

Громыко А.В.

ОСТРАЯ ТРАВМАТИЧЕСКАЯ СУБДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА: ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Боровский А.А.

Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – является одной из основных причин смертности и инвалидизации населения, где частота ЧМТ 95-783 на 100 тыс. человек в год, со смертностью до 66 человек в год на 100 тыс. При этом почти каждая 3 тяжелая ЧМТ сопровождается появлением острой субдуральной гематомы (ОСГ). Существует две тактики оперативного лечения ОСГ – декомпрессивная трепанация (ДТ) и костно-пластическая трепанация (КПТ). В различных клиниках отдают предпочтение тому или иному методу оперативного лечения ориентируясь на ряд показателей – уровень сознания пациента по шкале ком Глазго (ШКГ), внутричерепное давление (ВЧД) и др. В настоящее время выбор оптимальной тактики оперативного лечения ОСГ является актуальным.

Цель: определить оптимальный способ трепанации черепа при острых травматических субдуральных гематомах.

Материалы и методы. В нейрохирургическом отделении УЗ ГК БСМП г. Минска за период 2015-2023 гг. прооперировано 988 пациентов по поводу ОСГ. КПТ выполнена по общепринятой методике - после удаления ОСГ путем краниотомии, твердая мозговая оболочка (ТМО) ушивалась наглухо, с подшиванием по краю трепанационного окна и к центру костного лоскута для профилактики образования эпидуральных гематом. Лоскут фиксировался костными швами или специально разработанными титановыми краниофиксаторами. В качестве варианта ДТ, при удалении ОСГ на стороне гематомы, костный лоскут удалялся с последующей консервацией. Трепанационное окно выполнялось размером не менее 12 на 15 см, с дополнительной резекцией чешуи височной кости к основанию черепа.

Результаты и их обсуждение. По данным литературы клиниках западной Европы, США, Японии ОСГ у пациентов с тяжелой ЧМТ (<9 б. ШКГ) удаляют путем КПТ в 75% случаев, в Российской Федерации в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского у 50% пациентов. Оценка менеджмента пациентов с ОСГ в нейрохирургическом отделении УЗ ГК БСМП г. Минска за последние 10 лет указывает на то, что лишь у 2% пациентов эвакуация ОСГ выполнена посредством КПТ. Пострадавшим с оценкой уровня сознания по ШКГ в 11-15 б. - КПТ для удаления острой СДГ выполнена в 28% случаев. По данным рандомизированного контролируемого исследование RESCUE-ASDH, в котором сравнивались первичные ДТ и КПТ для эвакуации острой СДГ, результаты оказались аналогичными в обеих группах через 6 месяцев. К 12 месяцу смерть наступила у 30,2% пациентов в группе КПТ и у 32,2% пациентов в группе ДТ; вегетативное состояние наблюдалось у 2,3% и 2,8% соответственно, а хорошее или полное восстановление отмечалось у 25,6% и 19,9% соответственно. Дополнительные краниальные операции в течение 2 недель после рандомизации были выполнены у 14,6% группы КПТ и у 6,9% группы ДТ. Раневые осложнения возникли у 3,9% группы КПТ и у 12,2% группы ДТ.

Выводы. Первичную ДТ целесообразно выполнять пациентам, у которых интраоперационный отек головного мозга препятствует первичной краниопластике. Подходы к лечению должны быть адаптированы к региональным особенностям системы здравоохранения. При отсутствии в стационаре нейрореанимационного отделения с возможностью круглосуточно выполнять КТ головного мозга и системы нейромониторинга с контролем ВЧД, в urgentных ситуациях предпочтительно выполнение ДТ, как средства эффективного контроля ВЧД.