

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВНУТРИМОЗГОВЫМИ ГЕМАТОМАМИ

Сакович А.В., Цап Н.А., Агеев В.В., Петросян А.А., Муллаяров Р.Ф., Жуков В.А.

Уральская государственная медицинская академия,

Детская городская клиническая больница №9

По медицинскому и социальному значению черепно-мозговая травма (ЧМТ) является ведущим повреждением у детей и занимает 40-50% в структуре всех травм детского возраста. По данным ВОЗ ежегодный прирост ЧМТ составляет 2%.

Одна из наиболее актуальных и спорных проблем детской нейротравматологии -- выбор способа лечения интракраниальных гематом и, в частности, внутримозговых гематом (ВМГ). В прежние годы при отсутствии компьютерной томографии (КТ) головного мозга клинический диагноз внутримозговой гематомы был редок, а лечебная тактика в отношении гематомы была однозначно активной – удаление в наиболее ранние сроки после ее выявления, что не всегда прогнозировало положительный результат.

Впервые проведен анализ диагностической и лечебной тактики 30 детей с внутримозговыми гематомами, находившихся на лечении в детском травматологическом отделении №1 за период с 2002 по 2004 годы. От числа детей с черепно-мозговой травмой тяжелой степени ВМГ составили 21,7%. Пропорция по полу в пользу мальчиков – 21 против 9 девочек. Возрастная градация представлена следующим образом: наибольшую группу (50%) составили дети 7-11 лет (15 детей), в возрасте 12 - 15 лет госпитализировано 9 детей, пациенты до 3-х лет и с 3-х до 6-ти лет составили две меньшие группы (по 3 детей). Ведущими причинами ЧМТ явились ДТП (18 детей - 60%) и падение с высоты (6 детей – 20%), различные по механизму удары по голове получили 6 пострадавших (20%). В ранние сроки - через 1 - 3 часа с момента травмы поступили 13 детей (43,3%). Из городов области были доставлены 17 детей (56,7%) в 1 - 3 сутки после получения травмы врачебной бригадой ЦМК.

Алгоритм диагностических мероприятий у всех пациентов включал оценку общего и неврологического статуса, краниографию, КТ черепа и головного мозга. Степень нарушения сознания характеризовалась в основном комой разной глубины - 19 детей, в сопоре находились 3 детей, в оглушении – 5 пациентов, у 1 ребенка отмечен развернутый «светлый промежуток». ВМГ протекала без нарушения сознания всего у 2 детей. Очаговая неврологическая симптоматика зарегистрирована при первичном осмотре только у трети пострадавших детей.

Внедрение в клиническую практику экстренной и динамической КТ черепа и головного мозга позволило диагностировать не только клинически манифестные, но и бессимптомно протекающие ВМГ, определить их множественность, размеры, локализацию, сроки образования, а также степень воздействия на окружающую ткань и желудочки головного мозга. Появилась возможность динамического наблюдения за эволюцией гематомы. В условиях более четкой визуализации различных характеристик ВМГ перед хирургом возникает проблема выбора – ликвидировать внутримозговую гематому оперативным путем или отказаться от хирургического вмешательства в пользу консервативной терапии.

У наших пациентов ВМГ определялась по данным КТ в виде гиперденсивного образования со средним показателем абсорбции от +64 до +80 Н, округлой формы, с зоной перифокального отека. Кортикально-субкортикальное расположение гематомы диагностировано у 9 детей, субкортикальное – у 7, медиальное – у 2 пациентов. Были визуализированы множественные ВМГ у 12 детей, причем у 2 пациентов имелось сочетание гематом полушарий и мозжечка, у 8 пациентов сочетание ВМГ с оболочечными гематомами. Внутримозговые кровоизлияния (ВЖК) диагностированы у 4 детей. Вдавленный перелом костей черепа установлен у 5 детей с ВМГ, линейные переломы костей свода и основания черепа – у 2 пациентов. Размеры ВМГ варьировали, но в подавляющем большинстве случаев (у 20 детей – 66,7%) диагностированы малые гематомы (максимальный диаметр до 30 мм), средние ВМГ (30-45 мм) установлены у 7 детей (23,3%) и большие ВМГ (диаметр более 45 мм) образовались у 3 детей.

Выбора способа лечения детей с ВМГ базировался на ряде наиболее существенных факторов: объем и локализация гематомы, характер и тяжесть сочетанных повреждений, состояние сознания, выраженность очаговой симптоматики, признаки ущемления ствола мозга и клинической декомпенсации.

Консервативное лечение проводилось 14 пациентам с гематомами малых размеров, которые могут спонтанно рассасываться в течение 2-3 недель. Уровень сознания при поступлении у большинства пациентов (10) кома. Очаговая симптоматика отмечена у 4 детей. Лечение предусматривало купирование отека головного мозга и антиконвульсивную терапию. Умерло 4 ребенка (28,6%), у этих детей течение ЧМГ было осложнено аспирационным синдромом. Шесть детей с ВМГ малого размера оперированы по поводу сонотствующих оболочечных гематом и вдавленных переломов костей черепа. В коме поступили 5 пациентов, очаговая симптоматика отмечена у 1 пациента. Летальность составила 33,3% - 2 ребенка со множественными ВМГ, эпи-, субдуральными гематомами, ушибом гемисферы головного мозга. Сравнительный анализ летальности при ВМГ малых размеров при проведении консервативного или оперативного лечения не показал существенной разницы: погибает треть травмированных детей.

У детей с гематомами средних и больших размеров (10 человек) проводилось оперативное удаление ВМГ. Наличие комы и очаговой симптоматики констатировано у половины детей. Локализация и объем гематомы определяли хирургический доступ и способ ликвидации внутримозгового кровоизлияния.

Декомпрессивная трепанация черепа, пункция гематомы с аспирацией ее содержимого выполнена двоим детям. При проведении динамического КТ-контроля на третьи сутки выявлен рецидив гематомы и вновь больших размеров, что явилось показанием к срочному повторному удалению гематомы. Одному ребенку выполнена трепанация задней черепной ямки, удаление гематомы мозжечка. У 7 детей произведена трепанация черепа, пункция и дренирование полости ВМГ. Дренаж удаляли на вторые сутки при отсутствии патологического отделяемого. Динамический лучевой контроль (КТ) показал положительную динамику в виде значительного уменьшения объема гематомы, уменьшения дислокации срединных структур, отсутствие деформации ликворных пространств. Летальность на уровне 30,0% сформировали рецидивирующие гематомы и гематома мозжечка.

У выживших детей (группы консервативного и оперативного лечения) при динамической томографии через 2-3 недели отмечается уменьшение зоны визуализации и снижение коэффициента абсорбции до +40 - +25 Н. Проведена оценка отдаленных результатов: через 1 - 3 месяца после перенесенной травмы у 3 больных сформировалась посттравматическая киста головного мозга, у 2 детей - умеренная окклюзионная гидроцефалия, у 1 ребенка - хроническая субдуральная гематома, что потребовало реабилитационных комплексных мероприятий.

Наш клинический опыт диагностики и лечения ВМГ позволяет сделать выводы:

- ВМГ являются достаточно частым и тяжелым повреждением у детей
- Диагностика ВМГ затруднена в силу полиморфности клиники, должна базироваться на признаках лучевой визуализации (КТ)
- При малых размерах ВМГ проводится консервативная терапия, оперативное лечение показано при сочетании с оболочечными гематомами и вдавленными переломами
- При ВМГ больше 30 мм показано оперативное лечение – трепанация черепа, пункция, дренирование гематомы
- Летальность при ВМГ остается высокой и зависит, в первую очередь, от величины зоны ушиба головного мозга, наличия сочетанных интра- и экстракраниальных повреждений
- Лечение отдаленных осложнений ВМГ требует повторных оперативных вмешательств