

Опыт применения малоинвазивных операций при лечении хронических субдуральных гематом

Комаров В.В., Аксенов В.В., Коновалов С.В., Брыгарь В.А., Коновалов Е.С..

Одесская областная клиническая больница, г. Одесса

Хроническими называют те субдуральные гематомы (ХСГ), клинические проявления которых возникают более чем через 3 недели после травмы. Частота хронических субдуральных гематом составляет 6% среди всех внутричерепных гематом.

Целью исследования явилось изучение результатов хирургического лечения травматических хронических субдуральных гематом у 71 больного, находившегося на лечении в нейрохирургическом отделении Одесской областной больницы с 1999 по 2004 гг.

Проведенное исследование выявило, что ХСГ образуются после легкой травмы головы чаще у лиц пожилого возраста (колебался от 12 до 83 лет), причём мужского пола (44 мужчины, 27 женщин) в не доминантной полушарии головного мозга (преобладание правосторонней локализации ХСГ у 44 больных, что составило 62%).

ХСГ клинически выявлялись в сроки от 3 недель и до 4–6 месяцев после получения травмы. Основным клиническим симптомом (у 98 % пациентов) являлась прогрессирующая головная боль. В неврологическом статусе на фоне общемозговой симптоматики чаще всего встречались менингеальные знаки (у 50 % пациентов), глазодвигательные нарушения (у 40% пациентов). Значительно реже наблюдались пирамидная недостаточность, максимально выраженная до умеренного гемипареза (у 30 % пациентов), различной степени афазии (у 10 % пациентов); психические расстройства (у 5 % пациентов), единичные эпилептические приступы (у 5 % пациентов). При этом описанные очаговые нарушения чаще всего дебютировали за несколько дней до госпитализации и в последующем углублялись, что являлось основной причиной обращения в лечебное учреждение.

При АКТГ выявлялись признаки ХСГ в виде изо-гиподенсивного конвекситального образования лентовидной формы с наличием сформированной капсулы. Отмечалось смещение срединных структур до 10–12 мм, со сдавлением желудочковой системы различной степени. Чаще всего ХСГ располагалась в височно-теменной области (65%), нередко захватывая и лобную долю (30%). В единичных случаях (15%) отмечалось наличие в полости гематомы единичных, небольших по размерам сгустков крови гиперденсивной плотности (при небольших сроках давности гематомы — 3–5 недель).

Удаление ХСГ производили через фрезевое отверстие. В полость гематомы вводили силиконовые дренажи и устанавливали приточно-отточную промывную систему. Продолжительность операции составляет 20–30 мин. Полость ХСГ в течение 48–72 ч промывали подогретым физиологическим раствором.

Больных активизировали на 3 день после операции, выписывали на 8–е–10–е сутки после операции. Во всех случаях раны зажили первичным натяжением. У 99% больных в послеоперационном периоде наблюдался полный регресс головных болей, постепенный регресс неврологической симптоматики.

Рецидив ХСГ отмечался у одного больного. Послеоперационные рецидивы ХСГ по данным разных авторов, встречаются в 8–45 % случаев. Послеоперационных осложнений (напряженная пневмоцефалия, вторичные внутричерепные кровоизлияния, такие как кровоизлияние в ствол мозга, или внутримозговые гематомы) отмечено не было. Частота послеоперационной эпилепсии составляет от 7 до 11%. В связи с этим всем пациентам имеет смысл профилактически назначать антиконвульсанты.

Больные (70 пациентов) выписались в удовлетворительном состоянии.

Летальный исход был в одном случае. Согласно большинству сообщений, основанных на многочисленных наблюдениях, смертность при ХСГ составляет 10% и менее. Некоторые исследователи сообщают о тяжелой инвалидизации 15–20 % больных.

Как показывает наш опыт, применяемая в отделении методика малоинвазивного удаления ХСГ технически проста, не требует применения дорогостоящего оснащения и при этом имеет высокую эффективность.