

# ДЕКОМПРЕССИВНАЯ ТРЕПАНАЦИЯ ЧЕРЕПА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЁЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Бобоев Ж.И., Хасилбеков Н.Х., Ким А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, г. Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** оценить эффективность применения ДТЧ в раннем периоде тяжёлой ЧМТ (до 24 часов с момента травмы).

**Материалы и методы:** Обследовано 105 больных с тяжёлой черепно-мозговой травмой. Пострадавшие, соответствовавшие критериям отбора (угнетение уровня бодрствования до 8 и менее баллов по ШКГ, срок с момента травмы до проведения оперативного вмешательства — не более 24 часов). По данным МСКТ головного мозга оценивали вид, объём очага повреждения мозга, величину смещения срединных структур головного мозга, степень аксиальной дислокации. Декомпрессионную трепанацию черепа проводили при наличии выраженного отёка, набухания и пролабирования вещества мозга в трепанационный дефект.

**Результаты и их обсуждения:** у большинства пострадавших в раннем периоде тяжёлой ЧМТ выполнили одностороннюю подвисочную ДТЧ — 44 больных. Двустороннюю ДТЧ провели у 57, бифронтальную ДТЧ - в 4 случаях. При однофакторном статистическом анализе клинико-инструментальных данных пострадавших выявлено, что наиболее значимыми факторами, определяющими способ краниотомии в раннем периоде ЧМТ, явились: вид очага повреждения мозга, угнетение уровня бодрствования перед проведением оперативного вмешательства, эпизоды артериальной гипотензии, величина поперечного смещения, степень аксиальной дислокации.

ДТЧ чаще всего применяли при острых субдуральных гематомах 44 больных и множественных повреждениях головного мозга 33 случаях. Частота выполнения КПТЧ при внутримозговых гематомах в сочетании с очагами ушиба

мозга составила 10 случаях, при эпидуральных гематомах — 8 больных и 10 случаях при вдавленных переломах, сопровождающихся отеком мозга. У больных, которым проводили ДТЧ, отмечали более глубокое угнетение уровня бодрствования перед операцией (в среднем  $5,5 \pm 1,3$  балла по ШКГ). Уровень бодрствования у пациентов, которым выполняли КППТЧ, был в среднем  $5,8 \pm 1,2$  балла по ШКГ.

Рецидивы внутричерепных гематом и эволюции очагов ушиба мозга, требующие повторного хирургического вмешательства, выявлены у 24 больных. Оболочечные рецидивные гематомы (субдуральные или эпидуральные гематомы и субдуральные гидромы) диагностированы у 10 больных в первые двое суток после проведения ДТЧ. При чём у 6 повторные гематомы обнаружены на стороне, противоположной ДТЧ, что, вероятно, было обусловлено перераспределением внутричерепного давления и снижением компрессии вещества мозга на поврежденные сосуды. Рецидивирующие субдуральные гидромы выявлены у 8 больных, у которых произведено дренирование гидромы. Отличные исходы лечения после проведения ДТЧ были у 4 больных, умеренная инвалидизация — у 3, тяжелая инвалидизация — у 8, вегетативное состояние — у 9 случаев. Летальность составила 81 - больных.

**Таким образом,** декомпрессивная трепанация черепа является единственным методом хирургического лечения у пострадавших с острыми травматическими внутричерепными гематомами, сопровождающимися отёком и пролабированием мозга. Проведение ДТЧ в условиях внутричерепной гипертензии позволяет снизить внутричерепного давления. Способ ДТЧ (односторонняя, двусторонняя, подвисочная, бифронтальная) должен определяться у каждого больного индивидуально на основании вида и направления дислокационного процесса. Следует отметить, что выполнение ДТЧ не предотвращает развития повторных эпизодов повышения ВЧД.