



ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УШИБОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Турганбаев Б.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия им И. К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведено эпидемиологическое изучение 2750 больных, лечившихся в лечебных учреждениях г.Бишкек за 2010 - 2011 годы. Распределение очаговых повреждений мозга по доле локализации было следующим: лобная доля - 47,1%, височная доля – 40,6%; теменная доля – 12,6%; затылочная доля и мозжечок – 2,1%. Из них 72 больных были подвергнуты хирургическому лечению, а 44 больных лечились консервативно, включая интенсивную терапию. Предлагается дифференцированный подход в выборе вида лечения ушибов головного мозга.

Ключевые слова: Ушиб головного мозга, ЧМТ

БАШ МЭЭНИН УРУНУСУНУН ООР ДАРАЖАЛАРЫН АНЫКТООНУ ЖАНА ДАРЫЛООНУ ЖАКШЫРТУУ

Турганбаев Б.Ж.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бишкек шаарындагы дарылоо мекемелеринде 2010-2011-жылдары дарыланган 2750 бейтап боюнча эпидемиологиялык изилдөө өткөзүлдү. Баш мээнин урунуусунун жайгашуусу боюнча бөлүнүшү төмөнкүдөй болот: чеке бөлүгү - 47,1%, чыкый бөлүгү – 40,6%; төбө бөлүгү – 12,6%; каракуш бөлүгү– 2,1%. Алардын арасынан 72 бейтап хирургия жолу менен, 44 бейтап консервативдик жол менен дарыланды. Мээнин урунуусун дарылоого дифференциаланган дарылоо жолу сунушталат.

Озоктуу создор: Баш мээнин урунуусу, БМУ

OPTIMIZED DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF SEVERE BRAIN CONTUSIONS.

Turganbaev B.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract:The epidemiological population based study on 2750 patients managed in clinics of Bishkek for the period of time 2010-2011 was performed. Distribution of focal brain injuries on lobar contest was following: frontal lobe – 47.1%; temporal lobe – 40.6%; parietal lobe – 12.6%; occipital lobe and cerebellum – 2.1%. Seventy two patients underwent surgical treatment, forty for were managed conservatively, including intensive care. The differential approach to the choice of severe brain contusion management type is proposed.

Key words: brain contusions, KBI

Травматические повреждения головного мозга являются одним из лидирующих причин смертности и инвалидизации лиц молодого и среднего возраста, что делает их социальной и экономической проблемой в мире, и в частности в России и Кыргызстане. Частота черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в разных странах колеблется от 2 до 4,5 на 1000 населения, а смертность – от 8 до 11-12 на 100000 населения. В нашей республике эти цифры находятся в верхних пределах (4 и 11соответственно). Среди причин ЧМТ доминируют дорожно-транспортные происшествия, падения и нападения, которые по нашим данным занимали 70% тяжелых ЧМТ [1-9].

При черепно-мозговой травме в первую очередь необходимо установить механизм повреждения, распространенность и степень поражения мозга и черепа. Если это все будет выявлено достаточно рано, то можно избежать многих проблем и возможно проводить первоочередные лечебные мероприятия, которые предотвратят развитие обширных и необратимых поражений головного мозга. Оценка травмы мозга и первично изначальное лечение следует начинать уже на месте получения, на пути следования в стационар. Самое главное правильно направить в соответствующий, а лучше в специализированный, стационар для дальнейшего дообследования и лечения.

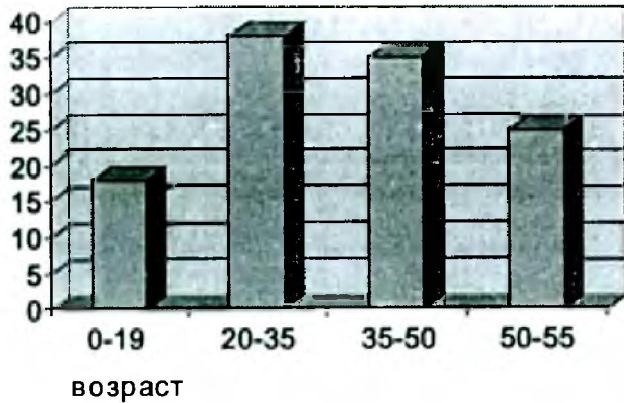


Рис.1. Распределение больных по возрасту.

Выбор метода диагностики даже в специализированном лечебном учреждении зависит от нескольких факторов, включающих доступность, быстроту исследования, диагностическую информативность, стоимость и, немаловажно, состояние больного.

Например: Исследование больного гематомой на КТ или МРТ займет больше времени, включая анестезиологическое пособие, тем более, что в наших условиях эти аппаратуры расположены на расстоянии от 3-х до 5 километров от клиники нейрохирургии. Возможное промедление лечебной тактики для таких больных грозит опасностью развития многих грозных осложнений, а порой это даже может стоить жизни пострадавшего. При любых ситуациях самым главным является тщательная общеклиническая и неврологическая оценка за состоянием больного, а потом решать применять ли какое либо диагностическое обследование, порой даже обзорную рентгенографию черепа, либо сразу приступить хирургическим вмешательствам.

Проведено эпидемиологическое изучение 2750 больных лечившихся в лечебных учреждениях г.Бишкек за 2010 и 2011 годы. Из них проанализировано 116 комплексно обследованных и верифицированных больных тяжелой черепно-мозговой травмой.

Критериями отбора тяжелых больных служили данные комплексного клинического и неврологического обследования, включая КТ и МРТ исследования головного мозга, а также операционные находки, свидетельствовавшие о том, что ведущими факторами тяжелой ЧМТ являлись очаги различного размера и степени

ушиба головного мозга (87 наблюдений) или внутричерепные гематомы (29 наблюдений).

Распределение пострадавших по возрасту было достаточно типичным для черепно-мозговой травмы (Рис.1), как и соотношение мужчин и женщин (3,5:1), которые почти соответствуют данным многих авторов [1-9].

Нами выявлено четкое преобладание очаговых повреждений головного мозга различной степени тяжести на стороне приложения ударного механизма (67%) над противоударным (33%). Распределение очаговых повреждений мозга по долевой локализации было следующим: лобная доля - 47,1%, височная доля - 40,6%, теменная доля - 12,6%, затылочная доля и мозжечок - 2,1%. Многие ушибы долей больших полушарий сочетались с ушибами ствола головного мозга, которые подтверждены клинически и компьютерно-томографически.

72 больных были подвергнуты хирургическому лечению, а 44 больных лечились консервативно, включая интенсивную терапию. У них изучена клиническая и компьютерно-томографическая трансформация очагового поражения - ушибы, разможжения и гематомы вещества головного мозга, которые можно представить следующим образом:

- нарастание перифокального и долевого отека - 2-6 суток.
- расширение очагов ушиба и размягчения до 7-9 суток.
- регресс внутричерепной гипертензии - 3-4 недели
- регресс менингеальных симптомов и санация ликвора - 2-3 недели
- полная или значительная нормализация неврологического и психического статуса - 5-7 недель.
- переход из гипертенсивной фазы гематомы или геморрагического очага ушиба в изоденсивную - 3-4 недель.
- переход их из изоденсивной фазы в гиподенсивную - 4-5 недель
- резорбция гематомы с последующим изменением в кистозную полость - 2-3 месяца.

Результаты лечения при тяжелых травматических очаговых повреждениях головного мозга обеих групп больных приведены



Результаты лечения при тяжелых очаговых повреждениях головного мозга

Результаты	Оперированные	Неоперированные
	Абс (%)	Абс (%)
Хорошее восстановление	21 (29,9)	21 (52,3)
Умеренная инвалидизация	23 (32,1)	13 (30,0)
Группа инвалидизация	15 (20,1)	4 (9,2)
Вегетативный статус	3 (4,0)	1 (2,3)
Смерть	10 (13,9)	3 (6,8)
Всего:	72 (100%)	44 (100%)

в таблице 1.

Таким образом, исходы тяжелых ушибов головного мозга и даже некоторых видов травматических гематом в зависимости от характера лечения заставляет нас изменить существовавшие мнения об активном хирургическом лечении ушибов головного мозга, особенно при сочетании их с внутричерепными гематомами. Вместе с тем отмечено, что наши наблюдения показали значительные возможности и эффективности медикаментозного воздействия при тяжелых очаговых повреждениях вещества головного мозга.

Нам хорошо известно, что тяжелые ушибы мозга с размождением, как и внутричерепные гематомы, всегда соблазнительные для оперативного вмешательства, при этом, несомненно, есть травматически-хирургический субстрат и операция всегда оправдывается. Но при этом, как правило, пострадавшие, если они лечились оперативно, часто переносят хирургическую агрессию и при этом подобное вмешательство не избавляет больного от неизбежных неврологических последствий и морфологических, а также структурных проявлений очаговых повреждений вещества головного мозга. Вместе с тем хирургическое вмешательство нередко влечет за собой дополнительную травматизацию мозга, особенно при радикальном удалении очагов разможения. Выдвинутая ранее концепция об «удалении очага ушиба головного мозга в пределах здоровых тканей» нам уже кажется не совсем уместной, поскольку последние экспериментальные и клинические исследования доказали значительную пластичность мозговой ткани.

Вышеописанные предпосылки и полученные нами и другими авторами результаты обосновывают тенденции к расширению показаний к консервативному

ведению пострадавших с тяжелыми очаговыми повреждениями вещества головного мозга.

Результаты предварительных изучений показали, что до определенных пределов консервативное лечение лучше способствует разворачиванию саногенных механизмов и компенсаторных возможностей пострадавшего мозга, чем хирургическое вмешательство. Об этом свидетельствовали данные динамического клинического, неврологического наблюдения и КТ, МРТ мониторинга за состоянием больных, перенесших тяжелые очаговые повреждения мозга. Для этого необходимо:

1. Предусмотреть показания для хирургического лечения:

- стойкое пребывание пострадавшего в фазе глубокой клинической декомпенсации;
- состояние сознания в пределах сопора или комы
- выраженные клинические признаки дислокации ствола головного мозга;
- объем очага разможения или гематомы по данным томографии более 415-50 см³

2. Предусмотреть показания для консервативного лечения:

- пребывание пострадавшего в фазе субкомпенсации или умеренной клинической декомпенсации;
- состояние сознания в пределах умеренного и глубокого оглушения;
- отсутствие выраженных клинических и томографических дислокаций срединной линии и ствольных структур головного мозга;
- объем очага разможения и гематом менее 45-50 см³ и диаметр гематомы менее 4 см, особенно глубинной их локализации.

Следует помнить, что значительная часть второй группы пострадавших относится к так называемой группе риска. Они требуют целенаправленной интенсивной терапии при



мическом, клиническом наблюдении возможно с повторными томографическими исследованиями.

Анализ результатов наблюдения за пострадавшими с тяжелыми травматическими очаговыми повреждениями головного мозга последние 2 года показал, что если придерживаться более строго предложенных критериев дифференцированного лечения можно получить более хорошую и положительную динамику результатов консервативного лечения, даже якобы по прежним представлениям подлежащих к хирургическому лечению.

Таким образом, разработка критериев дифференцированного лечения больных с тяжелыми травматическими очаговыми повреждениями вещества головного мозга способствует улучшению исходов и расширяет сферу консервативного лечения пострадавших с тяжелыми очаговыми повреждениями головного мозга.

Литература:

1. Благодатский М.Д. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том I / Под редакцией акад. РАМН. А.Н. Коновалова, проф. Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. - М: Антидор, 1998 - 550 с.

2. Гайтур Е.И. Вторичные механизмы повреждения головного мозга при черепно-мозговой травме (диагностика, тактика, лечения и прогноз): Дисс. ... д-ра мед. наук. - М.: 1999. - 229 с.

3. Карабаев И.Ш., Камалов К.У., Поддубный А.Б. Анализ типичных ошибок в диагностике, тактике и хирургического лечения тяжелой черепно-мозговой травмы // III съезд нейрохирургов России.- Санкт-Петербург, 2002. - С. 27-28.

4. Комарницкий С.В., Полищук Н.Е., Литвиненко А.Л. Некоторые факторы определения исхода у больных с травматическими сдавлениями головного мозга // III съезд нейрохирургов России. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 36.

5. Коновалов А.Н., Карпенко В.Н., Пронин И.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. - М. Видар: 1997. - С. 471.

6. Лихтерман Л.Б., Корниенко В.Н., Потапов А.А. Черепно-мозговая травма: прогноз, течение и исходы. - М.: Книга ЛТР, 1993. - 309 с.

7. Мамытов М.М., Ырысов К.Б. Черепно-мозговая травма - как нейрохирургическая проблема // Здоровоохранение Кыргызстана.- 2006, №2. - С. 45-52.

8. Ходиев В.Э. Клинико-компьютерно-томографическое изучение отека головного мозга у нейрохирургических больных // Дис. ... канд. мед. наук.- М., 1986.- 188 с.

9. Adams JH, Graham DI, Jennett B. The structural basis of moderate disability after traumatic brain damage // J Neurol Neurosurg Psychiatry.-2001 Oct; 71 (4): 521-4.

10. Ырыскелди 0707 -11-06-06