

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НЕЙРОХИРУРГИИ

ПРЯНИЧНИКОВ А.В., КИСЕЛЕВ А.В., ПЬЯНКОВ А.В., МАКАРОВ В.Е.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИСУСТАВНЫМИ ОБОЛОЧЕЧНЫМИ ГЕМАТОМАМИ

Частота внутричерепных оболочечных гематом травматического генеза составляет от 2 до 16,8% [2,4,7]. В связи с высоким уровнем летальности и инвалидизации, хирургия таких гематом остаётся актуальной проблемой [3,5]. Благодаря развитию современных методов диагностики, разрабатываются новые малоинвазивные методы хирургического лечения травматических внутричерепных оболочечных гематом [4,6]. Краниостомия, закрытое наружное дренирование полости гематомы с последующим локальным фибринолизом стрептокиназой [3] является таким методом.

Цель работы. Изучить возможность применения краниостомии, закрытого наружного дренирования полости гематомы с последующим локальным фибринолизом стрептокиназой для лечения больных с травматическими внутричерепными оболочечными гематомами.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и оперативное лечение 17 больных с травматическими внутричерепными оболочечными гематомами методом краниостомии, закрытого наружного дренирования с последующим фибринолизом стрептокиназой, прямого фибринолитика первого поколения. Среди пострадавших было 14 мужчин (82,4%) и 3 женщины (17,7%) в возрасте от 17 до 64 лет (средний возраст $40,3 \pm 12,4$ лет).

Методы исследования включали: изучение анамнеза травмы, тщательный клинико-неврологический осмотр с оценкой уровня сознания по шкале комы Глазго (ШКГ) при поступлении и в динамике, компьютерную томографию (КТ) головного мозга для определения локализации гематомы и её первоначального объёма, а также степени дислокации срединных структур мозга, наличия очагов ушиба, переломов черепа и динамики фибринолиза по изменению объёма гематомы через 24, 48 и 72 часа после операции.

У 11 больных (64,7%) гематомы располагались в эпидуральном пространстве, у 6 (35,3%) пациентов - в субдуральном пространстве.

У 6 больных (35,3%) при поступлении сознание было ясное (15 баллов по ШКГ), у 9 больных (52,9%) наблюдалось угнетение сознания до умеренного или глубокого оглушения (13-14 баллов по ШКГ), у 2 (11,8%) больных наблюдалось угнетение сознания до сопора (10-12 баллов по ШКГ). В неврологическом статусе у всех больных наблюдалась выраженная общемозговая (головная боль, головокружение), умеренная менингеальная (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига), контралатеральная полушарная очаговая неврологическая симптоматика (анизорефлексия, нарушение силы и тонуса мышц конечностей). При офтальмоскопии обнаруживались гипертензионные изменения на глазном дне: венозное полнокровие и начальный застой дисков зрительных нервов. У 3 больных (17,6%) наблюдались клинические признаки дислокации срединных структур мозга (анизокория, парез взора вверх, патологическая симптоматика).

Согласно классификации черепно-мозговой травмы [1], все больные были поделены на 3 группы по объёму гематом: 10 больных – 58,8% с гематомами малого объёма до 50 мл, 6 больных – 35,3% с гематомами среднего объёма 50-100 мл и 1 больной – 5,9% с гематомой большого объёма 120 мл.

В 8 случаях (47,1%) операции проводили по поводу острых эпидуральных гематом в первые трое суток с момента травмы, в 1 случае (5,9%) – по поводу острой субдуральной гематомы на 2 сутки с момента травмы, в 5 случаях (29,4%) – по поводу подострых субдуральных гематом в сроки от 5 до 18 суток и в 3 случаях (17,6%) – по поводу подострых эпидуральных гематом в сроки от 5 до 10 суток.

Методика операции заключалась в следующем. Под местной анестезией с внутривенной седацией пациента, в проекции гематомы (топография уточнялась по данным КТ) накладывалось трепанационное отверстие, через которое вводился силиконовый дренаж в полость эпидуральной или субдуральной (после Т-образного вскрытия твёрдой мозговой оболочки) гематомы.

Дренаж выводился через отдельный кожный разрез, операционная рана ушивалась, шприцем проводилась аспирация жидкой части гематомы. Каждые 6 часов проводилась аспирация лизированной части гематомы, затем вводилось 30000 МЕ стрептокиназы на физиологическом растворе в объёме от 3 до 10 мл. Через 24 часа после первого введения стрептокиназы проводился КТ контроль. В случае если остаточный объём гематомы составлял более 1/3 первичного объёма гематомы, фибринолиз продолжали в течение следующих 24 часов, по истечении которых вновь выполняли КТ головного мозга.

После эвакуации всей лизированной гематомы дренаж удаляли и продолжали консервативную нейровосстановительную терапию. Через 10 дней проводили контрольную КТ головного мозга.

Результаты обсуждения. Из 17 больных, которым выполняли локальный фибринолиз травматических оболочечных внутричерепных гематом, у 16 (94,1%) удалось добиться практически полного фибринолиза и аспирации внутричерепных гематом независимо от их локализации. Различалась лишь продолжительность времени фибринолиза.

В группе больных (6 человек) с подострыми субдуральными гематомами среднего объёма (в среднем $74,5 \pm 13,2$ мл) фибринолиз продолжался 24 часа. У 4 больных с малыми острыми эпидуральными гематомами и у одного – с малой подострой эпидуральной гематомой (в среднем объём гематом составлял $29,2 \pm 10,3$ мл) фибринолиз продолжался также 24 часа. У одного больного с острой эпидуральной гематомой большого объёма (120 мл) и у больного с острой эпидуральной гематомой малого объёма (20 мл) фибринолиз продолжался в течении 48 часов, так как в первые 24 часа было удалено менее половины первоначального объёма гематомы.

На контрольной КТ головного мозга через 48 часов гематом не определялось, дренажи удалены. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии после проведения консервативной нейровосстановительной терапии.

Клиническая симптоматика у больных с подострыми субдуральными гематомами регрессировала в течение 24 часов, а у больных с острыми эпидуральными и субдуральными гематомами сохранялась дольше и регрессировала в срок до 15 суток (у двух – сохранялась лёгкая анизорефлексия).

Средний срок стационарного лечения у больных с благоприятным исходом составил $26 \pm 8,6$ койко-дней, больные выписаны в удовлетворительном состоянии без неврологического дефицита. Инфекционных осложнений, связанных с установкой дренажа и введением фибринолитика не наблюдалось.

Двое больных погибли от полиорганной недостаточности на фоне тяжёлой экстракраниальной патологии. Фибринолиз у первой больной с острой эпидуральной гематомой объёмом 49 мл продолжался 72 часа в связи с медленным лизированием гематомы. Больная страдала церебральной формой рассеянного склероза. Гематома удалена полностью, но исход лечения неблагоприятный – больная погибла на 19 сутки с момента травмы от пневмонии на фоне трахео-пищеводного свища. Второй больной с эпидуральной гематомой малого объёма (22 мл) прооперирован в первые сутки с момента травмы, фибринолиз продолжался 24 часа.

Состояние больного изначально было тяжелым из-за сочетанной травмы, он погиб на 5 сутки от развившегося респираторного дисстресс-синдрома на фоне ушиба легких.

В одном случае после фибринолиза в течение суток у больного с подострой субдуральной гематомой среднего объема наблюдалось кровотечение из мостовых вен, образование острой субдуральной гематомы с дислокацией срединных структур мозга и развитием височно-тенноториального вклинения. Больному была выполнена двухсторонняя декомпрессивная резекционная трепанация черепа, удаление гематомы, но случай закончился летальным исходом.



Рис. 1. КТ больного П. до операции – острая эпидуральная гематома в правой лобно-височной области.



Рис. 2. КТ больного П. через 24 часа после операции и локального фибринолиза – гематома полностью лизирована и удалена.



Рис. 3. КТ больного С. до операции – подострая субдуральная гематома в правой лбно-височно-теменной области.



Рис. 4. Контрольная КТ больного С. через 10 суток после операции и локального фибринолиза в течении 24 часов – гематома полностью лизирована и удалена, дислокация мозга устранена.

Таким образом, результаты лечения больных с травматическими внутричерепными оболочечными гематомами путём применения локального фибринолиза стрептокиназой, нами расцениваются как хорошие в 14 случаях (82,4%).

Заключение. Учитывая полученные результаты, можно сделать вывод, что метод локального фибринолиза может быть эффективно использован для удаления травматических оболочечных гематом у больных в компенсированном состоянии, или в начальной стадии декомпенсации дислокационного синдрома. При этом локализация гематом, их объём и давность образования не оказывает влияния на исход лечения. Поскольку в большинстве случаев получен хороший результат лечения, а длительность фибринолиза не превышала 72 часов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Касумова С.Ю. Патоморфологическая классификация черепно-мозговой травмы [Текст] / С.Ю. Касумова // Классификация черепно-мозговой травмы. / Под ред. А.Н. Коновалова. - М., Медицина, 1992. - С.140-148.
2. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме [Текст] / Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова: В 3-х томах. - М.: Антидор, 2001.
3. Крылов В.В. Показания и противопоказания к применению фибринолитиков в лечении травматических внутричерепных гематом [Текст] / В.В. Крылов, В.В. Лебедев, С.А. Буров, А.Э. Талышов, И.Е. Галанкина // Нейрохирургия. - 2005. - № 3.
4. Лебедев В.В. Неотложная нейрохирургия [Текст]: руководство для врачей / В.В. Лебедев, В.В. Крылов. - М.: Медицина, 2000. - С.506-530.
5. Лихтерман Л.Б. Черепно-мозговая травма: прогноз течения и исходов [Текст] / Л.Б. Лихтерман, В.Ц. Корниенко, А.А. Потапов. - М.: Книга ЛТД, 1993. - 293с.
6. Лихтерман Л.Б. Современные подходы к диагностике и лечению черепно-мозговой травмы и её последствий [Текст] / Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов, А.Д. Кравчук // Вопр. нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. - 1996. - №1. - С.35-37.
7. Непомнящий В.П. Эпидемиология черепно-мозговой травмы [Текст] / В.П. Непомнящий, В.В. Ярцев // Нейротравматология: справочник. - М., 1994. - С.221-223.

***ГЕРАСИМОВА Е.А., **ГЕРАСИМОВ А.А., ИЛЬИНА Е.Н.**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НЕРВОВ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ШВА

**Центр лечения боли,*

***Уральская государственная медицинская академия,*

Восстановление функции кисти, возвращение утраченной трудоспособности в полном объеме пациенту после травмы срединного и локтевого нервов представляет собой сложную задачу. К настоящему времени предложено большое количество способов оперативного восстановления поврежденных периферических нервных стволов [1,2,3,9,10,11,13].

Не менее изученным является вопрос о послеоперационном периоде, когда необходима интенсивная консервативная терапия, направленная на стимуляцию процессов регенерации в нерве [4,6,7]. Актуальность поиска средств повышения эффективности консервативной терапии не уменьшается, несмотря на внедрение новых методов оперативного лечения травм нервов с помощью микрохирургии, лазерной