

Исходы ЧМТ в зависимости от стадии ТДС были следующими:

При ранних стадиях (ТДС I и II) ХВ и УНЖ установлены у 96,3 и 48,1% пострадавших, ГНЖ — 0 и 19,8%, ВС — 0 и 5,7%, ЛИ — 3,7 и 26,4% соответственно.

ТДС III стадии: ХВ и УНЖ отсутствовали во всех наблюдениях (0%), ГНЖ отмечали в 4,9% случаев, ВС — 8%, ЛИ — 87,1%.

ТДС IV стадии: ХВ, УНЖ и ГНЖ не выявлены (0%), ВС диагностировано у 3,6% больных; ЛИ — 96,4%.

При V стадии ТДС все пострадавшие (100%) погибли.

Заключение. Вид повреждения головного мозга и степень ТДС оказывают существенное влияние на исход ТЧМТ. В целом, исходы у больных ДПГМ с угнетением сознания кома I менее благоприятны, чем при ранних стадиях ТДС. В тоже время при ДПГМ с угнетением сознания кома II прогноз более благоприятен по сравнению с поздними стадиями ТДС.

Отдаленные результаты лечения травматических внутричерепных гематом

*Курбанзаде Р. К., Берснев В. П.,
Иванова Н. Е., Касумов Р. Д.*

*Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт
им. проф. А. Л. Поленова. Санкт-Петербург,
ул. Маяковского, 12. Телефон 273-81-67*

Черепно-мозговая травма относится к самым тяжелым и распространенным формам поражения центральной нервной системы. В структуре травматизма тяжелые повреждения головного мозга составляют 30—40% (Лебедев В. В., 1990; Фраерман А. П. с соавт., 1997, 2001). Частота травматических внутричерепных гематом достигает 4—8% (Коновалов А. Н., Лихтерман Л. Б. и др., 2000 г.).

Цель работы. Оценить динамику неврологической симптоматики и социально-бытовой адаптации в отдаленном периоде травматических внутричерепных гематом.

Методы. Клинико-статистические, неврологические, психологические, компьютерная томография, электроэнцефалография.

Материалы. Проанализированы результаты лечения 197 больных с изолированными травматическими внутричерепными гематомами в остром и отдаленном периоде со сроками катамнеза от 1 до 22 лет. Большинство пациентов 78% — преимущественно мужчины, находилось в трудоспособном возрасте до 60 лет. По характеру гематомы: субдуральные 102 больных, эпидуральные — 40, эпилепто-субдуральные — 17, внутримозговые — 21, субдуральная и внутримозговая — 13, эпидуральная и внутримозговая — 1. По скорости развития синдрома сдавления головного мозга гематомы подразделились на острые (первые трое суток после травмы) — 151 наблюдения, подострые — 17 наблюдений, хронические — 29.

В отдаленном периоде после удаления травматических внутричерепных гематом выявляется разнообразная неврологическая симптоматика, которая по степени влияния на социально-трудовую сферу больных подразделяется на синдромы, вызывающие

грубую и умеренную инвалидизацию, а также у ряда больных отмечается выздоровление с хорошим восстановлением нарушенных функций. У больных, находившихся в стадии клинической субкомпенсации в остром периоде ЧМТ, подвергшихся более раннему и радикальному оперативному вмешательству, более часто отмечено выздоровление и развитие клинических синдромов умеренной инвалидизации по сравнению с больными, находившимися в стадии грубой декомпенсации. Ранняя диагностика и раннее проведение оперативного вмешательства уменьшают риск развития инвалидизирующих клинических синдромов. Клиническое течение отдаленного периода обусловлено сочетанием дезадаптирующих синдромов: церебрально-очаговый (19%), эпилептический (8%), гипертензионно-гидроцефальный (8%). Степень выраженности дезадаптирующих синдромов уменьшается с увеличением срока катамнеза и проводимого лечения. В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы у больных с гематомами снижение и утрата трудоспособности наступает в 60% наблюдений. Качество жизни пациентов определяется локализацией гематомы и выраженностью гипертензионно-гидроцефального синдрома. При локализации гематомы в функционально «незначимой» зоне мозга отмечаются лучшие показатели качества жизни индекс Бартеля 70 баллов, по шкале Пульс 9 баллов. При локализации гематомы в функционально значимой зоне показали хуже (индекс Бартеля ниже 60 баллов, по шкале Пульс до 24 балла). Первично отсроченная краниопластика у больных с последствиями черепно-мозговой травмы является одним из основных нейрохирургических методов ранней реабилитации и способствует более полному восстановлению нарушенных функций.

Таким образом, локализация гематомы и выраженность гипертензионно-дислокационного синдрома, раннее проведение хирургического лечения и первично отсроченной краниопластики предотвращает развитие неврологических дезадаптирующих синдромов, повышая уровень социальной и трудовой адаптации.

Качество жизни после хирургического и консервативного лечения хронических субдуральных гематом

*Лихтерман Л. Б., Потапов А. А.,
Кравчук А. Д.*

*Институт нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко
РАМН, Москва, Россия. Москва, 125047,
4-я Тверская-Ямская, 16.
Тел.: 8(495) 250-08-46; e-mail: licht@aha.ru*

Введение. Хронические субдуральные гематомы (ХСГ) относятся к распространенной и полностью излечимой патологии.

Цель: изучить качество жизни больных с ХСГ с учетом различных методов лечения.

Материал и метод. Прослежена динамика течения и исходы 338 наблюдений ХСГ (средний возраст больных 49,6±1,6 лет) с МРТ/КТ — контролем и изучением катамнеза на глубину до 10 лет.

Результаты и их обсуждение. Разработана концепция саногенеза ХСГ, основанная на устранении гиперфибринолиза в содержимом гематомы и управляемой внутренней декомпрессии. Поэтому в большинстве наблюдений ХСГ (89%) показана