

## ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ И ГИДРОМ

Расулов Ж.М.,

Андижанский государственный медицинский институт.

### ✓ Резюме,

В статье приведены результаты исследования патогенетических механизмов формирования травматических субдуральных и эпидуральных гематом и гидром, а также оценка эффективности оперативного лечения. Традиционный подход к лечению в большом числе наблюдений (47,8%) продемонстрировал свою неэффективность и высокую (70%) частоту рецидивов, в связи с чем предложен альтернативный метод лечения - люмбальное дренирование.

**Ключевые слова:** черепно-мозговая травма, субдуральная гидрома, наружная гидроцефалия, люмбальное дренирование.

## БОШ МИЯ ИЧИ ГЕМАТОМА ВА ГИДРОМАЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ МАСАЛАЛАРИ

Расулов Ж.М.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

### ✓ Резюме,

Мақолада травматик субдурал ва эпидурал гематомалар ва гидромалар ҳосил бўлишининг патогенетик механизмлари ўрганиш ҳамда жарроҳлик даволаш самарадорлигини баҳолаш натижалари келтирилган. Кўп сонли кузатувларда даволанишга анъанавий ёндашув (47,8%) ўзининг самарасизлигини ва юқори (70%) такрорланиш тезлигини намойиш этди, шу билан даволашнинг муқобил усули - люмбал дренажи таклиф қилинди.

**Калит сўзлар:** бош миё шикастланиши, субдурал гидрома, ташқи гидросефалия, люмбал дренаж

## ISSUES OF SURGICAL TREATMENT OF INTRACRANIAL HEMATOM AND HYDROM

Rasulov Zh.M.,

Andijan State Medical Institute.

### ✓ Resume,

The article presents the results of a study of the pathogenetic mechanisms of the formation of traumatic subdural and epidural hematomas and hydromas, as well as an assessment of the effectiveness of surgical treatment. The traditional approach to treatment in a large number of observations (47.8%) has demonstrated its ineffectiveness and a high (70%) recurrence rate, and therefore an alternative method of treatment, lumbar drainage, has been proposed.

**Key words:** traumatic brain injury, subdural hydroma, external hydrocephalus, lumbar drainage

### Актуальность

### Материал и методы

Проблема черепно-мозговой травмы за последние годы приобрела не только медицинское, но и социальное значение, в связи с значительной частотой ее во всех континентах мира [3,5]. Среди летальных исходов (статистика ВОЗ), наступивших вследствие травмы, на долю черепно-мозговых повреждений приходится 50-70% [6].

В связи с учащением ЧМТ, естественно, участились и осложнения, сопровождающие травму. Среди них особое место занимают внутричерепные гематомы, которые по данным различных авторов составляют от 4 до 8% всех черепно-мозговых повреждений [1,4]. Следовательно, ежегодно у десятков тысяч людей после ЧМТ развивается эта тяжелая патология, требующая своевременной топографически-нозологической диагностики и неотложного оперативного вмешательства [2,3]. Таким образом, актуальность темы прежде всего обуславливается значительной частотой внутричерепных гематом.

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных с внутричерепными гематомами и гидромами.

Под нашим наблюдением в нейрохирургическом отделении находились 165 больных с внутричерепными гематомами и гидромами. Из общего количества больных 103 (62,4 %) проведены хирургические вмешательства традиционным способом (декомпрессивная трепанация черепа) и 62 (60,1 %) больным малоинвазивным методом. Среди обследованных больных мужчин - 47 (75,8 %), женщин - 15 (24,1 %). Возраст больных от 18 до 65 лет. По механизму полученной травмы: дорожно-транспортные происшествия - 43 (69,3 %), бытовая травма - 19 (30,6 %) случаев.

### Результат и обсуждение

В наших случаях полное удаление эпидуральных гематом отмечено у 26 (41,9 %) больных, в 3-х (4,8 %) случаях отмечено повторное скопление гематомы. В этих случаях производили повторные оперативные вмешательства. Во всех 33 (53,2 %) случаях субдуральных гематом и гидром повторного скопления не отмечалось, что верифицировано по данным контрольных КТ и МРТ исследований.

При поступлении больных в стационар наряду с клинико-неврологическими методами обследования проведены современные КТ и МРТ исследования черепа и головного мозга. По результатам КТ и МРТ исследования у 43 (69,3 %) больных выявлены линейные и у 5 (8,0 %) больных вдавленные переломы костей свода черепа. Наиболее часто линии перелома и гематомы располагались в теменно- височной и лобных области, в затылочной реже. Эпидуральные гематомы обнаружены у 29 (46,7 %), субдуральные гематомы и гидромы у 33 (53,2 %) больных. По объему гематомы и гидромы были в пределах от 35 см<sup>3</sup> до 80 см<sup>3</sup>.

Проведение малоинвазивного метода удаления гематом и гидром заключался в наложении 2-х, 3-х расширенных трепанационных отверстий диаметром до 1 - 2 см. В случаях эпидуральных гематом через наложенные трепанационные отверстия производили удаление путем отсасывания при помощи электроотсоса и вымывания остатков гематомы. При наличии субдуральных гематом и гидром удаление производили путем пункции ТМО, в последующем с целью удостоверения полного удаления проводилась крестообразное вскрытие на участке костного дефекта. Оперативное вмешательство завершалось дренированием субдурального пространства. В послеоперационном периоде проводили контрольное КТ исследование на 2-е, 3-е сутки, отсутствие повторного скопления жидкости являлось показанием к удалению дренажной трубки.

Учитывая полученные хорошие результаты гладкого послеоперационного течения, отсутствие эпидуральной гематомы, мы применяли данное усовершенствование и при острых и хронических внутричерепных гематомах. При наличии гематомы, после линейного или подковообразного разреза, производится щадящая треугольная или "круглая костно-пластическая трепанация" вскрывается твердая мозговая оболочка мозга, удаляется гематома, промываются и отсасываются сгустки крови.

Дефекты восстанавливаются сразу после тотального удаления гематомы. На костном лоскуте делается в двух местах 2 близлежащих отверстия, через которые проводятся швы, фиксированные на твердой мозговой оболочке на этом же участке. Костный лоскут укладывается на место и швы туго затягивают. Твердая мозговая оболочка приподымается кверху и плотно прилегает к кости, тем самым ликвидируя эпидуральное пространство, и возможности скопления крови там и формирования новой гематомы. Мягкие ткани и кожу зашиваются наглухо.

Таким образом, применяя нами разработанный метод, мы добиваемся быстрой трепанации (круговой фрезой), получаем достаточный доступ для тотального удаления гематомы, обеспечиваем постоянный отток крови из бывшей полости гематомы, и сразу же закрываем дефект черепа, тем самым исключая необходимость повторной операции, с целью пластики дефекта черепа.

Используя разработанные нами методы, удастся в более ранние сроки диагностировать наличие внутричерепной гематомы и оказать пострадавшему своевременную помощь.

Чрезвычайно важным является детальный анализ клинической симптоматики и течения заболевания у пострадавших с внутричерепными гематомами в сочетании с тяжелыми ушибами мозга, позволяющий своевременно выявить возможные осложнения и резко снизить их частоту за последние годы.

Разработанная и применяемая в клинике новая тактика, обеспечивает полную эвакуацию крови из полости гематомы, обеспечивает выздоровление больного и исключает необходимость повторной операции.

Новые хирургические приемы удаления гематомы, предложенные диссертантом, обеспечивают восстановление анатомической целостности черепа, тем самым устраняют необходимость, повторной реконструктивной операции в костях черепа.

Таким образом, мы пришли к заключению, что избранная нами тактика имеет определенные недостатки, т.к. не обеспечивает эвакуацию излившейся эпидурально или субдурально крови. Во всех этих случаях нами были использованы трубчатые дренажи по указанной выше методике.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авакян, Г. Н. Патогенез и лечение посттравматической эпилепсии / Г. Н. Авакян, Я. Б. Юдельсон, Н. Н. Маслова, Е. И. Гусев // Журн. неврол. и психиатр. - 2003. - № 9 - С. 9 - 15.
2. Белимготов Б. Х., Бения К. Р., Ибрагим С. Г. и др. Острые травматические субдуральные гидромы. / Современная наука: актуальные проблемы теории и практики/. - 2016. - № 6. с. 98 - 102.
3. Крылов В.В., Талыпов А.Э., Пурас Ю.В. Выбор метода трепанации в хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы. // Вопр нейрохир 2007; 1: 11-16.
4. Потапов А.А., Крылов В.В., Лихтерман Л.Б. и др. Современные рекомендации по диагностике и лечению тяжелой черепно-мозговой травмы. //Вопр нейрохир 2006; 1: 3-8.
5. Талыпов А.Э., Царенко С.В., Пурас Ю.В. Применение декомпрессивной и костнопластической трепанации при черепно-мозговой травме. Поленовские чтения. //Материалы Всерос. науч.-практ. конф. СПб 2005; 90-91.
6. Romito, L.M. Long - term follow up of subthalamic nucleus stimulation in Parkinsons disease / L.M. Romito, M. Scerrati, M.F. Contarino et al. // Neurology. - 2002. - №58. - P. 1546 - 1550.

Поступила 09.09. 2020