

методики интегрированной оценки выявил, что показатель диагностики РХБ высок и достигает 0,81, а показатель лечения равен 0,91. У линейных бригад СМП показатель диагностики был значительно ниже (0,68), а суммарный показатель лечения (0,55) находится на низком уровне.

Выводы. Уровень диагностики и лечения РХБ соответствует современным представлениям об оказании догоспитальной помощи пострадавшим с СЧМТ, в то время как имеется определенный резерв для повышения качества работы линейных бригад СМП путем обучения персонала. Исследование показало, что в условиях крупного города необходимо увеличить число РХБ, доведя их до 1 бригады на 500 тыс. населения.

Особенности клинического течения ЧМТ средней степени тяжести у детей грудного возраста с перинатальным поражением головного мозга

Ющак И.А.

*Областная детская клиническая больница,
г.Одесса., 65000, ул. акад. Воробьева, 3
e-mail: yuschak@online.ua*

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения ЧМТ у детей грудного возраста, перенесших перинатальное поражение ЦНС. Провести сравнительный анализ результатов КТ, НСГ, транскраниальной ультрасонографии (ТУС) в зависимости от особенностей преморбидного состояния ЦНС.

Материалы и методы. За период 2004–2006 гг. было обследовано 105 детей грудного возраста (от 1 месяца до 1 года) с ЧМТ средней степени тяжести (ушибы головного мозга легкой и средней степени тяжести). Из них 54 ребенка в анамнезе имели перинатальное поражение головного мозга (основная группа). У 51 ребенка преморбидного фона не было (контрольная группа). Все дети были подвергнуты комплексному обследованию, которое включало: клинико-неврологическое обследование, офтальмологическое обследование, краниографию, интраскопические — нейросонографию, транскраниальную ультрасонографию, КТ-исследование.

Результаты. Общемозговая симптоматика у детей с перинатальным поражением головного мозга была выражена у 59% детей, а у детей без преморбидного фона в 28% случаев.

Очаговая неврологическая симптоматика отмечалась у 4% первой группы и 0% во второй.

Менингеальные знаки обнаружены у 5% детей первой группы. У детей контрольной группы менингеальная симптоматика отсутствовала.

Нарушение сознания отмечалось у 24% больных в первой группе и у 11% во второй.

Бессимптомное течение ЧМТ отмечалось у 76% детей основной группы и 96% контрольной.

Изменения со стороны глазного дна обнаружены у 20% обследуемых в первой группе и у 4% во второй.

При НСГ, ТУС, КТ-исследованиях в основной группе всегда отмечались характерные изменения для перинатального поражения головного мозга (рас-

ширение субарахноидальных пространств, кистозно-атрофические процессы). В контрольной группе интраскопических изменений выявлено не было.

Выводы.

1. Для детей с ЧМТ средней степени тяжести на фоне перинатального поражения ЦНС характерны более выраженные общемозговые и очаговые симптомы, изменения со стороны глазного дна.

2. Нейровизуализационные методы обследования, наряду с изменениями, характерными при ЧМТ, позволяют выявить морфоструктурные изменения свойственные перинатальному поражению головного мозга.

Полифакторное сдавление головного мозга

**Бурунсус В.Д., Главан Ю.И., Марина И.Н.,
Постолаки Р.Б., Бодю А.П.**

*Государственный университет медицины и
фармации им. Н.А.Тестемицану;
Национальный научно-практический центр
скорой медицинской помощи,
Республика Молдова, 2004, г.Кишинев,
ул.Т.Чорба, 1
тел. +373 22 203012,
e-mail: v.burunsus@gmx.net*

Полифакторное сдавление головного мозга (ПСГМ) — вариант тяжелой черепно-мозговой травмы, при котором на мозг оказывается механическое воздействие двумя и более компримирующими агентами.

Цель работы: выявить отягощающее влияние полифакторной компрессии головного мозга на состояние пострадавшего до операции и исход лечения.

Материалы и методы. Изучено 120 случаев ПСГМ при ЧМТ, в т.ч. у 39 (32,50%) пострадавших имелись и другие сочетанные повреждения. Все больные оперированы в 2002–2005 гг. Диагноз ПСГМ выставлен на основании клинического обследования, эхоэнцефалоскопии, компьютерной томографии головного мозга и данных операционной верификации. Выполнены одно-, двусторонние трепанации черепа, цель которых — устранение сдавления, наружная и внутренняя декомпрессия головного мозга.

Результаты и их обсуждение. В большинстве случаев имело место сдавление одного полушария головного мозга (преимущественно супратенториальное — 89,17%, из них в 2 случаях (1,67%) супра- и субтенториальное сдавление. Чаще всего фактором сдавления являлись внутримозговые гематомы (ВЧГ) и их сочетание с очагами размождения (ОР) головного мозга.

Двусторонняя компрессия головного мозга диагностирована в 10,83% случаев.

Причины одностороннего ПСГМ были следующие: субдуральные гематомы и ОР — в 28,34% наблюдений, вдавленный перелом и ОР — в 12,50%, эпидуральная гематома и субдуральная гематома — в 8,33%, субдуральная гематома и внутримозговая гематома — в 6,67%, вдавленный перелом и ВЧГ — в 12,50%, ВЧГ и ОР — в 9,17%, внутримозговые гематомы и ОР — 3,33%, ликворная гигрома, вдавленный перелом, ВЧГ и ОР — в 8,33%.

Распределение вариантов двустороннего сдавления головного мозга представлено следующим образом: двусторонние субдуральные гигромы — в 2,5% случаев, ВЧГ — в 2,5%, ВЧГ и ОР — в 4,17%, вдавленный перелом, ВЧГ, субдуральные гигромы и ОР — в 1,66%.

Среди выживших больных (1-я группа), 17,46% пациентов поступило с явлениями дислокации головного мозга по клиническим данным, в то время как в группе умерших (2-я группа) этот показатель составил 57,89%. Уровень сознания при поступлении в группу умерших был утрачен до комы 1–3, больные поступали с грубой очаговой симптоматикой, в то время как в 1-й группе отмечалось оглушение или сопор, без грубой очаговой симптоматики. Все пострадавшие 2-й группы доставлены в крайне тяжелом состоянии, через 1–3 ч после травмы. Компьютерная томография в 1-й группе проводилась у 63,49% пациентов, во 2-й — у 87,72%.

Послеоперационная летальность при ПСГМ составила 47,50% (умерло 57 пострадавших). При двусторонней компрессии летальность составила 76,92% (10 больных).

Выводы.

1. Полифакторное сдавление головного мозга усугубляет клинические проявления и ухудшает прогноз при черепно-мозговой травме.

2. Послеоперационная летальность при ПСГМ составляет 47,50% и превышает аналогичные показатели при однофакторном сдавлении головного мозга.

3. Наиболее тяжелым является двустороннее ПСГМ, летальность при которой составляет 76,92%.

Двусторонние внутричерепные гематомы у пострадавших с краниоторакальными травмами

Бурунсус В.Д.

Государственный университет медицины и фармации им. Н.А.Тестемицану;

Национальный научно-практический центр скорой медицинской помощи,

Республика Молдова, 2004, г.Кишинев,

ул.Т.Чорба, 1

тел. +373 22 203012,

e-mail: v.burunsus@gmx.net

В структуре множественных внутричерепных травматических гематом двусторонние гематомы составляют 27,5 — 35% (Ромоданов А.П., Педаченко Е.Г.1975; Педаченко Е.Г., Макеева Т.И. 1988), а при краниоторакальных травмах описаны лишь единичные случаи (Burunsus V., 1993).

Цель работы: определить структуру, локализацию и объем двусторонних внутричерепных гематом (ДВЧГ) у пострадавших с краниоторакальными травмами (КТТ), а также кратко изложить особенности диагностики, нейрохирургической тактики и причин летальных исходов при них.

Материалы и методы. В 1980–2005 гг. под нашим наблюдением находились 2218 пострадавших с ушибами и сдавлением головного мозга, сочетанными с повреждением грудной клетки и органов грудной полости, из которых у 531 (23,94%) больного имелись

внутричерепные гематомы (ВЧГ), в т.ч. у 118 (22,22%) из них были диагностированы множественные ВЧГ. У 51 (43,22%) пострадавшего из последней группы выявлены ДВЧГ.

Средний возраст пострадавших составил 38,33 года; большинство пациентов — 41 (80,39%) были мужского пола. Диагноз был выставлен на основании клинического обследования, эхоэнцефалоскопии, компьютерной томографии головного мозга и данных операционной верификации. Оперированы 38 больных. Выполнены односторонние (3) и двусторонние (35) трепанации черепа, цель которых — устранение сдавления, наружная и внутренняя декомпрессия головного мозга.

Результаты и их обсуждение. В структуре ДВЧГ преобладали двусторонние субдуральные гематомы — 32 (62,74%) из 51 пациента, на втором месте — сочетание субдуральных и внутримозговых гематом — 11(29,37%).

Торакальный компонент травмы был представлен у 43 (84,31%) пострадавших переломами ребер, у 26 — выявлены закрытые повреждения легких, а ушибы сердца — у 10.

Моносочетанные КТТ выявлены у 17 пациентов, полисочетанные — у 34 (лицевого скелета — у 9, брюшной полости и забрюшинного пространства — 14, конечностей и таза — у 19, позвоночника и спинного мозга — у 8).

Раздельный объем гематом у пострадавших с ДВЧГ (до 50мл крови в одном полушарии — малый; 51–100мл — средний и свыше 100мл — большой) был следующим: малый + малый — у 7 больных, малый + средний — у 13, малый + большой — у 9, средний + средний — 11, средний + большой — у 6 и большой + большой — у 5.

Тяжелое и крайне тяжелое состояние пострадавших влияло на выбор способа трепанации черепа. Резекционная трепанация черепа с удалением гематом, вдавленных костных отломков, вымыванием мозгового детрита выполнена 35 больным, а костнопластическая — 3.

Двум пострадавшим с двусторонними субдуральными гематомами малого объема, при отсутствии нарастающего сдавления мозга и уровнем сознания по шкале Глазго 9 баллов проводилась консервативная терапия.

Из неоперированных 11 пациентов у 8 летальный исход наступил в сроки от 1 до 3 часов после поступления в стационар, у 3 — допущены диагностические ошибки.

Выписано из стационара 6 (11,76%) больных, у остальных 45 наступил летальный исход. Основными причинами смерти являлись: необратимый травматический шок (8), обширные анатомические повреждения черепа и головного мозга (13), выраженный отек мозга с вовлечением ствола мозга (9), различные осложнения (преимущественно двусторонние пневмонии и полиорганная недостаточность — 15).

Выводы.

1. Двусторонние внутричерепные травматические гематомы в структуре множественных ВЧГ при КТТ составляют 43,22% случаев.

2. В структуре ДВЧГ преобладают двусторонние субдуральные гематомы (62,74%) и сочетание субдуральных и внутримозговых гематом (20,37%).

3. ДВЧГ при КТТ сопровождаются очень высокой летальностью — 88,24%.