

В.М. Ланецкая, Г.М. Бачурин
ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОНТУЗИОННЫХ
ОЧАГОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГУЗ «ВОКБ № 1» г. Воронеж

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) в силу своей тяжести занимает первое место по летальности и инвалидизации среди лиц трудоспособного возраста. Последние десятилетия отмечено стремительным ростом числа пострадавших (по данным ВОЗ - 2% в год), а в связи с техническим прогрессом, урбанизацией, техногенными катастрофами и природными катаклизмами, значительно увеличилось число пострадавших с тяжелой ЧМТ. Современные методы визуализации характера и тяжести повреждения головного мозга (КТ, МРТ) позволили значительно улучшить результаты лечения больных в нейрохирургическом отделении ОКБ г. Воронежа.

Сложной проблемой до настоящего времени является выбор тактики лечения у больных с контузионными очагами малого и среднего размеров. Акцент на использование только компьютерной томографии (КТ), не всегда позволяет однозначно решить проблему выбора метода лечения больного и, прежде всего, необходимости и своевременности оперативного вмешательства. Это особенно относится к контузионным очагам малого и среднего размеров, которые в начальном периоде не сопровождаются клинической картиной сдавления головного мозга, но в связи с возможностью срыва компенсаторных механизмов ауторегуляции могут в дальнейшем привести к остро развивающейся клинике сдавления головного мозга. В таких ситуациях на первый план выходит необходимость оценить комплексную клиническую картину в динамике, не пропустить начальные признаки нарастания компрессии мозга и дислокационного синдрома.

Нами были изучены 32 истории болезни пациентов с черепно-мозговой травмой, пролеченных в НХО ОКБ в 2003 году, в диагнозе которых отмечено наличие контузионных очагов различной величины. Это преимущественно мужчины трудоспособного возраста. Основными критериями в оценке состояния были - общемозговая и локальная симптоматика, исследуемые в динамике, показатели гемодинамики, данные КТ, глазного дна и отоневрологическая картина, также исследуемые в динамике.

Выделено две группы. В первой группе 23 пациента, которые поступали в состоянии суб - и декомпенсации (по степени расстройства сознания, показателям гемодинамики, по тяжести поражения вещества мозга и степени дислокации, определяемыми при РКТ). Исходный уровень сознания этих пациентов оценивался от глубокого оглушения до комы. Большинство этих пациентов по данным КТ имели грубые контузионные очаги со значительной компрессией головного мозга, нередко множественные. У большинства в этой группе отмечалось сочетание с оболочечными гематомами, вдавленными переломами. 19 пациентов из этой группы были оперированы в первые часы в связи с явными признаками компрессии головного мозга (дислокация срединных структур больше 5 мм). Определена хирургическая тактика. Это широкая декомпрессия, удаление компремирующих факторов с последующей пластикой твердой мозговой оболочки, дренированием и, как правило, установкой промывных систем. Не оперировались 4 пациента с мелкими диффузными контузионными очагами обоих полушарий с умеренно выраженным перифокальным отеком, без смещения срединных структур головного мозга. В этой группе больных с тяжелым морфологическим повреждением головного мозга выжило 13 человек. Определение тактики в этой группе не представляло серьезной проблемы в связи с явными признаками компрессии. Летальный исход у 10-ти больных в этой группе обусловлен грубым первичным повреждением вещества мозга в сочетании с дислокационно-гипертензионным синдромом.

Наибольший интерес в этом исследовании представляла вторая группа пациентов – 9 человек, поступавших в состоянии компенсации, но с выявленными при КТ контузионными очагами средних и небольших размеров. Уровень сознания пациентов в этой группе при поступлении оценивался от ясного до умеренного оглушения, нередко с признаками нарушения психоэмоционального статуса в виде дезориентации в месте, времени. Размеры контузионных очагов 15 – 30 мм, с умеренной зоной перифокального отека, дислокацией срединных структур 0 – 4 мм. Локальная симптоматика носила невыраженный характер. Определение тактики в этой группе строилось по следующему принципу: первичное, как правило, коллегиальное решение о возможности проведения консервативного комплексного лечения с дальнейшим тщательным, часто почасовым динамическим наблюдением по принятым критериям (общемозговая и локальная симптоматика, показатели гемодинамики, данные КТ, глазного дна и отоневрологическая картина).

У 6-ти пациентов в этой группе не проявилось «агрессивности» контузионных очагов. На фоне консервативного комплексного лечения отмечен регресс общемозговой, локальной симптоматики, отсутствие признаков отоневрологической декомпенсации, признаков нарастания гипертензии по главному дну. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Отмечено, что отчетливая положительная динамика клинически и по данным КТ наступает в сроки от 7 до 22 суток от момента травмы.

У 3-х пациентов во второй группе отмечена отрицательная динамика с проявлением «агрессивности» контузионных очагов. Это выразилось в нарастании общемозговой симптоматики с углублением расстройства сознания, судорожным синдромом, а также гемодинамическими отклонениями, (преимущественно в виде брадикардии и гипертонии), признаками нарастания гипертензии при отоневрологическом исследовании и появлением застоя на глазном дне. При КТ-исследовании отмечалось нарастание перифокального отека вокруг очага, сдавление гомолатерального желудочка и смещение срединных структур мозга. Эти пациенты были оперированы. Сроки операции и, следовательно, сроки проявления «агрессии» контузионных очагов – 3-7 суток от момента травмы. При интенсивной консервативной терапии сроки развития дислокационного синдрома могут сдвигаться. Как правило, нарастание отрицательной динамики носило стремительный характер. Вид оперативного пособия аналогичен больным из первой группы. Умерший в этой группе – один пациент пожилого возраста с сочетанной соматической патологией.

Таким образом, можно сделать вывод, что проблему своевременного и адекватного оперативного вмешательства можно решить, только опираясь на комплексную оценку состояния больного, исходя из полного набора диагностических возможностей.

Литература:

1. Авокян, Г.Н. Посттравматическая эпилепсия как последствие черепно- мозговой травмы / Г.Н. Авокян, Н.Н. Маслова // Нейрохирургия. 2003. - № 3. - С. 26-31
2. Болюх, А.С. Центральный вазоспазм при травматических внутричерепных кровоизлияниях. / А.С. Болюх, Е.Г. Педачепко // III Всероссийский съезд нейрохирургов России. СПб, 2002. - С. 12.