорошее восстановление отмечено у 5 больных и умеренная инвалидизация – у 24. В остальных наблюдениях имел место летальный исход.

Из оперированных больных несколько более половины случаев составили случаи применения

костно-пластической трепанации черепа. Почти в 1/3 случаев гематомы удалялись с помощью наложения фрезевых отверстий. Резекционная трепанация черепа была проведена в 12 случаях, при этом в большинстве случаев этот метод оперативного вмешательства был обусловлен тяжестью состояния больных, что подтверждается исходом хирургического лечения – 7 случаев закончились летально, в 2 отмечена тяжелая инвалидизация и только у

3 больных имела место умеренная инвалидизация.

При выполнении костно-пластической операции ни в одном случае не отмечено хорошее восстановление. У большинства больных этой группы (81,8%) выявлена умеренная инвалидизация на момент выписки из стационара. В 14,5% больных с ТПодОСГМ, которым производилась костно-пластическая трепанация черепа, отмечен летальный исход, а в 6 случаях – тяжелая инвалидизация.

Оперативный доступ при удалении ТПодОСГМ через фрезевые отверстия в большинстве

случаев этой группы определил умеренную инвалидизацию (80,3%). Хорошее восстановление среди больных этой группы составило 6,2% случаев. Почти в 1/10 случаев больных с ТПодОСГМ, которым гематомы удалялись через фрезевые отверстия 9,8% отмечены летальные исходы. И только в 4 случаях имела место тяжелая инвалидизация.

Анализ эффективности использования того или иного метода лечения ТПодОСГМ представлен в таблице 3.

**Таблица 3.** Анализ эффективности лечения травматических подострых субдуральных гематом головного мозга в зависимости от избранной тактики ведения больных (в %;  $M \pm m$ )

Метод оперативного вмешательства	Исходы лечения				Итого (n=323)
	Хорошее восстановление	Умеренная инвалидизация	Тяжелая инвалидизация	Смерть	
Костно-пластическая трепанация	0,00±0,00	81,82±1,93	3,64±0,94	14,55±1,76	100,00±0,00
Резекционная трепанация	0,00±0,00	25,00±2,16	16,67±1,86	58,33±2,46	100,00±0,00
Фрезевые отверстия	6,25±1,21	80,36±1,99	3,57±0,93	9,82±1,49	100,00±0,00
Не оперированы	14,71±1,77	70,59±2,28	0,00±0,00	14,71±1,77	100,00±0,00
<b>Всего</b>	<b>3,72±0,94</b>	<b>78,02±2,07</b>	<b>3,72±0,94</b>	<b>14,55±1,76</b>	<b>100,00±0,00</b>

Сразу следует отметить, что консервативное лечение ТПодОСГМ хотя и приводит в некоторых случаях к летальному исходу, но у большинства больных заканчивается умеренной инвалидизацией или хорошим восстановлением. Летальные случаи, как правило, обусловлены травмой мозга или тяжелыми сочетанными повреждениями.

Анализируя эффективность оперативного лечения с применением костно-пластической трепанации и удаление гематом через фрезевые отверстия, сразу следует отметить, что хорошее восстановление было отмечено только в случаях наложения

фрезевых отверстий. Степень инвалидности мало зависела от указанных методов лечения, но костно-пластические операции в 2,2 раза чаще приводили к летальному исходу, чем при наложении фрезевых отверстий. Резекционная трепанация черепа применялась достаточно редко, составляя всего 3,7 всех больных с ТПодОСГМ, у ¼ случаев приводила к умеренной инвалидизации. Однако чаще резекционная трепанация черепа была применена у тяжелых больных, находившихся в стадии декомпенсации, что и определило в подавляющем числе случаев летальный исход или тяжелую инвалидизацию.

**Таблица 4.** Зависимость между методом лечения травматических подострых субдуральных гематом головного мозга и возрастом больных (в %;  $M \pm m$ )

Возраст (лет)	Метод лечения				Итого (n=323)
	Костно-пласт. трепанация	Резекционная трепанация	Фрезевые отверстия	Не было операции	
15-24	3,10±0,33	0,00±0,00	2,17±0,27	0,31±0,10	5,57±0,43
25-34	7,43±0,49	0,62±0,15	4,95±0,41	1,86±0,25	14,86±0,67
35-44	12,69±0,31	1,24±0,21	8,98±0,54	2,79±0,31	25,70±0,82
45-54	14,24±0,66	1,24±0,21	8,36±0,52	2,17±0,27	26,01±0,83
55-64	7,43±0,49	0,00±0,00	4,95±0,41	2,48±0,29	14,86±0,67
65-74	5,26±0,42	0,62±0,15	4,95±0,41	0,93±0,18	11,76±0,61
75 лет и более	0,93±0,18	0,00±0,00	0,31±0,10	0,00±0,00	1,24±0,21
<b>Всего</b>	<b>51,08±0,94</b>	<b>3,72±0,36</b>	<b>34,67±0,90</b>	<b>10,53±0,58</b>	<b>100,00±0,00</b>

Дифференцированное лечение ТПодОСГМ предусматривает оценку множества факторов, оказывающих в той или иной степени влияние на успешность проводимых лечебно-диагностических мероприятий.

Определенную роль в эффективности лечения больных с ТПодОСГМ играет возраст пациентов (табл.4). Так костно-пластическая трепанация применялась чаще (26,9%) в возрастных категориях 35-54 лет. Почти в 2 раза реже, но в одинаковой пропорции в возрасте 25-34 лет и 55-64 лет значительно реже в других возрастных группах больных с ТПодОСГМ.

Резекционная трепанация черепа в менее в 2,5% была применена в средних возрастных категориях (35-54 года) и с одинаковой частотой в возрасте 25-34 года и 65-74 года.

Фрезевые отверстия были чаще (17,3%) были использованы при удалении ТПодОСГМ в возрастных категориях 35-54 лет. В 2 раза реже, но с одинаковой частотой травматические подострые субдуральные гематомы удалялись в возрастных

категориях 25-34 года и 55-74 года. И изредка через фрезевые отверстия удалялись ТПодОСГМ в возрасте 15-24 года и 75 лет и старше.

При дифференцированном подходе выбора метода лечения ТПодОСГМ существенную роль играет тяжесть состояния больных (табл.5).

Оценивая общее состояние больных, следует отметить, что в большинстве случаев (74,3%) больные с ТПодОСГМ находились в состоянии средней тяжести или тяжелом. В удовлетворительное общее состояние было отмечено только у 1/5 общего числа больных. Менее 5 % больных поступали в клинику нейрохирургии в декомпенсированном крайне тяжелом состоянии.

При этом больным, находившимся в удовлетворительном состоянии почти с одинаковой частотой проводили костно-пластическую трепанацию черепа и наложение фрезевых отверстий.

Больным, поступавшим в состоянии средней степени тяжести почти в 1/5 случаев проводили костно-пластическую трепанацию черепа и несколько реже – наложение фрезевых отверстий.

**Таблица 5.** Выбор метода лечения травматических подострых субдуральных гематом головного мозга в зависимости от тяжести состояния больных (в %; M±m)

Тяжесть состояния	Метод лечения				Итого (n=323)
	Костно-пласт. трепанация	Резекционная трепанация	Фрезевые отверстия	Не было операции	
Удовлетворительное	9,91±0,75	0,00±0,00	8,05±0,68	2,79±0,41	20,74±1,01
Средней тяжести	19,20±0,98	0,00±0,00	15,79±0,91	4,95±0,54	39,94±1,22
Тяжелое	20,12±1,00	2,48±0,39	8,98±0,71	2,79±0,41	34,37±1,19
Крайне тяжелое	1,86±0,34	1,24±0,28	1,86±0,34	0,00±0,00	4,95±0,54
Всего	51,08±1,25	3,72±0,47	34,67±1,19	10,53±0,77	100,00±0,00

Тяжелое состояние больных с ТПОдОСГГМ обуславливало у 1/5 случаев проведение костно-пластической трепанации черепа при удалении гематомы и почти в 10% случаев – наложение фрезевых отверстий. Резекционная трепанация в этой группе больных проводилась в менее 3% случаев.

При крайне тяжелом состоянии почти с одинаковой частотой проводились костно-пластические трепанации черепа, наложение фрезевых отверстий и несколько реже – резекционная трепанация.

Не хирургический метод лечения применялся менее чем в 5% случаев при состоянии больных средней степени тяжести и в равной пропорции но в 2 раза реже при удовлетворительном и тяжелом состоянии больных.

**Выводы.** 1. Травматические подострые субдуральные гематомы головного мозга в 3,8 раза чаще встречаются среди лиц мужского пола, чем женского, преимущественно в среднем возрасте (35-54 лет), составляя несколько более половины всех случаев с этой патологией.

2. При удалении ТПОдОСГГМ более чем в половине случаев (51,1%) применялась костно-пластическая трепанация черепа.

3. Умеренная инвалидизация после оперативного удаления ТПОдОСГГМ отмечена почти в 2/3 всех случаев (78%) и выявлялась как после проведения костно-пластической трепанации, так и наложения фрезевых отверстий, что суммарно составило 69,7%. Резекционная трепанация черепа, выполненная в единичных наблюдениях чаще заканчивалась к летальному исходу или инвалидизацией больных.

4. При изначально консервативном лечении в большинстве случаев отмечалась умеренная инвалидизация и с одинаковой частотой, но в 4,8 раза реже хорошее восстановление или летальный исход.

5. Дифференцированный подход выбора метода лечения ТПОдОСГГМ с учетом важнейших признаков, определяющих исход травмы во многом повышает эффективность проводимых лечебно-диагностических мероприятий при данной патологии.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Новик Ю.Е. Опыт минимально инвазивных вмешательств при подострых и хронических субдуральных гематомах/ Ю.Е.Новик, Н.А.Зорин, Н.М.Мосийчук// Укр.нейрохір.журн.-2006.-№1.-С.11-12  
 2. Потапов А. Доказательная нейротравматология/А.Потапов, Л.Лихтерман, В.Зельман, и др. — М.: ОАО Внешторгиздат, 2003. — 517 С.  
 3. Aoki N. Symptomatic subacute subdural haematoma following spontaneous acute subdural haematoma/N. Aoki, K. Tsutsumi //Acta

Neurochirurgica.-1990 –Vol. 102, N. 3-4, -P.149-15  
 4. Asfora W.T. A modified technique to treat chronic and subacute subdural hematoma technical note/ W.T.Asfora, L. Schwabach//Surgical Neurology.- 2003.-Vol.59,N.4.- P. 329-332.  
 5. Diagnostic Imaging: Brain / A.G.Osborn, S. Blaser, K. Salzman / W.B. Saunders Company.- 2004.- N.2.-P.10-21.  
 6. Lazzarino L. G. Subacute subdural hematoma presenting as reversible ischemic attacks /L. G. Lazzarino, A. Nicolai and F. Valassi //Ital. J.Neurol. Sci.-1989.-Vj1.10, N.1.- P.101-103

**Семисалов С.Я., М.Яналь Куссейбати, Жиляев Р.А.** Дифференцированное лечение травматических подострых субдуральных гематом головного мозга // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Том 14, № 2. – С. 165-167.

Проанализированы 323 случая травматических подострых субдуральных гематом головного мозга (ТПОдОСГГМ). При этом ТПОдОСГГМ в 3,8 раза чаще встречались среди лиц мужского пола, чем женского, преимущественно в среднем возрасте (35-54 лет). При удалении ТПОдОСГГМ более чем в половине случаев (51,1%) применялась костно-пластическая трепанация черепа. Умеренная инвалидизация после оперативного удаления ТПОдОСГГМ отмечена почти в 2/3 всех случаев (78%) и выявлялась как после проведения костно-пластической трепанации, так и наложения фрезевых отверстий, что суммарно составило 69,7%. Резекционная трепанация черепа, выполненная в единичных наблюдениях чаще заканчивалась летальным исходом или тяжелой инвалидизацией больных. При изначально консервативном лечении в большинстве случаев отмечалась умеренная инвалидизация и с одинаковой частотой, но в 4,8 раза реже хорошее восстановление или летальный исход. Дифференцированный подход лечения ТПОдОСГГМ с учетом важнейших признаков, определяющих исход травмы во многом повышает эффективность проводимых лечебно-диагностических мероприятий при данной патологии.

**Ключевые слова:** травматические подострые субдуральные гематомы головного мозга, дифференцированное лечение.

**Семисалов С.Я., М.Яналь Куссейбати, Жиляев Р.О.** Дифференційоване лікування травматичних підгострих субдуральних гематом головного мозку // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 2. – С. 165-167.

Проаналізовані 323 випадки травматичних підгострих субдуральних гематом головного мозку (ТПідГСГГМ). При цьому ТПідГСГГМ у 3,8 рази частіше зустрічалися серед пацієнтів чоловічої статі, чим жіночої, переважно в середньому віці (35-54 років). При видаленні ТПідГСГГМ більш ніж у половині випадків (51,1%) застосовувалася кістково-пластична трепанация черепа. Помірна інвалідизация після оперативного видалення ТПідГСГГМ відзначена майже в 2/3 усіх випадків (78%) і виявлялася як після проведення кістково-пластичної трепанации, так і накладення фрезевих отворів, що сумарно склало 69,7%. Резекційна трепанация черепа, виконана в одиничних спостереженнях частіше закінчувалася летальним чи результатом важкої інвалідизацией хворих. При всамперед консервативному лікуванні в більшості випадків відзначалася помірна інвалідизация і з однаковою частотою, але в 4,8 рази рідше гарне чи летальний результат. Диференційований підхід лікування ТПідГСГГМ з урахуванням найважливіших ознак, що визначають результат травми багато в чому підвищує ефективність проведених лікувально-діагностичних заходів при даній патології.

**Ключові слова:** травматичні підгострі субдуральні гематомы головного мозку, диференційоване лікування.

**Semisalov S., M.Yanal Kusseybati, Zhilyayev R.** Differential treatment traumatic subacute subdural haematomas of the brain // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 2. – С. 165-167.

323 cases traumatic subacute subdural hematomas of the brain (TSAHB) are analysed. Thus TSAHB in 3,8 times more often met among the persons of a male, than female, mainly on the average age (35-54 years). At removal TSAHB more than in half of cases (51.1 %) was applied skull-plastic trepanation of a skull. Moderate invalidated after operative removal TSAHB is marked almost in all 2/3 cases (78 %) and came to light as after realisation bone-plastic trepanation, and imposing phrases of apertures, that totally has made 69,7 %. Resections trepanation of a skull executed in individual supervision more often came to an end letalis by outcome or heavy invalidisation of the patients. At initially conservative treatment it was in most cases marked moderate invalidated and with identical frequency, but in 4,8 times less often good restoration or letalis outcome. Differential the approach of treatment TSAHB in view of major attributes determining outcome of a trauma in many raises efficiency of spent treatment-diagnostic measures at the given pathology.

**Key words:** traumatic subacute subdural hematomas of the brain, differential treatment.

Надійшла 12.01.2011 р.  
 Рецензент: проф. Т.В.Мироненко