

Отдаленный период после хирургического лечения травматических внутримозговых гем

Нейрохирургическое отделение МОКБ, Минская область, Республика Беларусь.

Изучены результаты хирургического лечения травматических внутримозговых гематом в отдалённом периоде и факторы улучшающие или ухудшающие их для выбора наиболее адекватного лечения.

Ключевые слова: внутримозговая гематома, хирургическое лечение, отдалённый период

G.E.Malumau

A Long-term period after traumatic intracerebral hematomas surgical treatment.

In this paper we have studied surgical outcomes of patients with traumatic intracerebral hematomas and defined the factors both worsening and improving the patients condition to determine proper and adequate treatment techniques.

Ключевые слова: intracerebral hematoma, surgical treatment, long-term period

Материал и методы

В клинике нейрохирургии БГМУ было произведено изучение отдаленного периода после хирургического лечения (костно-пластическая трепанация -КПТ, малоинвазивный доступ) травматических внутримозговых гематом у 200 оперированных и выписавшихся больных с 1996 по 2000 г

По возрасту больные распределились следующим образом: 50 лет – 46 больных.

На момент принятия решения (операции) состояние больных оценивалось по ШКГ : 8-12 баллов имели 65% (130 больных), >12 баллов – 11% (22 больных), <8 баллов - 24% (48 больных). У 60 (30%) была выполнена костно-пластическая трепанация, у 70 (35%) выполнена костно-пластическая трепанация и декомпрессия, у 62 (31%) выполнен малоинвазивный доступ, у 8 (4%) больных с локализацией гематомы в мозжечке была выполнена срединная или парамедианная трепанация задней черепной ямки (ТЗЧЯ).

В своей работе мы используем современную периодизацию ЧМТ [2], согласно которой отдаленный период – период клинического выздоровления, либо максимально достижимой реабилитации нарушенных функций, либо возникновения и/или прогрессирования обусловленных перенесенной ЧМТ новых патологических состояний. Временная протяженность отдаленного периода: при клиническом выздоровлении – до 2 лет, при прогрессивном течении – не ограничена. Клиническая симптоматика, если она не исчезает, приобретает устойчивый характер резидуальной, сочетая признаки выпадения, раздражения и разобщения. Могут появляться новые неврологические симптомы. По данным КТ и МРТ отдаленный период характеризуется посттравматическими очаговыми и диффузными изменениями мозговой ткани, подбололочных пространств и желудочковой системы легкой, средней и тяжелой степени (в зависимости от характера, тяжести, локализации повреждений мозга, наличия хирургического вмешательства, гнойно-воспалительных осложнений и иных последствий ЧМТ) [1].

Из 70 больных с декомпрессией в течение первого года после операции у 64 была выполнена пластика костного дефекта.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов в отдаленном периоде невозможно произвести без сопоставления с данными на момент выписки больных из стационара.

При неврологическом обследовании больных перед выпиской были выявлены следующие ведущие клинические синдромы: синдром пирамидной недостаточности – 66 (33%) больных, психоорганический синдром – 77 (38,5 %) больных, астенический синдром – 57 (28,5%).

Клиническая картина синдрома пирамидной недостаточности: одно или двухсторонние парезы (легкие, умеренные, глубокие) или параличи мышц конечностей, мимических мышц и мышц языка.

Клиническая картина психоорганического синдрома: оскуднение и упрощение психической деятельности, ослабление познавательных и мнестических процессов, обеднение эмоциональных и личностных особенностей больного. Ухудшение вербальной (слухо-речевой) памяти, замедление осмысления текущей ситуации. Благодушие, снижение критики – до анозогнозии. Нарушение зрительной памяти. Отсутствие активной установки на восстановление сниженных психических процессов. Выпадения памяти на различные периоды времени.

Клиническая картина астенического синдрома: повышенная утомляемость, истощаемость, ослабление или преходящая утрата способности к продолжительному умственному и физическому напряжению. Вялость, дневная сонливость, адинамия в сочетании головными болями, головокружением, тошнотой, речевыми и мнестическими затруднениями.

При неврологическом обследовании больных в отдаленном периоде были выявлены следующие ведущие клинические синдромы: синдром пирамидной недостаточности – 50(25%) больных, психоорганический синдром – 41 (20,55 %) больных, астенический синдром – 84 (42%), эпилептический синдром – 25 (12,5%) больных.

Особенности клинической картины астенического синдрома в отдаленном периоде по сравнению с ранним послеоперационным периодом: психическая и физическая истощаемость, резкое снижение эффективности психической деятельности. Нарушения сна: бессонницы, прерывистый сон, резко учащающиеся сновидения – «цветные сны», «кошмарные сны». Нарушения цикла сна и бодрствования. Повышенная раздражительность, аффективная лабильность, гиперестезия.

Клиническая картина эпилептического синдрома: обязательное наличие генерализованных судорожных припадков с утратой сознания. Такие припадки как правило сопровождаются поворотом головы и глаз в сторону и вверх, тоническими и клоническими судорогами и полной амнезией на приступ.

Компьютерная томография в отдаленном периоде после хирургического лечения была выполнена 80 больным, оперированным в первые сутки после ЧМТ. У всех больных независимо от вида хирургического доступа выявлены посттравматические изменения в зоне гематомы: легкой степени -10 больных, средней степени -36, или тяжелой степени -34. Среди 34 больных с изменениями тяжелой степени, 26 больных имели большие гематомы (50 мл. и более), у 17 развился эпилептический синдром.

При исследовании больных, с превалирующим в клинике эпилептическим синдромом, выявлено, что у 19 из 25, была выполнена костно-пластическая трепанация.

Из вышесказанного видно, что с использованием КТ можно определить степень очаговых посттравматических изменений в зоне гематомы и зависимость их от разных факторов. При клиническом анализе выявляется зависимость развития эпилептического синдрома от вида хирургического доступа при одинаковом размере энцефалотомии. С нашей точки зрения это связано с разницей в длине разреза твердой мозговой оболочки и разной степенью выраженности рубцово-спаечного процесса в, отдельно выделяемой нами, зоне «оболочечно-мозгового конфликта». Существующая градация посттравматических КТ изменений [1] не позволяет объективно оценить эту зону.

Выводы:

1. Малоинвазивный доступ улучшает исходы хирургического лечения травматических внутримозговых гематом, уменьшает риск развития эпилептического синдрома.

2. Требуется разработка градации посттравматических КТ изменений «зоны оболочечно-мозгового конфликта».

Литература

1. Лихтерман Л.Б., Потапов А.А., Кравчук А.Д., Охлопков В.А. Классификация последствий черепно-мозговой травмы. В кн. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство, 1998, т. 1, 97—111.

2. Периодизация течения черепно-мозговой травмы. Методические рекомендации. / Составители: Л.Б.Лихтерман, Т.А.Доброхотова, С.Ю.Касумова и др. М., 1991; 11с.