

П.В. Яварович, В.А. Гаврилов
**СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ КРАНИОТОМИИ
И КРАНИЭКТОМИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ
ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.А. Боровский
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

P.V. Yavarovich, V.A. Gavrilo
**COMPARISON OF THE RESULTS OF APPLICATION OF CRANIOTOMY
AND CRANIECTOMY IN THE REMOVAL OF TRAUMATIC
INTRACRANIAL HEMATOMS**

*Tutor: PhD, associate professor A.A. Borovsky
Department of Nervous and Neurosurgical Diseases
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. В статье приведены результаты сравнения исходов применения краниотомии и краниэктомии при удалении травматических внутричерепных гематом.

Ключевые слова: краниотомия, краниэктомия, черепно-мозговая травма.

Resume. The article presents the results of comparison of the outcomes of the use of craniotomy and craniectomy in the removal of traumatic intracranial hematomas.

Keywords: craniotomy, craniectomy, craniocerebral trauma.

Актуальность. Несмотря на большое количество исследований, вопрос выбора трепанационного доступа при тяжелой ЧМТ остается открытым. Нет сомнения в том, что абсолютными показаниями к проведению краниотомии являются гематомы малого объема у пострадавших в компенсированном состоянии с начальными признаками дислокационного синдрома. Тем не менее, у некоторых пациентов с тяжелой ЧМТ и отсутствием выраженного отека головного мозга, вопрос выбора трепанации черепа до сих пор является дискуссионным, поскольку нарастание внутричерепной гипертензии в послеоперационном периоде может потребовать повторного оперативного вмешательства – удаления костного лоскута и декомпрессии головного мозга [1, 2, 3].

Цель: провести сравнительный анализ результатов применения краниотомии и краниэктомии при удалении внутричерепных гематом у пациентов с черепно-мозговой травмой.

Задачи:

1. Сравнить показатели выживаемости пациентов через 6 месяцев после применения краниотомии и краниэктомии как способов трепанации черепа при удалении травматических внутричерепных гематом.
2. Сравнить функциональные исходы у пациентов через 6 месяцев после операции по поводу травматических внутричерепных гематом в зависимости от примененного способа трепанации черепа.

Материал и методы. Настоящая работа является ретроспективным, сравнительным, одноцентровым клиническим исследованием эффективности хирургического лечения травматических внутричерепных гематом. В качестве конечных точек приняты функциональный исход, определенный с использованием расширенной шкалы исходов Глазго (рШИГ), и показатели выживаемости пациентов через 6 месяцев после оперативного лечения.

Проведен анализ медицинских карт 1424 пациента, оперированных по поводу тяжелой ЧМТ в нейрохирургическом отделении УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска за период с сентября 2015 года по декабрь 2018 года; выборка сплошная. Критерии включения в исследование: наличие показаний для выполнения костно-пластической трепанации черепа (наличие острой субдуральной или внутримозговой гематом, уровень сознания по ШКГ не менее 10 баллов, объем внутримозговой гематомы не менее 40 мм³ либо толщина субдуральной гематомы не менее 10 мм), факт опорожнения гематомы у данного пациента с применением трепанации черепа и возможность отследить катамнез пациента не менее чем через 6 месяцев после проведения операции. Данным критериям соответствовали 178 (12,5%) пациентов. Из них сформированы две группы: основная (79 пациентов, которым была выполнена краниотомия) и группа сравнения (99 пациентов, которым была выполнена краниэктомия). Группы сопоставимы по основным клинико-демографическим, интраоперационным и нейровизуализационным признакам (таблица 1).

Табл. 1. Клинико-демографические, интраоперационные показатели пациентов.

Показатель	Основная группа (n=79)	Группа сравнения (n=99)	Статистическая значимость различий
Уровень сознания при поступлении по ШКГ Me (25-75%)	14 [13; 15]	13 [12; 14]	U = 3364 p = 0,1
Площадь костного дефекта Me (25-75%)	29,55 [21,9; 39]	33,5 [25; 47,7]	U = 3291 p = 0,1
Интраоперационное состояние мозга:			$\chi^2 = 0,12$ p = 0,72
- Мозг на уровне кости	38 (48%)	48 (48,5%)	
- Мозг отстоит от кости	41 (52%)	51 (51,5%)	
Дислокация мозга до операции по КТ, мм	5 [0; 8]	6 [3; 9,3]	U = 3534 p = 0,27
Возраст, лет Me (25-75%)	55 [35; 68]	56 [36; 67]	U = 3877,5 p = 0,92
Пол:			$\chi^2 = 0,87$ p = 0,34
- Мужской	63 (80%)	80 (80,5%)	
- Женский	16 (20%)	19 (19,5%)	

Результаты и их обсуждение. Кумулятивная доля выживших через 6 месяцев в основной группе составила 82,3% (65 пациентов), в группе сравнения – 66,7% (66 пациентов) (таблица 2).

Табл. 2. Сравнение кумулятивной доли выживших через 6 месяцев в исследуемых группах.

Исход	Основная группа (n=79)	Группа сравнения (n=99)	Статистическая значимость различий
Выжило, абс. (%)	65 (82,3%)	66 (66,7%)	$\chi^2 = 4,59$ p = 0,03
Умерло, абс. (%)	14 (17,7%)	33 (33,3%)	

Различия в функциональном исходе через 6 месяцев по рШИГ в исследуемых группах оказались статистически незначимы ($\chi^2 = 8,56$; p=0,285) (рисунок 1).

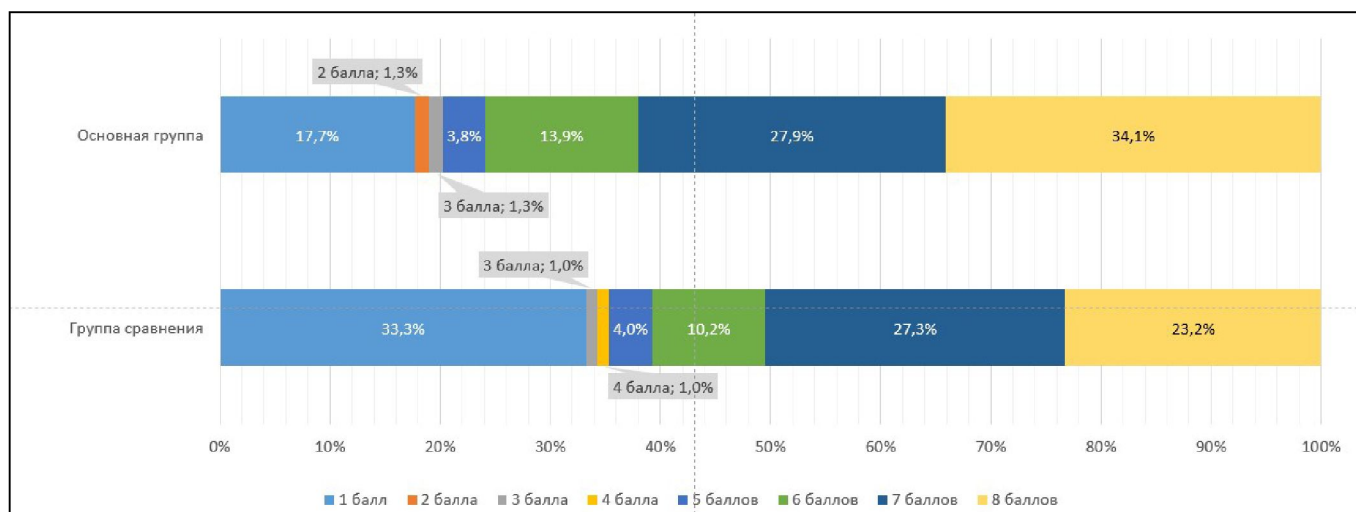


Рис. 1 – Диаграмма, отражающая частоту встречаемости функциональных исходов в исследуемых группах.

Выводы:

1. У пациентов с травматическими субдуральными или внутримозговыми гематомами показатели выживаемости выше после применения краниотомии ($p < 0,05$).
2. У пациентов сравниваемых групп независимо от способа трепанации черепа статистически значимых различий по функциональному исходу через 6 месяцев не получено.

Литература

1. Гринь, А.А. Тактика лечения внутричерепных травматических эпидуральных и субдуральных гематом малого объема (до 50 см³) супратенториальной локализации: автореф. дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.28 / А. А. Гринь. – Москва, 1999. – 26 с.
2. Закрытая черепно-мозговая травма / Б. В. Гайдар, В. Е. Парфенов, Ю. А. Щербук и др. // Практическая нейрохирургия. – 2002. – № 12. – С. 66-106.
3. Клиническая оценка тяжести острого дислокационного синдрома при тяжёлой черепно-мозговой травме / В. В. Крылов, Ю. В. Пурас, В. В. Лебедев и др. // Нейрохирургия. – 2014. – № 2. – С. 18-22.