

СУБДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Сулайманов М.Ж., Байматов А.А., Мендибаев К.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Национальный госпиталь при МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Своевременная и правильная диагностика субдуральной гематомы (СГ) и выбор метода хирургического лечения - являются одним из ведущих звеньев в исходе их лечения. В работе представлены результаты обследований 67 больных с СГ с разным течением. Хирургические вмешательства у больных с хроническими СГ произведены у 59 больных. По результатам работы из них 36 больным проведена операция удаление хронической СГ через фрезевое отверстие и 17 больным костно-пластическая трепанация черепа(КПТЧ), 6 больным резекционная трепанация черепа(РТЧ) с удалением СГ. Эти оперативные вмешательства обеспечивают быстрое выздоровление и высокое качество жизни оперированных пациентов, с правильно выбранной хирургической тактикой и выполненными технически грамотно.

Ключевые слова: Хроническая субдуральная гематома, фрезеотомия, костно-пластическая трепанация черепа, резекционная трепанация черепа.

SUBDURAL HEMATOMA: THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF METHODS OF SURGICAL TREATMENT AND THEIR RESULTS

Sulaimanov M. Zh, Baymatov A.A., Mendibaev K.T.

The Kyrgyz state medical academy of a name of I.K.Ahunbaev, National hospital at Ministry of Health of Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan

The resume. Timely and accurate diagnosis at subdural hematoma and choice of the method of surgical treatment - are the leading links of treatment. We have shown the results of observation of 67 patients with hematoma of different course. Surgery has been done for 59 patients with chronic subdural hematoma. As a result of our work surgery of removal chronic subdural hematoma through cutting aperture has been done for 36 patients and bone-plastic cranial trepanation has been done for 17 patients. Resecting cranial trepanation with removal of subdural hematoma has been done for 6 patients also. These kinds of surgery guarantee of life of the patients who are operated by means of accurate surgical technique.

Keywords: Chronic subdural hematoma, cutterotomy, bone-plastic cranial trepanation, resecting cranial trepanation.

СУБДУРАЛДЫК ГЕМАТОМАЛАР: ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН ТҮРЛӨРҮ ЖАНА АЛАРДЫН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫН САЛЫШТЫРУУ

Сулайманов М.Ж., Байматов А.А., Мендибаев К.Т.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталы, Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду. Өз убагында жана туура аныкталган субдуралдык гематомалар жана хирургиялык дарылоонун түрүн тандоо – дарылоонун жыйынтыгындагы алдыңкы максаттардын бири болуп саналат. Бул иште 67 субдуралдык гематоманын ар кандай түрү менен ооруган бейтаптын дарт аныкталуусу жана алардын жыйынтыктары келтирилген. Хирургиялык дарылоо субдуралдык гематома менен ооруган 59 бейтапка жасалган. Бул иштин жыйынтыгы боюнча 36 бейтапка субдуралдык гематома фрезалык жол аркылуу алынган, 17 бейтапка сөөк-пластикалык баш трепанациясы аркылуу, жана 6 бейтапка резекциялык баш трепанациясы аркылуу алынган. Бул хирургиялык дарылоо бейтаптардын тезирээк сакайышына жеткирет, эгерде хирургиялык ыкма туура тандалып жана туура аткарылган болсо.

Негизги сөздөр: Хроникалык субдуралдык гематома, фрезеотомия, сөөк-пластикалык баш трепанациясы, резекциялык баш трепанациясы.

Актуальность проблемы. Наиболее часто идентифицируемая причина хронической СГ - травма головы, хотя у 25-50% пациентов травма в анамнезе отсутствует [6, 10, 13]. Патогенез СГ полностью не изучен. СГ образуется часто в связи с разрывом пиаальных вен головного мозга, повреждением синусов твердой мозговой оболочки, повреждением корковых артерий и вен мозга [7, 16].

На изолированные СГ приходится примерно 2/5 от общего количества внутрочерепных кровоизлияний, они занимают первое место среди различных видов гематом [7]. В общей структуре черепно-мозговой травмы СГ резко преобладают у мужчин по сравнению с женщинами (3:1). СГ встречается во всех возрастных категориях – от младенцев до стариков, всё же гораздо чаще у лиц старше 40 лет. В общей сложности, частота хронической СГ составляет 1-2 случая на 100 000 населения в год [3, 5, 15].

Клинические проявления хронической СГ часто неспецифичны, чрезвычайно вариабельны, наряду с их величиной, источником кровотечения, темпом образования и другими факторами, что затрудняет их клиническую диагностику [7, 10].

Применение компьютерной томографии (КТГ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) коренным образом изменило возможность топической диагностики хронической СГ, особенно на ранних стадиях заболевания. До широкого распространения КТГ более чем у 30% пациентов хроническая СГ диагностировалась при патологоанатомическом исследовании [10, 11].

Вопрос о выборе тактики лечения больных с хронической СГ в настоящее время остается дискуссионным. На выбор хирургом тактики и метода лечения влияет большое число факторов: объем, локализация и течение СГ. Также немаловажное значение имеют оснащение стационара диагностическим оборудованием, традиции отделения и личный опыт хирурга [2].

Известны малоинвазивные способы удаления ХСГ через фрезевое отверстие с последующим длительным приточно-отточным дренированием субдурального пространства или при помощи наложения контрапертуры на границе удаляемой гематомы. Фрезевое отверстие, накладывается в месте наибольшей толщины гематомы

с удалением жидкой части. Операция производится под местной анестезией + нейлолептоанелгезия [1, 2, 4, 10, 11].

В 1925 г. Putnam и Cushing для адекватного доступа к плотным компонентам при СГ и надёжного гемостаза рекомендовали стандартную костно-пластическую трепанацию черепа (КПТЧ). Размер и локализации КПТЧ зависит от протяженности СГ и ее расположения [10, 11]. Большинство авторов не нашли разницы в результатах, между краниотомией с мембранэктомией и удалением только жидкой части хронической СГ [3, 10, 11]. При не возможности проведения КПТЧ, производится резекционная трепанация черепа (РТЧ). К факторам предпочтения РТЧ можно отнести – перелом кости черепа со смещением костных осколков в области трепанации, не достаточное оснащение операционного блока специальным оборудованием и инструментарием [12, 14]. В последнее время с целью удаления многокамерных СГ используется эндоскопическая нейрохирургия [8].

Тем не менее, важно заметить, что адекватные контролируемые рандомизированные исследования, сравнивающие достоинства и недостатки перечисленных выше методов, до сих пор не проводились [9, 15, 16].

Цель исследования: Провести анализ тактики и методов хирургического лечения из результатов у больных с СГ в зависимости от фазы клинического течения, локализации и объема гематомы.

Материалы и методы исследования. В данной работе представлены результаты клинического и инструментального обследования и лечения 67 больных с СГ, находившихся на стационарном лечении в нейрохирургическом отделении №1 и №2 Национального госпиталя при МЗ КР за 2008-2009 годы.

Возраст больных варьировал от 16 до 80 лет, средний возраст больных составил $45,0 \pm 6,0$ лет. Из них 42 (62,5%) пациента были старше 40 лет. Мужчин было 58 (86,6%) больных, женщин – 9 (13,4%) больных, соотношение в среднем 6:1. Сроки развития субдуральной гематомы до оперативного лечения были от 2 дней до 3 месяцев. С острой СГ до 3 дней – поступили 4 (6,0%) больных, с подстрой СГ до 14 дней – 17 (25,4%) больных, и с хронической СГ сроком больше 14 дней до 3 месяцев – было 46 (68,7%) больных.

В большинстве случаев (61,4%) больные с СГ обратились с синдромом внутричерепной гипертензии, выраженными головными болями, тошнотой, позывами на рвоту. С пирамидными нарушениями в виде гемисимптоматики поступили (32,2%) больных; с эпилептиками (5,3%) больных; с нарушением зрения (1,2%) больных. Из 67 больных 58 (86,6%) поступили после черепно-мозговой травмы различного генеза. Ос-

тальные больные в анамнезе отрицают черепно-мозговую травму, 8 (11,2%) больных страдают гипертонической болезнью, 1 больной – поступил вследствие разрыва артериальной аневризмы.

Основными методами диагностики, помимо неврологического осмотра, были КТГ головного мозга - 32 (47,8%) больных, а также МРТ головного мозга - 35 (50,7%) больных (рис. 1).



Рис. 1. КТГ больного с хронической СГ левого полушария головного мозга с дислокацией мозга и деформацией левого бокового желудочка мозга

При обследовании односторонняя субдуральная гематома диагностирована - у 54 (80,4%) больных, двухсторонняя субдуральная гематома - у 13 (19,4%) больных. В стадии клинической компенсации поступило 37 (55,0%) больных - 13-15 баллов по шкале комы Глазго (ШКГ); в стадии субкомпенсации - поступили 23 (34,0%) больных - 9-12 баллов по ШКГ; в стадии декомпенсации - поступили 7 (11,4%) больных - 4-8 баллов по ШКГ.

Боковая дислокация мозга была от 4 мм до 17-18 мм, в среднем 11-12 мм, аксиальная дислокация наблюдается у 11 больных, в тенториальное отверстие (щель Биша) медиальных участков гиппокамповой извилины, отчасти переднего отдела язычной извилины, переднебоковое расположение, от 3 до 7 мм, в среднем до 4 мм. Другие виды дислокации (вклинение миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие, смещение моста мозга через отверстие намета мозжечка) у обследованных больных не наблюдалось.

С небольшим объемом гематомы - толщиной не более 7-8 мм и боковой дислокацией не более 4-6 мм, без признаков очаговой симптомати-

тики поступили 8 больных, которым проведено консервативное лечение.

Хирургическое вмешательство проведено 59 (88,1%) больным, 72 операции. Из них 46 (78,0%) больным произведена операция с одной стороны головы. 12 (22,0%) больным - оперативное вмешательство проведено с двух сторон. Операция произведена 3 способами трепанации черепа с целью удаления субдуральной гематомы головного мозга. В большинстве случаев 35 (66,7%) больным произведена операция - фрезеотомия черепа с длительным (3-5 дней) отточным дренированием субдурального пространства. КППЧ с удалением СГ и части капсулы гематомы произведена 17 (23,6%) больным. РТЧ с удалением СГ произведена 7 (11,8%) больным, в связи с наличием перелома костей свода черепа.

Результаты и их обсуждение: Больным, которым проведено консервативное лечение с применением сосудорасширяющих, дегидратирующих, противоотечных, ноотропных препаратов выписаны домой с улучшением состояния, без осложнений.

Операция - фрезеотомия с удалением СГ и длительным дренированием субдурального пространства в течение 3-5 дней и промыванием каждый день физиологическим раствором произведена 35 больным. 24 (68,5%) больным произведена фрезеотомия черепа с одной стороны с удалением СГ, 11 (31,4%) больным произведена фрезеотомия черепа с обеих сторон с удалением двухсторонней СГ. Операция произведена в большинстве случаев 85% под местным обезболиванием и нейролептоаналгезией, продолжительность операции составила 25-40 минут. После операции фрезеотомии в остром периоде СГ у 5 больных по поводу рецидива гематомы произведена повторная операция КППЧ - 3 больным и РТЧ - 2 больным с удалением рецидива гематомы. У 1 больного развился вторичный менингоэнцефалит, которому проведена антибиотикотерапия в течение 23 дней.

Операция КППЧ с целью тотального удаления жидкой части и сгустков субдуральной гематомы с тщательным гемостазом и частичным удалением капсулы произведена 17 больным (28,8% от всех оперированных пациентов по поводу СГ). Операцию производили под общим фторотановым интубационным наркозом, продолжительность операции составила 2-2,5 часа. После операции КППЧ рецидивов гематомы не наблюдалось.

После травмы с субдуральными гематомами, с переломами свода черепа, со смещением отломков наблюдались 7 больных, которым произведена РТЧ с удалением костных отломков, эпидуральной и субдуральной гематом с последующим дренированием субдурального пространства в течение 2-3 дней. Одному больному проведена двухсторонняя РТЧ с удалением СГ с обеих сторон в подостром периоде черепно-мозговой травмы. Операция произведена под общим фторотановым интубационным наркозом. После операции РТЧ у больных осложнений не отмечалось, раны заживали первичным натяжением. Всем больным рекомендовано - повторная операция через 6 месяцев с целью пластики дефекта черепа.

В стационаре больные находились от 2 до 36 койко-дней, в среднем 13,4 койко-дней. После фрезеотомии с удалением гематомы больные в среднем находились в стационаре 9,6 койко-дней, после КППЧ и РТЧ в среднем находились 14,4 койко-дней.

После операции в удовлетворительном состоянии выписаны 45 (76,2%) больных, с восстановлением трудоспособности 70 - 80%, с остаточными явлениями (в виде гемисимптоматики, элементами нарушения речи, признаками психомоторных изменений) - 8 (13,5%) больных, с грубыми остаточными явлениями - 4 (6,7%) больных. Умерли 2 больных на 2-3 сутки после операции фрезеотомии с удалением СГ, оба больных поступили в стационар в стадии декомпенсации, по шкале комы Глазго (ШКГ) 3-5 баллов.

Состояние больных после операции на ближайшие 10-14 дней разделены на 3 группы:

I группа - это пациенты выписанные домой в удовлетворительном состоянии (с восстановлением трудоспособности 70-80%).

II группа - это пациенты выписанные домой с остаточными явлениями (элементы двигательных нарушений, элементы нарушения речи, признаками психомоторных изменений).

III группа - это пациенты выписанные домой с грубыми остаточными явлениями (грубые нарушения психики, с двигательными нарушениями, постоянно нуждаются в постороннем уходе).

После фрезеотомии с удалением СГ поступившие в стадии компенсации 17 (48,5%) больных, из которых при выписке к I группе относились 14 больных, ко II группе 3 больных, умерших не было, с вторичным менингоэнцефалитом один больной получил курс антибиотикотерапии; в стадии субкомпенсации 14 (40%) больных, из них при выписке к I группе относились 13 больных, ко II группе 1 больной; в стадии декомпенсации 3 (8,5%) больных, из них 1 больной отнесен к III группе, 2 больных умерли

После операции КППЧ с удалением СГ 17 больных, из которых поступившие в стадии компенсации 9 (52,9%) больных, при выписке все больные в удовлетворительном состоянии, то есть все отнеслись к I группе; в стадии субкомпенсации поступили 7 больных, при выписке из них к I группе 5 больных, ко II группе 2 больных; в стадии декомпенсации поступил 1 больной, выписан с грубыми остаточными явлениями, то есть относился к III группе; умерших не было.

Операция РТЧ с удалением СГ произведена 7 больным, из которых в стадии компенсации поступили 3 больных, при выписке один больной относился к I группе, один больной к II группе, и третий больной с грубыми остаточными явлениями

ями, т.е. к III группе; в стадии субкомпенсации поступили 2больных, оба больные выписаны в удовлетворительном состоянии (I группа); в ста-

дии декомпенсации 2 больных, из них при выписке один относился к II группе, один больной к III группе; умерших не было.

Таблица 1.

Состояние больных при выписке в зависимости от степени компенсации и способы операции (цифрами указаны количества больных)

Стадии компенсации	Методы операции	I группа			II группа			III группа			умер		
		Фрезеотомия	КПТЧ	РТЧ	Фрезеотомия	КПТЧ	РТЧ	Фрезеотомия	КПТЧ	РТЧ	Фрезеотомия	КПТЧ	РТЧ
		45			8			4			2		
В стад. компенсации	30	14	9	1	3	-	1	1	-	1	-	-	
В стад. суб компенсации	23	13	5	2	1	2	-	-	-	-	-	-	
В стад. де компенсации	6	-	-	1	-	-	1	1	1	-	2	-	

Поступившие больные в стадии компенсации и субкомпенсации не зависимо от способа операции после удаления СГ в большинстве случаев 82,3 - 90,5% выписаны с улучшением и восстановлением трудоспособности. После фрезеотомии с удалением СГ в стадии декомпенсации исход чаще не благоприятный. После КПТЧ и РТЧ с удалением СГ, поступившие больные в стадии декомпенсации результат 1:1, 45-50% больных выписываются с улучшением и около 50-55% больных с остаточными явлениями.

В остром периоде субдуральной гематомы поступили 9 больных, 8 из них получили консервативное лечение, одному больному произ-

ведена операция КПТЧ с удалением субдуральной гематомы в стадии декомпенсации, после операции состояние больного оставалось тяжелым, был выписан домой с грубыми остаточными явлениями (III группа).

Операция фрезеотомия с удалением СГ произведена 35 больным, в подостром периоде СГ 6 больным, в хроническом периоде произведено операция 29 больным. Из них 27 пациентов выписаны в удовлетворительном состоянии (I группа) на 8-9 сутки после операции, которые поступили в стадии компенсации и субкомпенсации, 4 больных выписаны с остаточными явлениями (II группа), 2 больных с грубыми оста-

точными явлениями (III группа) и 2 больных умерли, которые поступили в стадии декомпенсации.

Операция КППТЧ с удалением СГ проведена 16 больным, в подостром периоде произведено 5 больным, в хроническом периоде 11 больным. Из них 14 больных выписаны домой в удовлетворительном состоянии (I группа) на 11-14 сутки после операции, 2 больных с остаточными явлениями (II группа).

Операция РТЧ с удалением СГ проведена 8 больным, в подостром периоде 4 больным, в хроническом периоде также 4 больным. Из них в удовлетворительном состоянии выписаны 5 больным (I группа), 2 больным с остаточными явлениями (II группа), 1 больной с грубыми остаточными явлениями (III группа), которые поступили в стадии декомпенсации.

Таблица 2

Состояние больных при выписке в зависимости от формы течения субдуральной гематомы и способов операции (цифрами указаны количества больных)

Формы течения СГ	Методы операции	1 группа			2 группа			3 группа			умер		
		Фрезеотомия	КППТЧ	РТЧ	Фрезеотомия	КППТЧ	РТЧ	Фрезеотомия	КППТЧ	РТЧ	Фрезеотомия	КППТЧ	РТЧ
Острый период	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Под острый период	15	6	3	2	-	2	2	-	-	-	-	-	-
Хронический период	43	21	11	2	4	-	-	2	-	1	2	-	-

В остром и подостром периоде СГ по нашим наблюдениям во время операции методом фрезеотомии полностью удалить гематому не удавалось. Результаты после операции КППТЧ и при необходимости РТЧ состояние больных зависело от стадий компенсации; поступившие больные в стадии компенсации и субкомпенсации после операции выписаны в удовлетворительном состоянии, больные поступившие в стадии декомпенсации выписаны в большинстве случаев с остаточными явлениями.

По нашим наблюдениям, в хроническом периоде СГ не зависимо от способа операции, послеоперационный результат в среднем выходил одинаковый. Операция фрезеотомия проводится под местным обезболиванием и нейролеп-

тоаналгезией, продолжительность операции составила 25-40 минут, операция КППТЧ и РТЧ проводится под общим фторотановым интубационным наркозом и длится около 1,5 – 2,5 часа. Восстановительный период больных после операции фрезеотомии быстрее и выписываются на 8 – 9 сутки после операции, чем после КППТЧ и РТЧ.

Выводы:

1. При небольших объемах СГ с отсутствием дислокации головного мозга оптимальным вариантом является консервативное лечение.

2. Дифференцированный подход к оперативному лечению СГ позволяет оптимизировать результаты лечения.

3. В остром периоде СГ оптимальным вариантом является - КППЧ с удалением жидкой части и сгустков гематомы и тщательный гемостаз источника кровоизлияния.

4. Минимально инвазивное хирургическое лечение ХСГ позволяет существенно сократить длительность операции, уменьшив материальные затраты и сроки пребывания больных в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ахмедов А. Чобулов А., Рахманов Х., Хусаинов Э., Муродов Р.М. Минимально инвазивная хирургия в лечении хронической субдуральной гематомы. // IV съезд нейрохирургов России. Матер.съезда. Москва 2006г. 319с.
2. Ахмедов Э.А. Касумов Р.Д. Берснев В.П. Дифференциальная тактика хирургического лечения травматических хронических субдуральных гематом. // «Поленовские чтения». Материалы всероссийской научно-практической конференции – Санкт-Петербург. 2009г. 36ст.
3. Данилов В.И., Мартыненко С.Н., Исмагилов М.Ф. Внутричерепные нетравматические кровоизлияния // Неврологический вестник. - 2001. - Т. XXXIII, вып. 3-4.- с 61-70.
4. Дорош К., Нудное //., Кипарисова Ф., Кузьменко В., Кошелева П., Резван А. Сравнительная характеристика способов удаления хронической субдуральной гематомы. // IV съезд нейрохирургов России. Матер.съезда. Москва 2006г 327с.
5. Исаков Ю.В. Острые травматические внутричерепные гематомы.- Москва, Медицина, 1977.- 262с.
6. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия.- Москва, Медицина, 2000.- с223-226.
7. Лихтерман Л.Б., Хитрин Л.Х. Травматические внутричерепные гематомы. – Москва, Медицина, 1973.- 295с.
8. Карахан В.Б. Диагностическая и оперативная внутричерепная эндоскопия: Автореф. дисс. докт. мед. наук.- Москва, 1989. - 32с.
9. Морозов С.А., Кондаков Е.Н. Эндокраниоскопия в хирургии хронических субдуральных гематом // Мат. V межд. симп.: Повреждения мозга. – Санкт-Петербург, 1999.- С. 248-250.
10. Нейротравматология. Справочник. // Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. Москва, Вазар-Ферро, 1994.- с.199-201.
11. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство. / Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова.- II т.- Москва, Антидор, 1998.- с. 315-322.
12. Пурас Ю.В., Талыпов А.Э., Крылов В.В. Критерии выбора способов трепанации черепа у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой. Мед. катастроф. 2008; 1: 32–8.
13. Травматические оболочечные гематомы // Руководство по нейротравматологии / Под ред. А.И.Арутюнова. – Москва, 1978. – с. 377-399.
14. Ёрысов К.Б. Идирисов А.Б. Мамытов М.М. Хирургическое лечение острых травматических внутричерепных гематом и факторы, влияющие на их исходы. // «Поленовские чтения». Материалы всероссийской научно-практической конференции – Санкт – Петербург. 2009г. 81ст.
15. Aoki N., Sakai T., Oikawa A. Acute subdural hematomas successfully treated de percutaneous subdural tapping in an elderly patient.- Acta Neurochir.- 1991.- Vol. 111.- P. 132-134.
16. Svien H.J., Gelety J.E. On the surgical management of encapsulated subdural hematoma: a comparison of the results of membranectomy and simple evacuation // J. Neurosurg.- 1964.- N. 21.- P. 172–177.