

УДК 617.51-003.215

А. О. МИРЗОЯН¹, Д. А. ПАТРИКЯН¹, М. А. ЕГУНЯН²

**МНОЖЕСТВЕННАЯ ГЕМАТОМА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННОЙ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ
НА ИСХОД ЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*¹Республиканский медицинский центр «Армения», Ереван,
²Медицинский центр «Эребуни», Ереван, Армения*

(Поступила в редакцию 29.01.2014)

Введение. Одной из ведущих причин смертности и инвалидизации трудоспособного населения в индустриально развитых странах являются черепно-мозговые травмы (ЧМТ). Количество пострадавших от ЧМТ колеблется в разных странах от 89 до 281 человека на 100 000 населения и ежегодно увеличивается (и, согласно прогнозам, будет расти) [1, 7, 9]. На множественные гематомы приходится 0,74 % всех черепно-мозговых повреждений [5]. Среди различных видов гематом множественные составляют 8–25 % всех объемных внутричерепных кровоизлияний [2, 3]. Многовариантность подходов к тактике лечения внутричерепных гематом таит в себе много противоречий и потенциальных ошибок. Соблюдение всех известных принципов хирургии гематом также не гарантирует положительного результата [4, 6, 8].

Цель работы – изучить особенности клинического течения множественной (позтажной) гематомы у пациентов с изолированной черепно-мозговой травмой и факторы, влияющие на исход ее хирургического лечения.

Материалы и методы исследования. Изучены истории болезней 188 оперированных пациентов с изолированной ЧМТ, находившихся на лечении в разных больницах Республики Армения в 2007–2011 гг., сделан ретроспективный анализ. Из 188 оперированных у 16 (8,5 %) обнаружена множественная (позтажная) гематома (МГ), представляющая собой внутричерепные гематомы, расположенные в области одного полушария непосредственно одна над другой в двух разных пространствах – эпидуральной, субдуральной или внутримозговой.

Для обнаружения факторов, влияющих на исход МГ при хирургическом лечении, учитывали стадию клинического течения ЧМТ при поступлении пациента в больницу. У пострадавших с ЧМТ различали пять клинических стадий – клинической компенсации, субкомпенсации, умеренной декомпенсации, грубой декомпенсации, терминальную стадию. В соответствии со стадиями клинического течения ЧМТ пациенты были разделены на три группы: в первую группу вошли пациенты, поступившие в стадии субкомпенсации клинического течения ЧМТ (5 (31,25 %) чел.), во вторую – в стадии умеренной декомпенсации (7 (43,75 %) чел.), в третью – в стадии грубой декомпенсации (4 (25 %) чел.). В возрасте до 60 лет было 10 пациентов, в возрасте 60 лет и старше – 6. Двое из них поступили в стадии грубой декомпенсации.

Исходы ЧМТ при хирургическом лечении условно делили на два типа: положительные и отрицательные. Положительными считали те исходы, при которых пациенты были выписаны, не имея грубых неврологических расстройств (11 чел.), отрицательными – исходы, при которых пациенты или умерли, или были выписаны с таким неврологическим дефицитом, который привел их к инвалидности. Отрицательный исход был у 5 (31,25 %) пациентов, 4 (25 %) из которых умерли

(1 (20 %) человек из первой группы, 2 (28,6 %) – из второй, 1 (25 %) – из третьей), 1 (6,25 %) выписан с остро выраженным неврологическим дефицитом.

Результаты и их обсуждение. В дооперационном периоде МГ была обнаружена с помощью КТ исследования головного мозга у 6 (37,5 %) пациентов. У 10 (62,5 %) человек МГ обнаружена только во время операции: у 7 (43,75 %) из них с помощью КТ исследования была обнаружена эпидуральная гематома (ЭГ), у 3 (18,75 %) – внутримозговая гематома (ВГ). Трём пациентам повторно было проведено КТ исследование в дооперационном периоде, но вместо МГ было обнаружено увеличение гематомы, найденной при первом КТ исследовании. У 10 (62,5 %) пациентов МГ была выявлена во время операции.

Внутримозговая и субдуральная гематома (СГ) выявлена у 6 пациентов с МГ (у 3 (50 %) был отрицательный исход), эпидуральная и внутримозговая гематома – у 5 (у 2 (40 %) был отрицательный исход). У 5 пациентов с ЭГ и СГ не было случаев отрицательного исхода. Некоторые пациенты были прооперированы в течение 1–2 ч после поступления, остальные – через 3–24 ч. Среди поступивших через 3–24 ч операции подверглись 4 (80 %) пациента из первой группы (у 1 (25 %) был отрицательный исход), 5 (71,4 %) – из второй группы (у 2 (40 %) был отрицательный исход) и 1 (25 %) из третьей группы (у него был отрицательный исход).

В первой группе 4 (80 %) пациента поступили в первый день травмы, 1 (20 %) – на второй день. Во второй группе 7 (100 %) человек поступили в первый день травмы. В третьей группе 2 (50 %) пациента поступили в первый день травмы, 2 (50 %) – на 2–3-й день. На догоспитальном этапе из этих пациентов не получили лечения 1 (20 %) человек из первой группы, 5 (71,4 %) – из второй (у 2 (40 %) был отрицательный исход), 2 (50 %) – из третьей (у 1 (50 %) тоже был отрицательный исход).

После операции проведено КТ исследование головного мозга у 5 пациентов. Обнаружен остаточной объем удаленной гематомы у 2 (28,6 %) человек из второй группы, положительная динамика была у 1 (20 %) пациента из первой группы, увеличение зоны отека головного мозга и дислокация срединных структур головного мозга – у 1 (25 %) из третьей группы (у него был отрицательный исход), очаг ишемического инсульта у 1 (20 %) человека из первой группы.

Повторно прооперированы 2 (28,6 %) пациента из второй группы. Во время операции произведена резекционная трепанация и устранен остаточной объем удаленной гематомы.

Возникшие после операции осложнения, обнаруженные с помощью КТ, лабораторных, рентгенологических исследований, а также путем патоморфологических исследований мозга умерших, были разделены на две группы: мозговые и немозговые. Кроме перечисленных осложнений, обнаруженных при КТ исследовании головного мозга, очаг энцефаломалиции был выявлен у 1 (20 %) пациента из первой группы, у 2 (28,6 %) – из второй, у 1 (25 %) – из третьей. Все эти пациенты умерли. Из немозговых осложнений пневмония развилась у 1 (6,25 %) человека (у него был отрицательный исход). У 1 (6,25 %) пациента был инфаркт миокарда (он умер). Все пациенты были из третьей группы. Сердечно-сосудистым заболеванием страдало 4 (25 %) человека (у 3 (75 %) был отрицательный исход).

МГ редко встречались у пациентов с изолированной ЧМТ, которые подвергались операции (16 (8,5 %)) и имели отсроченное клиническое течение – при поступлении на стадии клинической компенсации ЧМТ не наблюдались ни у одного больного. Операции проводились пациентам, которые при поступлении находились в стадиях субкомпенсации, умеренной или грубой декомпенсации клинического течения ЧМТ. Клиническое течение тяжелее протекало у лиц пожилого возраста – 60 лет и старше (2 (50 %) чел.). У каждого четвертого больного с МГ отмечался смертельный исход. Исход МГ был более неблагоприятен у больных с внутримозговой гематомой (40–50 %). Сердечно-сосудистые заболевания также отрицательно влияли на лечение (3 (75 %) чел.). В дооперационном периоде МГ выявлен в 6 (37,5 %) случаях, а во время операции – только в 10 (62,5 %). Даже при повторном КТ исследовании, сделанном до операции, невозможно было определить МГ (у 3 (18,75 %) чел.), т. е. вопросы диагностики до сих пор остаются сложной задачей нейрохирургии.

Затягивание сроков операции по разным причинам более чем на 2 ч после поступления пациента отрицательно сказывалось на исходе МГ (25–100 %). При этом следует отметить, что 3 (18,75 %) пациента поступили не в первый день травмы. На догоспитальном этапе отсутствие лечебных мероприятий также отрицательно отразилось на исходе МГ у 40–71,4 % пациентов (у 40–50 % был отрицательный исход). Для повышения эффективности лечения наблюдали за развитием патологических изменений в послеоперационном периоде с помощью КТ исследования головного мозга (5 (31,25 %) чел.). Именно КТ показало наличие различных осложнений – увеличение отека головного мозга, дислокацию его срединных структур (остаточный объем удаленной гематомы, который устранили с помощью резекционной трепанации при повторной операции). Это означает, что костно-пластическая трепанация во время первичной операции не дала возможности для полноценных хирургических манипуляций. Резекционная трепанация, проведенная во время повторной операции, дала такую возможность, а кроме того, являлась способом борьбы с отеком головного мозга. Следовательно, у пациентов с МГ необходимо сделать резекционную краниотомию, что даст возможность более успешно провести хирургические манипуляции и позволит бороться с развитием отека головного мозга.

Кроме вышеперечисленных мозговых осложнений у 20–28,6 % пациентов, поступивших на разных клинических этапах, развивался очаг энцефаломалиции, что приводило к смерти. Во время интенсивной терапии в разные периоды лечения пытались избежать не только мозговых, но и немозговых осложнений, в частности легочных и сердечных (1 (6,25 %) случай, закончившийся отрицательным исходом). Наиболее уязвимы были пациенты, поступившие в стадии умеренной или грубой декомпенсации клинического течения ЧМТ (в стадии грубой декомпенсации поступил 1 (25 %) чел.). У 1 (20 %) пациента, поступившего в стадии субкомпенсации, образовался очаг ишемического инсульта, еще у 1 выявлена положительная динамика при КТ исследовании. У 2 (28,6 %) пациентов, поступивших в стадии умеренной декомпенсации, обнаружен остаточный объем удаленной гематомы.

Выводы

1. МГ редко встречается у пациентов с изолированной ЧМТ, которые подвергаются оперативному вмешательству.
2. Наиболее тяжелое клиническое течение МГ отмечается у лиц пожилого возраста.
3. КТ исследование, сделанное в день поступления, выявляет МГ менее чем в 50 % случаев. В большинстве случаев МГ обнаруживается только во время операции.
4. На исход МГ отрицательно влияют: тяжелое состояние пациентов (при поступлении у них имеются разные стадии декомпенсации клинического течения ЧМТ); наличие сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний; отсутствие терапевтического лечения в догоспитальном периоде; операция, сделанная с опозданием в 2 ч после поступления; развитие мозговых и немозговых осложнений, в частности легочных и очагов энцефаломалиции.
5. Наличие внутримозгового компонента МГ крайне отрицательно влияет на клиническое течение и исход МГ.

Литература

1. Данилов В. // Материалы IV съезда нейрохирургов. М., 2006. – 554 с.
2. Исаков Ю. В. Острые травматические внутричерепные гематомы. М., 1977. – 264 с.
3. Лебедев В. В., Крылов В. В. Неотложная нейрохирургия. М., 2000. – 568 с.
4. Лебедев В. В., Крылов В. В., Соколов В. А., Лебедев Н. // Черепно-мозговая травма. М., 2001. Т. 2. – 523 с.
5. Лихтерман Л. В., Хитрин Л. Х. Травматические внутричерепные гематомы. М., 1973. – 296 с.
6. Потапов А. А. и др. Доказательная нейротравматология. М., 2003. – 517 с.
7. Badikian T. et al. // *Pediatr. Neurol.* 2005. Vol. 33. P. 184–194.
8. Chang E. F., Meeker M., Holland M. C. // *Neurosurgery.* 2006. Vol. 58. P. 647–656.
9. Garner A., Crooks V., Lee A. // *J. Trauma.* 2000. N 4. P. 25–28.

**MULTIPLE HEMATOMA IN PATIENTS WITH ISOLATED TRAUMATIC BRAIN INJURY
AND THE FACTORS INFLUENCING THE OUTCOME OF ITS SURGERY TREATMENT**

Summary

The aim is to study the peculiarities of the clinical course and to identify factors influencing the surgery outcomes of isolated traumatic intracranial multiple hematoma. The retrospective analysis was performed. 188 medical records of patients with isolated traumatic brain injury (ITBI), who were operated in various hospitals of the Republic of Armenia, were studied. Intracranial multiple hematoma (IMH) had two components located directly one above another in two different intracranial spaces – epidural, subdural or intracerebral. It was detected in 16 patients. Conclusions: The surgery of isolated traumatic intracranial multiple hematoma is rare. The clinical course of IMH is most severe in elderly patients. CT scan detects IMH in less than 50 % of cases. IMH is detected during the operation in most of the cases. There are many factors negatively affecting the IMH outcomes. These are the severe state of patients (different stages of clinical decompensation), cardiovascular diseases, the lack of therapeutic treatment in the pre-hospital period, the operation performed with a delay of 2 hours after the patient's reception, the intracerebral component of IMH, the cerebral and extracerebral complications, in particular, encephalomalacia and pulmonary complications.