

УДК 616.831.957-001-003.215-036.12-079.4-08  
© Семисалов С.Я., М. Яналь Куссейбати, Жилиев Р.А., 2011

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА Семисалов С.Я.,\* М.Яналь Куссейбати,\* Жилиев Р.А.\*

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького,*

**Семисалов С.Я., М.Яналь Куссейбати, Жилиев Р.А.** Дифференцированное лечение травматических хронических субдуральных гематом головного мозга // Украинський морфологічний альманах. – 2011. – Том 9, № 1. – С. 99-101.

Проанализирован 221 случай травматических хронических субдуральных гематом головного мозга (ТХрСДГМ), что составило 16,7% всех субдуральных гематом головного мозга изученного материала.

ТХрСДГМ представляют собой сложную проблему, что обусловлено не только трудностями диагностики, но значительной летальностью (6,1%). Дифференцированный подход при выборе тактики ведения больных заключается в определении метода лечения (оперативный или консервативный) и хирургического подхода при удалении гематомы. Дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства должен учитывать множество факторов, в том числе возраст больных и тяжесть их состояния, что и определяет эффективность хирургического лечения.

**Ключевые слова:** травматические хронические субдуральные гематомы головного мозга, дифференцированное лечение.

**Семисалов С.Я., М.Яналь Куссейбати, Жилиев Р.О.** Диференційоване лікування травматичних хронічних субдуральних гематом головного мозку // Український морфологічний альманах. – 2011. – Том 9, № 1. – С. 99-101.

Проаналізований 221 випадок травматичних хронічних субдуральних гематом головного мозку (ТХрСДГМ), що склало 16,7% усіх субдуральних гематом головного мозку вивченого матеріалу. ТХрСДГМ являють собою складну проблему, що обумовлено не тільки труднощами діагностики, але значною летальністю (6,1%). Диференційований підхід при виборі тактики ведення хворих полягає у визначенні методу лікування (оперативний чи консервативний) і хірургічного підходу при видаленні гематом. Диференційований підхід до вибору методу оперативного втручання повинний враховувати безліч факторів, у тому числі вік хворих і вагу їхнього стану, що в значній мірі визначає ефективність хірургічного лікування.

**Ключові слова:** травматичні хронічні субдуральні гематомы головного мозку, диференційоване лікування.

**Semisalov S., M.Yanal Kusseibati, Zhylyayev R.** Differential treatment traumatic chronic subdural haematomas of the brain // Український морфологічний альманах. – 2011. – Том 9, № 1. – С. 99-101.

Is analysed 221 cases traumatic chronic subdural haematomas of the brain (TChSHB), that has made 16,7 % all subdural haematomas of the brain of the investigated material. TChSHB represent a complex problem, that is caused not only difficulties of diagnostics, but significant letalis (6,1 %). Differential the approach at a choice of tactics of conducting the patients consists in definition of a method of treatment (operative or conservative) and surgical approach at removal haematomas. Differential the approach to a choice of a method of operative intervention should take into account set of the factors, including age of the patients and the weight of their condition, as defines efficiency of surgical treatment.

**Key words:** traumatic chronic subdural haematomas of the brain, differential treatment.

Травматические хронические субдуральные гематомы головного мозга (ТХрСДГМ) составляют существенную часть нейротравматологии, что обусловлено не столько их частотой, сколько трудностями диагностики и выбора тактики ведения больных [1, 2, 3].

Имеющиеся достаточно немногочисленные работы, посвященные ТХрСДГМ не всегда убедительно и доказательно указывают на необходимость проведения определенных диагностических методов и, как правило, не уделяют достаточного внимания в выборе тактики ведения больных [4, 5, 6].

В то же время существенным является не только диагностика ТХрСДГМ, но и определение возможности использования консервативного или наоборот – хирургического метода лечения. А при выборе оперативного удаления гематомы не удаются указания на использование того или иного метода операции. Все это делает актуальным дальнейшее изучение ТХрСДГМ, их клиники, диагностики и эффективности дифференцированного метода лечения.

**Цель работы:** Изучить особенности травматических хронических субдуральных гематом

головного мозга, определяющих их дифференцированное лечение.

**Материал и методы:** Изучены результаты дифференцированного лечения 221 больных с ТХрСДГМ, что составило 16,7% всех травматических субдуральных гематом головного мозга (1321 случая). Все данные вводились в специальную информационную базу «Медик-ЧМГ» и подвергалась аналитической и статистической обработке. Оценка эффективности дифференцированного лечения больных проводилась в соответствии со шкалой исходов Глазго. Распределение изучаемых наблюдений по полу и возрасту (в соответствии с МКБ - 10) представлено в таблице 1.

**Результаты и их обсуждение.** ТХрСДГМ в 5,4 раза чаще встречались у лиц мужского пола, чем женского. В 8 случаях (3,6%) проводилось консервативное лечение и при этом в 2 случаях терапия оказалась не эффективна. В обоих случаях с летальным исходом травма была получена в результате дорожно-транспортного происшествия и носила сочетанный характер. ТХрСДГМ были пластинчатыми и неблагоприятный исход был связан с тяжестью сочетанных повреждений и полученного ушиба головного мозга.

**Таблица 1.** Распределение больных с травматическими хроническими субдуральными гематомами головного мозга (в %; М±m)

Возраст (лет)	П о л		Итого (n=221)
	Мужской	Женский	
15-24	5,43±0,60	0,00±0,00	5,43±0,60
25-34	6,33±0,65	1,81±0,36	8,14±0,73
35-44	14,48±0,94	1,81±0,36	16,29±0,99
45-54	19,91±1,07	5,43±0,60	25,34±1,16
55-64	21,72±1,10	3,17±0,47	24,89±1,15
65-74	13,57±0,91	3,62±0,50	17,19±1,01
75 лет и более	1,81±0,36	0,90±0,25	2,71±0,43
В с е г о	83,26±1,00	16,74±1,00	100,00±0,00

У 213 больных ТХрСГМ удалялась оперативным путем. В 13 (6,1%) случаях отмечен неблагоприятный исход.

Интересным является оценка эффективно-

сти дифференцированного подхода к выбору метода оперативного вмешательства, представленного в таблице 2.

**Таблица 2.** Исходы оперативного лечения травматических хронических субдуральных гематом головного мозга в зависимости от метода оперативного вмешательства (в %; М±m)

Метод оперативного вмешательства	Исходы травмы				Итого (n=213)
	Хорошее восстановление	Умеренная инвалидизация	Тяжелая инвалидизация	Смерть	
Костно-пластическая трепанация	0,00±0,00	16,43±1,07	0,94±0,28	1,88±0,40	19,25±1,14
Резекционная трепанация	0,00±0,00	0,47±0,20	0,00±0,00	0,94±0,28	1,41±0,34
Фрезевые отверстия	5,16±0,64	66,67±1,36	4,23±0,58	3,29±0,51	79,34±1,17
В с е г о	5,16±0,64	83,57±1,07	5,16±0,64	6,10±0,69	100,00±0,00

Как видно на представленной таблице, чаще всего ТХрСГМ удалялись через фрезевые отверстия, почти в 20% случаев применялась костно-пластическая трепанация и в менее 1,5% - резекционная трепанация черепа.

Более 80% случаев оперативное удаление ТХрСГМ заканчивалось умеренной инвалидизацией. Хорошее восстановление встречалось почти в равной пропорции как и тяжелая инвалидизация.

Следует отметить, что хорошее восстановление имело место только в случаях удаления гематом через фрезевые отверстия. Хотя и наи-

большее число неблагоприятных исходов встречалось также после наложения фрезевых отверстий: в 3 раза чаще, чем после резекционной трепанации черепа и в 1,75 раза чаще после костно-пластической трепанации черепа.

Определенное значение успеха оперативного удаления травматических хронических субдуральных гематом головного мозга играет возраст больных (табл. 3).

Анализируя результаты, представленные в таблице, прослеживается четкая зависимость между возрастом больных и методом удаления гематом.

**Таблица 3.** Зависимость между методом удаления травматических хронических субдуральных гематом головного мозга и возрастом (в %; М±m)

Возраст (лет)	Метод оперативного вмешательства			Итого (213)
	Костно-пластическая трепанация	Резекционная трепанация	Фрезевые отверстия	
15-24	0,00±0,00	0,00±0,00	5,63±0,50	5,63±0,50
25-34	2,35±0,33	0,47±0,15	5,16±0,48	7,98±0,59
35-44	3,29±0,39	0,47±0,15	12,68±0,73	16,43±0,81
45-54	4,23±0,44	0,47±0,15	20,66±0,88	25,35±0,95
55-64	4,23±0,44	0,00±0,00	20,66±0,88	24,88±0,94
65-74	3,76±0,41	0,00±0,00	13,15±0,74	16,90±0,82
75 лет и более	1,41±0,26	0,00±0,00	1,41±0,26	2,82±0,36
В с е г о	19,25±0,86	1,41±0,26	79,34±0,88	100,00±0,00

Так в молодом возрасте (15-24 года) ТХрСГМ удалялись исключительно через фрезевые отверстия. В возрасте 25-34 года через фрезевые отверстия ТХрСГМ удалялись в 2,2 раза чаще, чем с помощью костно-пластической трепанации черепа и в 11 раза чаще, чем с помощью резекционной трепанации.

В возрастной группе 35-44 года через фрезевые отверстия ТХрСГМ удалялись в 3,8 раза ча-

ще, чем с помощью костно-пластической трепанации и в 27 раз чаще, чем при резекционной трепанации.

В возрастных группах 45-64 лет с помощью фрезевых отверстий ТХрСГМ удалялись в 1/5 всех случаев этой группы и в равной пропорции, составившей по 9 случаев в каждой группе прибегали к костно-пластической трепанации. В отличие от возрастной группы 55-64 года, в группе 45-

54 года в 1 случае была применена резекционная трепанация черепа.

В старшей возрастной группе (65-74 года) в 3,5 раза чаще ТХрСГМ удалялись через фрезевые отверстия, а костно-пластическая трепанация черепа была применена только в 8 случаях, что составило менее 4%.

В самой старшей возрастной градации (75 лет и старше) ТХрСГМ удалялись в одинаковой пропорции через фрезевые отверстия и с помощью костно-пластической трепанации черепа (по 3 случая).

**Таблица 4.** Выбор метода лечения травматических хронических субдуральных гематом головного мозга в зависимости от тяжести состояния больных (в %;  $M \pm m$ )

Тяжесть состояния	Метод оперативного вмешательства			Итого (n=213)
	Костно-пластическая трепанация	Резекционная трепанация	Фрезевые отверстия	
Удовлетворительное	5,63±0,66	0,00±0,00	26,29±1,27	31,92±1,34
Средней тяжести	8,45±0,80	0,47±0,20	38,03±1,40	46,95±1,44
Тяжелое	5,16±0,64	0,47±0,20	13,62±0,99	19,25±1,14
Крайне тяжелое	0,00±0,00	0,47±0,20	1,41±0,34	1,88±0,39
Всего	19,25±1,14	1,41±0,34	79,34±1,17	100,00±0,00

Анализируя полученные данные можно сделать выводы, что подавляющее большинство больных (78,9%) с ТХрСГМ при поступлении в нейрохирургический стационар находились в удовлетворительном или средней степени тяжести состоянии. По видимому, это и послужило основанием для выбора в качестве оперативного вмешательства наложение фрезевых отверстий в 64,3% случаев. Проведение в некоторых случаях (14,1%) костно-пластической трепанации и даже в 1 случае резекционной трепанации было обусловлено, скорее всего, желанием дежурной бригады врачей, чем объективными причинами.

В то же время проведение костно-пластической трепанации в 11 случаях при тяжелом состоянии больных вообще не имеет под собой объективных обоснований.

Наложение фрезевых отверстий (3 случая) и резекционная трепанация черепа (в 1 случае) у больных у больных, находившихся в крайне тяжелом состоянии объективно оправдано, так как оперативное вмешательство с минимальной агрессией входило в комплекс мероприятий по спасению жизни больных.

**Выводы:** 1. Травматические субдуральные гематомы головного мозга составляют существенную часть (16,7%) всех изученных гематом мозга, встречаясь в 5,4 раза чаще у лиц мужского пола, чем женского и являются серьезной патологией, приводящей в 6,1% к летальным исходам.

2. Дифференцированное лечение ТХрСГМ начинается с выбора тактики ведения больных – консервативного метода лечения или оперативного.

В подавляющем числе случаев гематомы удаляются оперативно (96,4%) и только в 3,6% больные получали консервативную терапию. В 2 х случаях нехирургического метода лечения

Таким образом, в наиболее молодом возрасте (15-24 года) все ТХрСГМ удалялись только с помощью фрезевых отверстий. В остальных возрастных группах на фоне резкого превалирования удаления гематом через фрезевые отверстия основным методом оперативного удаления ТХрСГМ является наложение фрезевых отверстий почти в 20% случаев прибегали к костно-пластической или резекционной трепанации черепа.

Выбор метода оперативного лечения зависит от многих факторов. К таким признакам относятся и тяжесть состояния больного (табл.4).

имели место летальные исходы, обусловленные не влиянием пластинчатых хронических субдуральных гематом, а тяжестью повреждения внутренних органов при сочетанной травме (1 случай) и тяжестью травматических поврежденных вещества мозга.

3. Дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства должен учитывать множество факторов, в том числе возраст больных и тяжесть их состояния.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Данчин А.Г. Хирургическое лечение хронических субдуральных гематом / А.Г. Данчин, А.Н. Хрипунов, А.А.Данчин.-К.: Варта, 2007.-168 с.
2. Семисалов С.Я. Эффективность оперативного лечения травматических хронических субдуральных гематом головного мозга/ С.Я. Семисалов, М. Яналь Куссейбати, А.В. Козинский// Вестник неотложной и восстановительной медицины.-2010.-Т.10, №4.-С.394-396.
3. Born J. D. The Glasgow – Liege scale. Prognostic value and evolution of motor response and brain stem reflexes after severe head injury/J.D. Born // Acta Neurochir. – 1988. – Vol.91, N. 1-2.- P. 1-11.
4. Koivisto T. Chronic subdural haematoma—to drain or not to drain?/Т. Koivisto, J.E. Jääskeläinen// Lancet.-2009. –Vol. 374, N. 9695.-P. 1040–1041.
5. Mori K. Arachnoid cyst is a risk factor for chronic subdural hematoma in juveniles: twelve cases of chronic subdural hematoma associated with arachnoid cyst/ K. Mori, T. Yamamoto, N. Horinaka et al.//J. Neurotrauma.-2002.-Vol. 19, N 9.-P. 1017–1027.
6. Santarius T. Use of drains versus no drains after burr-hole evacuation of chronic subdural haematoma: a randomised controlled trial/T. Santarius, P.J. Kirkpatrick, G. Dharmendra et al.// Lancet.- 2009.-Vol. 374.-P. 1067–1073.

Надійшло 14.11.2010 р.  
Рецензент: проф. Л.Д.Савенко