

П. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯМИ И ПОСЛЕДСТВИЯМИ

Тактика оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста с внутричерепными гематомами

Чурсин С.А., Кузнецова Н.Л., Сакович В.П.

Ни у кого не вызывает сомнения актуальность проблемы лечения внутричерепных гематом. Широкое применение компьютерной томографии позволило диагностировать гематомы в тех случаях, которые еще пять лет назад шли под маской тяжелого ушиба головного мозга, посттравматической энцефалопатии. Больных пожилого и старческого возраста, даже с большими подозрениями на гематомы, старались не обследовать; во-первых: у них не было грубой очаговой симптоматики и дислокационных симптомов, во-вторых: существовало мнение, что операция на черепе после 60 лет - смертный приговор. И поэтому пожилых больных старались не оперировать, как говорится «до последнего», особенно в неспециализированных отделениях. Этот стереотип нужно было сломать.

На IX Европейском съезде нейрохирургов в Москве (1990) принято решение: возраст не является противопоказанием к операции на черепе при сдавлении мозга гематомой, другой вопрос - разрушение мозга или очаги паренхиматозного кровоизлияния. Но одно дело решение съезда, другое - как внедрить это положение на практике? Тем не менее, попытки оперативного лечения начались. Как и прежде результаты были неутешительные. Только теперь понимаем, что нельзя переносить методы и принципы оперативного лечения лиц молодого и среднего возраста на пожилых. Объем операции большой, имели место кровопотеря, продолжительный наркоз. Так называемые ножницы были в том, что никто не отменил большие декомпрессивные трепанации с тотальным удалением внутричерепной гематомы.

В 1994 году на I съезде нейрохирургов России были сделаны доклады Военно-медицинской академии, в частности Щербука Ю.А. о малоинвазивных доступах для удаления травматических гематом.

Надо сказать, что в те годы вся хирургия стала переходить к малоинвазивным доступам. Эта тенденция не обошла и нейрохирургию. И, фактически, операциями выбора у больных пожилого и старческого возраста стали малоинвазивные операции на черепе. Тем более, они узаконены съездом. Теперь мы уже не стали бояться обследовать пожилых на компьютерном томографе в плане предоперационной подготовки, но более того мы стали брать больных из неврологических отделений с внутримозговыми гематомами неясной этиологии, хотя оболочные гематомы чаще травматические. Пришлось пересмотреть механизм травмы.

Целью работы была разработка диагностических и лечебных алгоритмов у больных пожилого и старческого возраста с подострыми и хроническими внутримозговыми гематомами. У пожилых людей не только лечение и клиника внутримозговых гематом отличны, отличается и сам механизм травмы, которая может быть минимальная, а может и вообще отсутствовать. Поэтому многие больные первоначально попадают в неврологические стационары без, казалось бы, травматического анамнеза, следов травмы и парадокс ситуации – после обследования, операции – внутримозговая гематома травматическая! Существует и социальный фактор. Многие до болезни грудоспособны и трудоспособность им нужно восстановить. Не говоря уже о любящих родственниках, которым судьба их бабушек и дедушек не безразлична.

Материал и методы

Работа начата в 1994 году, но надо сказать, что первые малоинвазивные операции сделаны в 1987 году двум больным старческого возраста, отступив от общепризнанных методик больших декомпрессий с тотальным удалением гематом. На мысль о малоинвазивном доступе натолкнуло сообщение об операции на черепе по поводу травматической гематомы президенту США Р. Рейгану. Оба этих больных благополучно выписаны без неврологического дефицита.

Распределение по возрасту:

20 - 30 лет – 3

30 - 40 лет – 8

40 - 50 лет – 32

50 - 60 лет – 81

60 - и старше – 21

Всего – 145.

Максимальный возраст – 87 лет, больной оперирован по поводу

подострой субдуральной гематомы неясной этиологии. Выписан без дефицита.

Распределение по полу:

Мужчин – 107

Женщин – 38

В группе пожилых:

Мужчин – 93

Женщин – 9

Тематическая группа – 102 больных.

Острые внутричерепные гематомы – 66

Подострые – 27

Хронические – 9.

В острых случаях производились все виды операций: КПТ черепа, резекционные трепанации черепа, трепанации. Вся эта группа больных оперирована в первые 3-6 часов после поступления. Из 66 оперированных – погибли 25, из них 12 от осложнений – острые бронхопневмонии, менингоэнцефалиты.

В группе подострых и хронических гематом применялись только малоинвазивные доступы по методикам кафедры нейрохирургии ВМА Щербука Ю.А.

В 8 случаях применялась краниоскопическая техника с использованием холедохоскопа Olimpus c-hfr-10. Диагностика подострых и хронических гематом строилась традиционно – анамнез, клинико-неврологический статус. В этой группе не характерна грубая очаговая симптоматика и дислокационные симптомы.

Всем больным определялся свертывающий потенциал крови – коагулограмма: АЧТВ, АВР, ПТИ, РТ, фибриноген, фибринолиз, тромбоциты, этаноловый тест, тромбозластограмма.

В случаях гипокоагуляции за счет фибринолиза, дефицита факторов протромбинного комплекса, дефицита плазменных факторов, больные направлялись на КТ и в 90% случаях были обнаружены подострые и хронические гематомы. Варианты хирургического лечения зависели от объема и локализации гематом. В послеоперационном периоде проводились лечебные и реабилитационные мероприятия не только в зависимости от вида гематомы и объема оперативного вмешательства, но больше от изменений в свертывающем потенциале крови.

В случаях гипокоагуляции за счет фибринолиза применяли ЕАКК 5%-100,0 0,2 сухого вещества на 1 кг веса в сутки, нами предложена методика по 50,0 х 4 р/сут. Дигинон 250 мг х 4 раза в сутки. Антиферменты: трасилол 200-300 тыс. в/в капельно. В некоторых случаях контрикал, гордокс.

В случаях гипокоагуляции за счет дефицита факторов протромбинного комплекса применяли викасол 30, 40 мг в сутки. В редких случаях дефицита плазменных факторов – СЗП.

Если в случаях подострых гематом дренирование через 2 фрезевых отверстия было идеальным, то в случаях хронических гематом иногда промывной дренаж забивался крупным сгустком, оттока не было, а физиологический раствор продолжал поступать – требовалась активная аспирация, которая могла сорвать тромб и вызвать кровотечение. Нами предложена новая методика оперативного лечения хронических гематом. Размечаются фрезевые отверстия также у полюсов гематомы. Производится КПТ черепа, по возможности максимально отмывается, открыто укладывается промывной дренаж.

Все больные в течение 4 месяцев — года находились под диспансерным наблюдением. Кроме клинико-неврологического осмотра, проводилось исследование свертывающего потенциала крови.

В раннем послеоперационном периоде – 2 осложнения, обе операции по поводу хронических гематом. В первом случае кровотечение по дренажу – ревизия послеоперационной раны. Смерть от отека мозга.

В другом случае показанием к ревизии явилось нарастание неврологической симптоматики – во время удаления капсулы кровотечение, которое остановили лишь эндолюмбальным введением физиологического раствора. Гибель от менингоэнцефалита. Все оперированные по поводу подострых гематом выписаны без дефицита. Но у двух больных рецидивы. Первый умер от сдавления мозга субдуральной гематомой на противоположной стороне через 4 месяца после выписки. У другого больного рецидив гематомы на противоположной стороне через 2 месяца после выписки — от операции отказался.

Выводы

1. Обстоятельства травмы у больных пожилого и старческого возраста с подострыми и хроническими гематомами могут быть минимальными, указание на травму могут отсутствовать вовсе. Большое значение имеет свертывающий потенциал крови с тенденцией к гипокоагуляции.

2. Мужчин в группе пожилых больше в 9 раз.

3. Критерием направления больных пожилого и старческого возраста на компьютерную томографию – являются изменения свертывающего потенциала крови в сторону гипокоагуляции. На это надо опираться больше, чем на очаговую симптоматику.

4. Основной принцип хирургического лечения подострых и хронических гематом у больных пожилого и старческого возраста – субтотальное удаление гематом – перевод гематомы большого объема в гематому малого объема с последующим консервативным лечением, коррекцией гипокоагуляции.

5. При оперативном лечении хронических гематом – применение новой тактики – открытого укладывания промывного дренажа. Данная технология позволяет не удалять капсулу, что доказано работами кафедры нейрохирургии ВМА.

6. В послеоперационном периоде должно проводиться лечение гипокоагуляционного синдрома в зависимости от характера изменений.

7. В течение 4 - 6 месяцев после выписки должно проводиться исследование свертывающего потенциала крови и в случаях гипокоагуляции срочное обследование – компьютерная томография головного мозга.

Литература:

1. Бабиченко Е.И., Гвоздев Ю.Б., Курочкин Г.И. Закрытая черепно-мозговая травма, осложненная внутричерепными кровоизлияниями. – Саратов, 1974.

2. Бабчин И.С. Основы практической нейрохирургии. — Л., 1954.

3. Гайдар Б.В., Шулев Ю.А., Парфенов В.Е. Боевые повреждения черепа и головного мозга. Вопросы нейрохирургии, 1997, № 4, С.46 -49.

4. Зограбян С.Г. Черепно-мозговая травма, 1965.

5. Зотов Ю.В., Щедренок В.В. Ранняя диагностика и хирургическое лечение травматических внутричерепных гематом: Метод. рек. — Л., 1977.

6. Зотов Ю.В., Щедренок В.В. Хирургия травматических внутричерепных гематом и очагов размножения головного мозга. — Л., 1984.

7. Лихтерман Л.Б., Хитрин Л.Х. Травматические внутричерепные гематомы. — М., Медицина, 1973.

8. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д. Хронические субдуральные гематомы. — М., «Антидор», 1997.

9. Руководство по нейротравматологии /Под ред. Арутюнова А.Н.— М., 1978. Ч.1

10. Шамоу В.Н. Закрытые повреждения черепа и головного мозга // Труды I-го съезда хирургов Российской Федерации. — Л., 1959. С. 227 – 235.