

В. Ю. Шамшур

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ
СУБДУРАЛЬНЫХ ГИДРОМ**

Научный руководитель: ассист. А. А. Боровский

Кафедра нервных и нейрохирургических болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье представлен анализ результатов лечения посттравматических субдуральных гидром и определена динамика уровня сознания у пациентов после оперативного лечения в зависимости от различных факторов.

Ключевые слова: субдуральная гидрома, черепно-мозговая травма

Resume. The article represents the analysis of the results of treatment for posttraumatic subdural hydromas. The dynamics of the consciousness state of patients had been determined after undergoing the surgical treatment.

Keywords: subdural hydroma, traumatic brain injury

Актуальность. Черепно-мозговая травма, ее последствия и осложнения вносит немалый вклад в снижение трудоспособности и качества жизни современного населения. Одним из последствий ЧМТ может стать формирование субдуральных гидром. Посттравматические субдуральные гидромы – это возникшие в результате травмы ограниченные объемные скопления ликвора в субдуральном пространстве, вызывающие сдавление головного мозга [1]. По данным зарубежных источников доля субдуральных гидром в структуре внутричерепных повреждений составляет от 5 до 20% [2]. Однако их патогенез и течение недостаточно изучены [2, 3, 4, 5]; не сформулированы предикторы исходов и показания к оперативному лечению. [6, 7]

Цель: оценить эффективность оперативного лечения посттравматических субдуральных гидром.

Задачи:

1. Изучить течение посттравматических субдуральных гидром и их влияние на уровень сознания пациентов.

2. Оценить динамику уровня сознания пациентов после оперативного лечения в зависимости от наличия сопутствующих повреждений и возраста пациентов.

Материал и методы. В исследование включено 48 пациентов, оперированных в нейрохирургическом отделении УЗ «ГК БСМП» с 2013 по 2016 г. Для сбора материала использовались:

1) метод нейровизуализации. Были изучены компьютерные томограммы, полученные на аппарате Toshiba Aquilion Prime, до и после оперативного лечения;

2) выкопировка из медицинских карт пациентов.

Статистическая обработка данных производилась в пакете прикладных программ Statistica 10.0. Для анализа данных использовались методы непараметрической статистики: коэффициент корреляции Спирмена и критерий знаков Z.

Результаты и их обсуждение. Возрастная структура пациентов была следующей: медиана возраста – 61 год ($Q_{25} = 49,5$; $Q_{75} = 72,5$). Минимальный возраст составил 20 лет, максимальный – 90.

Сопутствующие внутричерепные повреждения обнаруживались в 89,6% случаев и структура их выглядела следующим образом: ушиб мозга сопровождал гидромом в 58,3% наблюдений, травматическое САК – 43,8%, гематомы – 58,3%, переломы костей черепа – в 41,7% случаев.

Определенное значение имела группировка пациентов по наличию травм с вовлечением нескольких частей тела: так, ЧМТ являлась изолированной в 29,2% случаев, сочетанной – в 70,8%.

Объем гидромы оценивался по толщине гиподенсивного скопления на компьютерных томограммах. Медиана толщины составила 10 мм ($Q_{25} = 8$, $Q_{75} = 15$). Максимум толщины составил 25 мм, минимум – 4 мм.

Срок формирования гидром варьировал от 1 до 30 суток ($Me = 5$, $Q_{25} = 2$, $Q_{75} = 10$).

Вопрос о том, могут ли гидромы оказывать выраженный масс-эффект (смещение срединных структур, компрессию и деформацию боковых желудочков), до сих пор остается спорным [3, 4, 7]. В исследуемой выборке масс-эффект количественно оценивался по величине смещения срединных структур, и результаты оказались следующими: различимое смещение отмечалось в 60,5% наблюдений, отсутствовало – в 39,5%. При этом минимальная толщина гидромы в данной выборке, при которой отмечалось смещение, составила 7 мм.

Чтобы исключить влияние других внутричерепных повреждений на результаты оценки смещения срединных структур, был произведен корреляционный анализ толщины гидром со смещением срединных структур с использованием непараметрического метода корреляционного анализа Спирмена. Коэффициент корреляции составил 0,35, что может свидетельствовать о наличии умеренной корреляции.

Важнейшим параметром, который анализировался в исследовании, стал уровень сознания пациентов. Сознание оценивалось по шкале комы Глазго до операции и после.

Предоперационная оценка сознания принимала значения от 4 до 15 баллов ($Me = 12$, $Q_{25} = 8$, $Q_{75} = 14$).

Согласно общепринятой градации, эти значения соответствуют следующим уровням сознания: ясное сознание наблюдалось в 12,5% (6), умеренное оглушение – 33,3% (16), оглушение глубокое – в 18,8% (9), сопор – 16,7% (8), кома умеренная – 8,3% (4), кома глубокая – 10,4% (5). (рис.1)

Сознание пациентов после операции оценивалось по выходе из седации и принимало значения также от 4 до 15 баллов, однако: $Me = 13$, $Q_{25} = 10$, $Q_{75} = 15$. Соответственно уровням сознания: ясное – 35,4% (17), оглушение умеренное – 20,8% (10), оглушение глубокое – 20,8% (10), сопор – 12,5% (6), кома умеренная – 8,3% (4), кома глубокая – 2,2% (1). (рис.2)



Рисунок 1. – Уровень сознания до оперативного лечения



Рисунок 2. – Уровень сознания после оперативного лечения

Для проверки гипотезы о наличии динамики уровня сознания после операции был использован статистический метод критерия знаков, который позволил доказать различие групп по изучаемому признаку ($p < 0,05$).

В целом, если оценивать динамику сознания после оперативного лечения, можно выделить три категории исходов: улучшение наблюдалось в 58,3% (28) случаев, ухудшение – 10,4% (5), отсутствие динамики – в 31,3% (15).

Далее производилась оценка эффективности лечения в группах. Положительная динамика у пациентов с изолированной ЧМТ имела место в 74,07% случаев, в отличие от пациентов с сочетанной травмой, где положительная динамика отмечалась лишь в 25,93% случаев. Соответственно, ухудшение состояния встречалось у пациентов с сочетанной травмой чаще (60%), чем у пациентов с изолированной ЧМТ (40%).

Показательным оказалось исследование возрастных параметров в группах с различной динамикой уровня сознания. Медиана возраста пациентов с улучшением сознания составила 57 лет, с ухудшением – 73 года. В такой же зависимости изменялись и другие статистические параметры: (рис.3, табл.1)

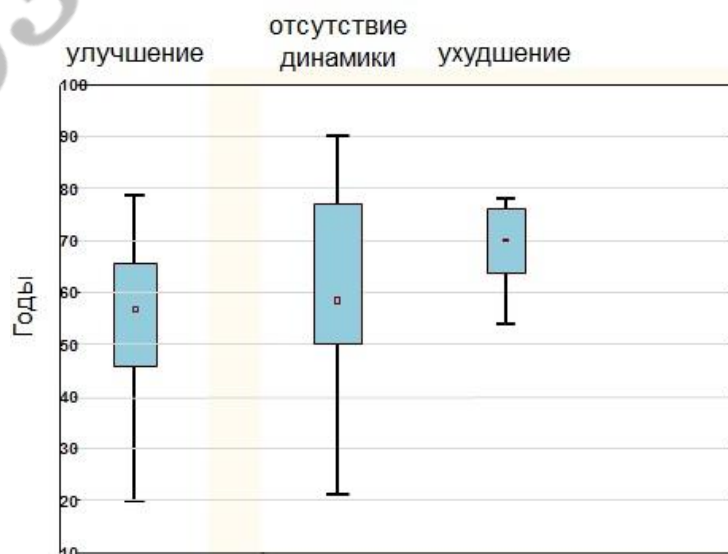


Рисунок 3 – Диаграмма размаха возрастной структуры в группах с различной динамикой уровня сознания

Таблица 1. Возрастные параметры в группах с различной динамикой уровня сознания

	Улучшение	Отсутствие динамики	Ухудшение
Me, лет	57	58,5	73
Min, лет	20	21	59
Max, лет	79	90	80
Q ₂₅ , лет	46	50	68
Q ₇₅ , лет	66	77	79

Таким образом, вопрос о показаниях к оперативному лечению субдуральных гидром в настоящее время остается открытым для уточнения. Необходимо провести дополнительные исследования с изучением влияния каждого из вышеперечисленных факторов на исход заболевания.

Выводы:

1. Посттравматические субдуральные гидромы формировались у пациентов преимущественно старшего возраста и протекали как самостоятельно, так и в сочетании с другими внутричерепными и внечерепными повреждениями.
2. Оперативное лечение гидром было эффективнее в группах пациентов с изолированной ЧМТ и ц пациентов более молодого возраста.

Shamshur V.Y.

THE ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT FOR POSTTRAUMATIC SUBDURAL HYDROMAS

Tutors: assistant A. A. Borovsky

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Субдуральные гематомы // Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. – Москва, 2001. – Гл. 11 – С. 318 – 321.
2. Zanini M.A., de Lima Resende L.A., de Souza Faleiros A.T., Gabarra R.C. Traumatic subdural hygromas: proposed pathogenesis based classification // The Journal of Trauma, Injury, Infection and Critical Care – 2008. - № 64. с. 705 – 713.
3. K.S. Lee. The pathogenesis and clinical significance of traumatic subdural hygroma // Brain Injury – 1998. - № 7. с. 595 – 603.
4. Ибрагим С. Г. Клиническое значение и патогенез острой травматической субдуральной гидромы : автореф. дис. канд. мед. наук : 14.00.28 / С.Г. Ибрагим ; Рос. научно-исслед. нейрохирург. ин-т им. А.Л. Поленова. - СПб., 2002. - 22 с. : граф., табл., рис. - Библиогр.: с. 22.
5. Wetterling T, Demierre B, Rama B, Nekic M. Protein analysis of subdural hygroma fluid // Acta Neurochirurgica – 1988. - № 91. С. 79 – 82.

6. Y. Liu, J. Gong, F. Li, H. Wang, S. Zhu, C. Wu Traumatic subdural hydroma: clinical characteristics and classification // Injury, Int. J. – 2009. - № 40. с. 968-972.

7. Ortiz-Prado E., Acosta Castillo T., Olmedo Lopez M., Rubio A. M., E. Bermeo L. Post-traumatic subdural hygroma: a one year follow up case report and literature review // Global Journal of Health Science – 2016. - № 12. с. 239 – 247.

Репозиторий БГМУ