

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СУБДУРАЛЬНЫМИ ГИГРОМАМИ, ПОСЛЕ ТЯЖЕЛОЙ ЧМТ.

Ваниев С.В., Талыпов А.Э., Гринь А.А.

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва

Цель работы: Определить факторы риска развития субдуральных гигром у пострадавших с тяжелой ЧМТ и возможности оперативного вмешательства.

Материалы и методы: в нейрохирургическом отделении НИИ СП имени Н.В. Склифосовского с 01.01.2016г. по 31.12.2020г. проведено хирургическое лечение 422 пострадавшем с тяжелой ЧМТ. Мужчин 251, женщин 171. Средний возраст составил 59 лет.

Результаты: Ликвородинамические нарушения в послеоперационном периоде развились у 116 пациентов (27,5 %). У 15 пострадавших была внутренняя дизрезорбтивная гидроцефалия с расширением желудочковой системы (ВКК-2 24-32% (в среднем 27%) через 18-28 суток после травмы. У 8-х пациентов было выполнено вентрикулоперитонеальное шунтирование. Гигромы образовывались у 68 пациентов на 4-12 сутки после ЧМТ (в среднем на 7 день). Из них 25 - с сочетанными внутричерепными повреждениями (очаг ушиба + субдуральная или внутримозговая гематома), у 15 пациентов с изолированной острой субдуральной гематомой, у 7 пациентов с внутримозговой гематомой. Объем гигромы колебался от 62 до 153 см³. Смещение срединных структур варьировало от 5 до 9 мм. Уровень бодрствования перед операцией составлял от 7 до 15 баллов по шкале ком Глазго (ШКГ). Желудочки мозга были сужены, ВКК-2 составлял 9-12%. У пациентов было повышено содержание белка в ЦСЖ до 3 %. Наружное открытое дренирование было выполнено у 8 пострадавших. У 23 пострадавших было выполнено субдурально-перитонеальное шунтирование

бесклапанной системой под эндоскопическим контролем, в том числе у 5 пострадавших, которым ранее было проведено наружное дренирование гигромы и у 4 с ранее установленным люмбальным дренажем.

Уменьшение объема субдуральной гигромы и регресс латеральной дислокации после операции были у всех оперированных пациентов. У всех пациентов была положительная динамика в неврологическом статусе: повышение уровня бодрствования. У 3 пострадавших была отмечена миграция шунта, потребовавшая переустановки системы. У 3 пациентов через месяц после операции развилась внутренняя дизрезорбтивная гидроцефалия, им было выполнено ВПШ. Умерли 10 пострадавших, причиной смерти явилась пневмония и полиогранная недостаточность.

Выводы: Субдуральные гигромы развиваются у 21,94% пострадавших после тяжелой ЧМТ. Субдуральные гигромы развиваются в сроки 4-12 дней. СПШ является простым и эффективным методом лечения посттравматических субдуральных гигром.