

БАШ МЭЭНИН ЖАРААТТЫК КАН КУЮЛУУЛАРЫН АНЫКТООНУН ЖАНА ДАРЫЛООНУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

А.К. Абдымечинова, К.Б. Ырысов

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

keneshbek@web.de

Корутунду. Баш сөөк мээ жаракаты менен дарыланган 198 оорулууну талданды. Изилдөө үчүн обочолонгон жаракаттык баш сөөк ичиндеги (эпидуралдык, субдуралдык, мээ ичиндеги) же алардын ар түрдүү айкалышы менен болгон кан куюлуулары бар оорулуулар тандалып алынган. Бул изилдөөдө 130 (65,7%) эркек жана 68 (34,31%) аял болгон. Оорулуулардын орточо жаш курагы 15 жаштан 81 жашка чейин өзгөрүлүп, $48,2 \pm 4,3$ жашты түзгөн. Хирургиялык кийлигишүүлөрдүн жана консервативдүү дарылоонун оптималдык мөөнөттөрү жана ыкмалары жарааттык баш-сөөк ичиндеги кан куюлуулардын жайгашуусуна, көлөмүнө жана бейтаптын неврологиялык функцияларынын компенсация деңгээлине таянаары далилденген.

Негизги сөздөр: баш-сөөк ичиндеги жарааттык кан куюлуулар, эпидуралдык гематома, субдуралдык гематома, мээ ичиндеги гематома, хирургиялык дарылоо, консервативдик дарылоо.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А.К. Абдымечинова, К.Б. Ырысов

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Анализированы данные 198 больных с изолированной черепно-мозговой травмой. Для исследования методом сплошной выборки отбирались больные с острыми и подострыми изолированными травматическими внутричерепными гематомами (эпидуральными, субдуральными, внутримозговыми) или их различными сочетаниями. В исследовании было 130 (65,7%) мужчин и 68 (34,31%) женщин. Средний возраст больных составил $48,2 \pm 4,3$ лет, варьируя от 15 лет до 81 года. Доказано, что оптимальные сроки и методы хирургических вмешательств и консервативного лечения опираются на расположение травматических внутричерепных кровоизлияний, объем и уровень компенсации неврологических функций больного.

Ключевые слова: внутричерепные травматические кровоизлияния, эпидуральная гематома, субдуральная гематома, внутримозговая гематома, хирургическое лечение, консервативное лечение.

RESULTS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TRAUMATIC BRAIN HEMORRHAGES

A.K. Abdymechinova, K.B. Yrysov

Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The data of 198 patients with isolated traumatic brain injury were analyzed. For the study, patients with acute and subacute isolated traumatic intracranial hematomas (epidural, subdural, intracerebral) or their various combinations were selected by the continuous sampling method. There were 130 (65.7%) men and 68 (34.31%) women in the study. The average age of the patients was 48.2 ± 4.3 years, ranging from 15 years to 81 years. It is proved that the optimal timing and methods of surgical interventions and conservative treatment are based on the location of traumatic intracranial hemorrhages, the volume and level of compensation of neurological functions of the patient.

Key words: intracranial traumatic hemorrhages, epidural hematoma, subdural hematoma, intracerebral hematoma, surgical treatment, conservative treatment.

Актуалдуулугу. Баш сөөк-мээ жаракаттарынын (БСМЖ) диагностикасы жана дарылоосу, нейрохирургиянын актуалдуу маселеси болуп, акыркы жылдары көбүрөөк мааниге ээ болууда. Баш сөөк ичиндеги жаракаттык кан куюлуу диагнозу менен болгон оорулуулардын санынын көбөйүүсү адамдарды жабыркаткан техногендик факторлордун өсүшү менен гана эмес, ошондой эле ооруканалар компьютердик томографтар менен жабдыла баштаганы менен түшүндүрүлөт; бул башсөөк ичиндеги кан куюлуулардын көлөмү боюнча көбүрөөк майдасын да, ошондой эле так эмес клиникалык сүрөттөлүшү менен болгондорду да аныктоого мүмкүндүк берди [1,2,3].

Курч жаракаттык кан куюлууларды дарылоонун жападан жалгыз радикалдуу методу болуп, нейрохирургдардын көбүнүн пикири боюнча, хирургиялык метод саналат [4,5,6].

Курч жаракаттык кан куюлуулардагы хирургиялык жол менен дарылоонун жыйынтыктарын канааттандыруу деп табууга болбойт. Баш сөөк ичиндеги

жаракаттык кан куюлуулардагы өлүм 37ден 85 чейинки пайызды түзөт. Адабияттык маалыматтар күбө болгондой жаракаттык кан куюлуулар тууралуу толук маалыматтар тийиштүү түрдө жарыяланган эмес [7,8,9].

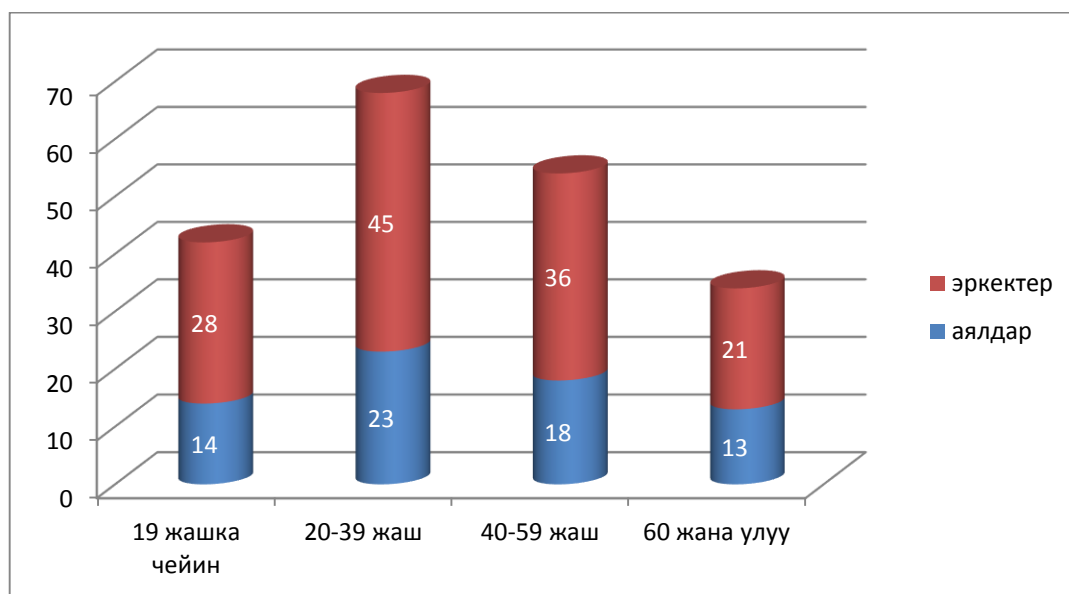
КТ менен МРТ пайда болгондон баштап кан куюлуулардын сандык (өлчөмү, көлөмү) мүнөздөмөлөрүн, алардын пайда болуу мөөнөтүн, локализациясын, түрүн, ошондой эле алардын баш мээге тийгизген таасирин аныктоого мүмкүн болуп калды. Баш сөөк ичиндеги патологиянын эволюциясын бүтүндөй жана өзүнчө кан куюлууларга динамикалык байкоо жүргүзүүгө мүмкүнчүлүк бар. Субдуралдык жана эпидуралдык кан куюлууларды таркатып жоюу мүмкүндүгүн тастыктаган иштер, аларды симптомсуз жүрүшү жөнүндө маалыматтар аз санда болсо да чыга баштады. Баш сөөк ичиндеги кан куюлууларды консервативдүү дарылоого көрсөтмөлөр кыйла кеңейтилди [10,11,12].

Иштин максаты. Жарааттык баш-сөөк ичиндеги кан куюлууларды дарылоодогу оптималдык хирургиялык жана консервативдүү тактикасын тандоо аркылуу баш мээнин жарааттык кысылуусу бар бейтаптарды дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Материалдар жана ыкмалар. Аталган изилдөөлөрдө нейротравматология бөлүмдөрүндө 2012-жылдан 2020-жылга чейинки учурда баш сөөк мээ жаракаты менен дарыланган 198

оорулууну талдап чыктык. Изилдөө үчүн обочолонгон жаракаттык баш сөөк ичиндеги (эпидуралдык, субдуралдык, мээ ичиндеги) же алардын ар түрдүү айкалышы менен болгон кан куюлуулары бар оорулуулар тандалып алынган.

Изилдөө объектиси. Биздин изилдөөдө 130 (65,7%) эркек жана 68 (34,31%) аял болгон. Оорулуулардын орточо жаш курагы 15 жаштан 81 жашка чейин өзгөрүлүп, $48,2 \pm 4,3$ жашты түзгөн (1-сүрөт).



1-сүрөт. Оорулуулардын жынысы жана жаш курагы боюнча бөлүнүшү.

Жаракаттык баш сөөк ичиндеги кан куюлуулар көп учурда жаш жана орто жаштагы адамдарда, көп учурда эркектерде (130/198 байкоо) байкалган. Жаракаттык баш сөөк ичиндеги гематомалар бир кыйла азыраак 19 жаштагы жана улгайган курактагы адамдарда байкалган.

Изилдөөнүн предмети. Баш-сөөктүн ичиндеги кан куюлууларды дарылоодо колдонулуучу нейрохирургиялык жана консервативдүү ыкмалардын

техникалык жактары, кемчиликтери жана жакшы жактары.

Таблицада көрүнүп тургандай (1-таблица), жаракаттык баш сөөк ичиндеги кан куюлуулар көп учурда транспорттук (74 байкоо – 37,4%) жана тиричиликтеги (69 байкоо – 34,8 %) жаракаттарда кездешкен. Тез жардам линиясы боюнча 110 оорулуу (55,6%) клиникага жеткирилген. 34 (17,1%) оорулууда жаракат мас абалында алынган. Булар көп учурда тиричиликтеги жаракат болгон.

Таблица 1 - Бейтаптардын жаракат алышынын түрлөрү боюнча бөлүнүшү

Жаракат түрү	Оорулуулардын саны	%
Транспорттук	74	37,4%
Тиричиликтик	69	34,8%
Көчөдө алынган	55	27,8%
Баары:	198	100%

198 оорулуудан 112 (56,5%) операция болушкан. Ал эми 86 (43,4%) оорулууга консервативдик дарылоо жүргүзүлгөн. КТ иликтөө 91 (45,9%) оорулууда жүргүзүлгөн. Баш мээсинин МРТ иликтөөсү 92 (46,5%) оорулууга жүргүзүлгөн. Оорулуулардын баары ооруканага келип түшкөндө клиникалык-неврологиялык иликтөөдөн өткөрүлгөн, баш мээсин КТ менен МРТ текшерүүлөрү жасалган, андан соң оперативдик кийлигишүү же консервативдик дарылоо жөнүндө чечим кабыл алынган.

КТ/МРТ көрсөткүчтөрү диагнозун өз убагында тактоого жана дарылоонун адекваттуу ыкмасын аткарууга мүмкүндүк берди.

Баш мээнин жарааттык кан куюлууларын аныктоонун натыйжалары. Баш сөөгүнүн ичиндеги жарааттык кан куюлуулары көбүнчө типтүү жерлерде жайгашкан ($p < 0,05$): саамай бөлүгү (51 – 25,8%), маңдай бөлүгү (47 – 23,7%), төбө бөлүгү (30 – 15,2%), баш мээнин желке бөлүгү (29 – 14,6%) жана баш сөөгүнүн арткы чуңкурчасы (19 – 9,6%) (2-таблица).

Таблица 2 - Кан куюлуулардын жайгашуусу боюнча бөлүштүрүү

Кан куюлуулардын жайгашуусу	Абс.	P±m%
Маңдай	47	23,7±2,4
Саамай	51	25,8±4,6
Төбө	30	15,2±2,5
Желке	29	14,6±1,7
Мээнин арткы чуңкурчасы	19	9,6±0,6
Эки жана андан көп бөлүктө	22	11,1±2,8
Баары	198	100,0

Баш мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн жылышуусу үч категорияга бөлүнгөн (<5 мм, 5-15 мм, >15 мм). Баш мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн 5-15 мм жылышуу даражасы 79 (40,6%) бейтапта

аныкталган, 64 (32,3%) бейтапта 15 мм ден ашуун жылышуу байкалган, 55 (27,1%) бейтапта болсо, жылышуу даражасы 5 мм ($p < 0,05$) түзгөн (3-таблица).

Таблица 3 - Мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн жылышуусу боюнча бөлүштүрүү

Оорулардын курагы	Жылышуу деңгээли (мм)			Баары
	<5 мм	5-15 мм	> 15 мм	
до 20	10	14	11	35
21-40	14	26	19	59
41-60	14	25	23	62
60 <	17	14	11	42
жалпы: абс. (P±m%)	55 (27,1 ±1,7%)	79 (40,6 ±3,9%)	64 (32,3±2,2)	198 (100,0%)

Кан куюлуулардын көлөмүнүн чоңдугуна жараша бейтаптарды бөлүштүрүү төмөнкү жыйынтыктарды көрсөттү: 100 см³ чоң көлөмдөгү кан куюлуулар 74 (37,4%) бейтапта, 50-100

см³ көлөмдөгү кан куюлуулар 84 (42,4%) бейтапта, 50 см³ чейинки кан куюлуулар 40 (20,2%) бейтапта (p<0,05) катталган (4-таблица).

Таблица 4 - Кан куюлуулардын көлөмүнүн чоңдугуна жараша бөлүштүрүү

Оорулардын курагы	<50 см ³	50-100 см ³	>100 см ³	Баары
< 20	7	14	14	35
21-40	15	25	19	59
41-60	10	27	25	62
60 <	8	18	16	42
жалпы: абс. (P±m%)	40 (20,2 ±1,8%)	84 (42,4 ±3,9%)	74 (37,4 ±4,2%)	198 (100,0%)

5-таблицада Глазго комалар шкаласына ылайык баш сөөгүнүн ичиндеги жарааттык кан куюлууларына чалдыккандардын абалын баалоо маалыматтары берилген. Көрүнүп

тургандай жабыркагандардын көпчүлүгү оор абалда болгон жана алардын абалы 8 упайга чейин жана андан төмөн бааланган - 103 (52,0%).

Таблица 5 - Глазго комалар шкаласы боюнча бейтаптарды бөлүштүрүү

Оорулардын курагы	Глазго комалар шкаласы боюнча упайлары			Баары
	12-15	9-11	< 8	
< 20	2	16	17	35
21-40	3	25	31	59

41-60	3	26	33	62
61<	1	19	22	42
жалпы	9 (4,5±0,3%)	86 (43,5±1,8%)	103 (52,0±4,4%)	198 (100,0%)

Ошол эле учурда 86 (43,5%) бейтаптын абалы 9-11 упай, 9 (4,5%) бейтаптын абалы –12-15 упайга ($p<0,05$) жеткен.

Жаракаттык баш сөөк ичиндеги кан куюлууларды алып салуу үчүн биз тажрыйбада белгилүү болгон үч нейрохирургиялык мүмкүндүктү: баш-сөөктүн сөөк-пластикалык трепанациясы (БССПТ), баш-сөөктүн резекциялык трепанациясы (БСРТ) жана кан куюлууларды кеңейтилген фрезолук тешиктер аркылуу алып салууну колдондук.

Баш мээнин жарааттык кан куюлууларын дарылоонун натыйжалары. Бул таблицадан көрүнүп

тургандай, баш-сөөктүн ичиндеги кан куюлууларды нейрохирургиялык дарылоодо баш сөөктү резекциялык трепанациялоо жана баш сөөктү сөөк-пластикалык трепанациялоо ыкмасы колдонулду. Бейтаптын абалы өтө оор болгон шартта гана кан куюлууларды кеңейтилген фрезолук тешикче аркылуу алып салуу ыкмасы колдонулат. Бул ыкма жараатка аз дуушар кылат, көп убакытты жана материалдык чыгымды да талап кылбайт. Бирок аталган ыкма компрессиянын очогун толук алып сала албайт жана гемостазды кылдат жүргүзүүгө мүмкүндүк бербейт (6-таблица).

Таблица 6 - Мээнин кысылуусуна жараша аткарылган операцияларды бөлүштүрүү

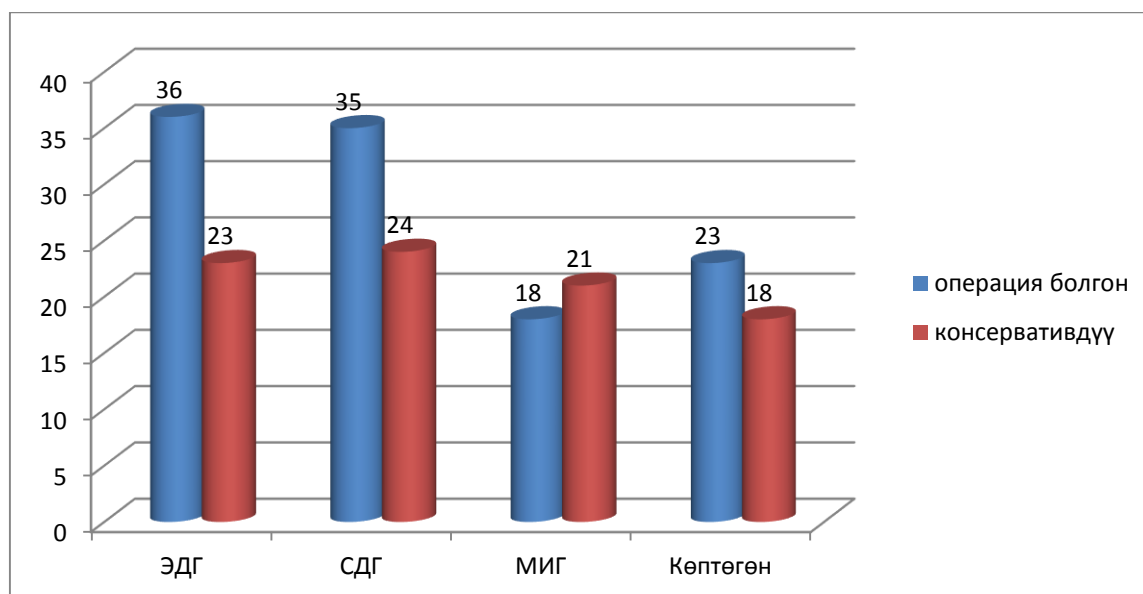
Жаш курагы	15-39	40-59	60тан	Баары	
Операция түрү	жаш	жаш	улуу	абс.	%
БСРТ	34	20	6	60	90,5
Фрезеотомия	17	19	8	44	49,0
БССПТ	6	2	0	8	3,7
Баары	57	41	14	112	100,0

Текшерилген пациенттердин баарын биз бөлүп алган эки негизги клиникалык топторго, аларга колдонулган дарылоо тактикасынын варианттарына ылайык бөлүштүрдүк.

Бул клиникалык топтордогу пациенттерди нозологиялык бирдиктер боюнча бөлүштүрүү 2-сүрөттө көрсөтүлгөн. Жаракаттык баш сөөк ичиндеги кан куюлуулары менен болгон 86 оорулууну ийгиликтүү консервативдик дарылоого жүргүзүлгөн байкоолор деталдуу талдоого алынган.

Консервативдик дарылоо үчүн көрсөтмөлөр:

- жабыркаган адамдын клиникалык субкомпенсация фазасында болуусу;
- аң сезимдин орточо же терең бузулушунун чегиндеги деңгээли (Глазго комасынын тереңдигинин шкаласы боюнча 10 балл);
- өзөк дислокациясынын клиникалык белгилеринин жоктугу;
- КТ менен МРТ маалыматы боюнча чыккый сөөгү үчүн кан куюлуулардын көлөмү 30 см^3 аз жана чеке локализациясы үчүн 50 см^3 аз. КТ, МРТ же ЭхоЭС маалыматы боюнча глобалдык мээнин жалпы түзүлүшүнүн дислокациясы 5 мм көп эмес.



2-сүрөт. Бейтаптарды кан куюлуулардын түрүнө жараша дарылоо ыкмаларына бөлүштүрүү.

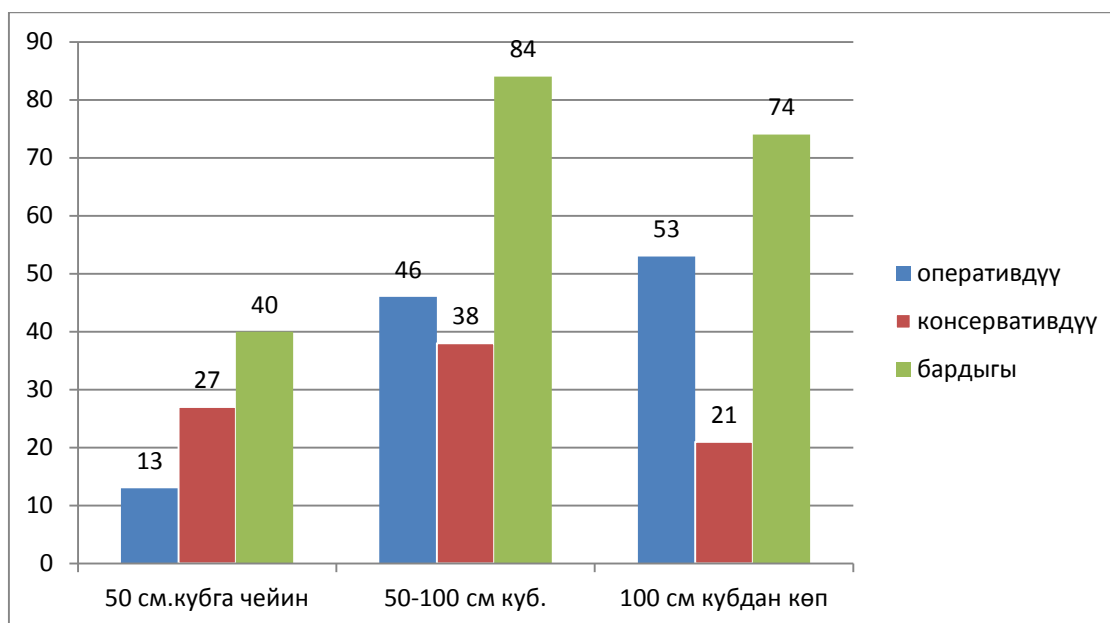
Кыскартуулар: ЭДГ - эпидуралдык гематома; СДГ - субдуралдык гематома; МИГ –мээ ичиндеги гематома.

Баш сөөк ичиндеги кан куюлууларды медикаменттер менен дарылоонун мүнөзү боюнча адабияттарда өзүнчө сунуштар жетишсиз. БСМЖни дарылоонун жалпы принциптерин жана мээнин кысылуу патогенезин негиз катары алып, биз 7 негизги пункттан турган медикаменттик дарылоонун төмөнкү жалпы схемасын сунуштайбыз: 1) Баш сөөк ичиндеги гипертензиянын коррекциясы. Оорулууларга операция жасалбаган соң, анын бар экендигин КТ-көрүнүшүнүн мүнөзү, көз түбүнүн абалы, люмбалдык пункциядагы ликвордук басым жана клиникалык симптомдор боюнча баалоого мүмкүн эле. 2) БСМЖ патогенез звенолоруна медикаментоздук таасир этүү (микроциркуляциянын, метоболизмдин бузулушу, мээнин экинчи ирээт жабыркашы). 3) Суу-электролиттик балансынын коррекциясы. 4) Энергетикалык балансты сактоо. 5) Кандын бузулушун коррекциялоо. 6)

Сезгенүүнүн татаалдашын алдын алуу жана дарылоо. 7) Симптоматикалык терапия (анальгетиктер, антипиретиктер, жүрөк терапиясы, гипотензивдүү ж.б.).

Биринчи КТ-иликтөө пациенттерге стационарга келип түшкөндө, кийинкиси 1 суткадан кийин, андан соң 3 суткадан кийин жүргүзүлгөн. Кийин бул иликтөө көрсөтмөлөр боюнча аткарылган. Клиникалык начарлоо учурунда – КТ дароо дайындалган. Биз алган маалыматтар баш мээнин жаракаттык кысылуусунун бардык формасында, анын ичинде эпидуралдык, мээ ичиндеги жана көптөгөн кан куюлууларда медикаментоздук дарылоонун натыйжалуулугуна күбө болот.

Баш сөөк ичиндеги кан куюлууларды консервативдүү дарылоону ишке ашыруунун милдеттүү шарты болуп, анын натыйжалуулугун көзөмөлдөө саналат (3-сүрөт).



3-сүрөт. Бейтаптарды кан куюлуулардын көлөмүнө жараша дарылоо ыкмаларына бөлүштүрүү

Оор жана орто оордуктагы БСМЖ жана мээнин компрессиясынын ачык көрүнгөн клиникасы менен болгон пациенттерге (ГКШ боюнча орточо 9,6+2,2 балл) биринчи сутка ичинде шашылыш хирургиялык кийлигишүү жүргүзүлгөн.

Мындай оорулуулар жалпысынан 112 болгон, алардын арасынан 12 (10,7%) каза болгон – бул биринчи клиникалык топ.

Көлөмү боюнча чектен тышкары параметри менен болгон кан куюлууларды жана мээнин ортолук структураларынын жылышуусун мындайча айтканда “аргасыз”, бирок ийгиликтүү консервативдик дарылоого байкоо жүргүзүү бул методдун дагы кандай чоң потенциалы бар экендигин көрсөтүп турат.

Жаракаттык баш сөөк ичиндеги кан куюлуулар менен болгон пациенттерди консервативдүү дарылоонун ийгиликтүү учурлары экинчи клиникалык топту түзгөн – 86 оорулуу. Ага көбүрөөк компенсацияланган, ГКШ боюнча 12,5+1,6 балл жыйнаган пациенттер кирген. Бул топто каза болгон жыйынтык жогору болгон эмес – 8 учур (9,3%). Жалпы каза болгондор 198 бейтаптын

ичинен 20 (10,1%) учурда катталган.

Баш мээнин кысылуусун хирургиялык эмес жол менен дарылоонун чектери анын патогенези мындан ары изилденсе, такталган мониторинг жүргүзүлүп, терапевтикалык таасир этүү каражаттары натыйжалуу болсо, кеңейтилиши мүмкүн.

Корутунду. Консервативдик дарылоо баш сөөк ичиндеги кан куюлуулардын бардык түрлөрүнүн, анын ичинде көптөгөн кан куюлуулардын жүрүшүнүн курч сыяктуу темпинде мүмкүн. Анын натыйжалуулугу ал үчүн кабыл алынган тандоо критерийлери сакталган учурда жогору болот. бирок анын чегинен чыгуу, негизинен ортолук структуралардын жылышынын чоңдугу жана кан куюлуу калыңдыгы боюнча чегинен чыгуу, ошондой эле оң жыйынтыктарга алып келиши мүмкүн. Консервативдик дарылоо натыйжасыз болгон учурдагы жылдырылган операциялар Глазго аяккы натыйжа шкаласы боюнча аяккы жыйынтыкты начарлатпайт. Аларды консервативдик дарылоонун татаалдашуусу катары эмес, баш-сөөк жаракатын дарылоонун бир этабы катары кароо керек.

Адабияттар

1. Дюсембеков Е.К., Аханов Г.Ж., Нурбакыт А.Н. Сравнительный анализ особенностей черепно-мозговой травмы, полученной в 1991г. и в 2015г. в г. Алматы. *Нейрохирургия и неврология Казахстана. Астана.* 2017;2(47):14-19.
2. Кадыров Р.М. Современная оценка некоторых положений об очаговых поражениях головного мозга. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева.* 2016;1:34-37.
3. Туркин А.М., Оширов А.В., Погосбекян Э.Л., Смирнов А.С. Корреляция внутричерепного давления и диаметра оболочки зрительного нерва по данным компьютерной томографии при тяжелой черепно-мозговой травме. *Вопросы нейрохирургии.* 2017;6:81-88.
4. Крылов В.В., Петриков С.С., Талыпов А.Э. Современные принципы хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы. *Неотложная медицинская помощь.* 2018;4:39-47.
5. Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мамытова Э.М. Нейрохирургические проблемы очаговых поражений головного мозга. Бишкек: Алтын тамга; 2010. 190с.
6. Педаченко Е.Г., Дзяк Л.А., Сирко А.Г. Факторы прогноза развития внутричерепной гипертензии в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы. *Укр. нейрохір. журнал.* 2017;3:26-31.
7. Потапов А.А., Корниенко В.Н., Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д. Современные подходы к изучению и лечению черепно-мозговой травмы. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии.* 2018;4(1):4-12.
8. Corrigan JD, Selassie AW, Orman JA. The epidemiology of traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 2015;25(2):72-80.
9. Faleiro RM, Faleiro LC, Caetano E. Decompressive craniotomy: prognostic factors and complications in 89 patients. *Arq Neuropsiquiatr.* 2019;66:369-373.
10. Kim KH. Predictors for functional recovery and mortality of surgically treated traumatic acute intracranial hematomas in 256 patients. *J Korean Neurosurg Soc.* 2019;45(3):143-150.
11. Kühne CA, Mand C, Lefering R, Ruchholtz S. Urgency of neurosurgical interventions for severe traumatic brain injury. *Unfallchirurg.* 2013;116(1):39-46. <https://doi.org/10.1007/s00113-011-2042-6>
12. Tomita Y, Sawauchi S, Beaumont A. The synergistic effect of acute intracranial hematoma combined with diffuse traumatic brain injury on brain edema. *Acta Neurochir Suppl.* 2017;76:213-216.