

# МЕТААНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ ГЕМАТОМАМИ

Пархоменко Н.В.<sup>1</sup>

Научный руководитель Вчерашний Л.Р.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>РМАНП, кафедра нейрохирургии

<sup>2</sup>ГКБ им. Ф.И. Иноземцева, нейрохирургическое отделение

**Актуальность.** Черепно-мозговая травма занимает лидирующее место в структуре травматизма, и, по данным некоторых авторов, достигает до 78,8% случаев, оставаясь главной причиной летальных исходов у лиц до 45 лет.

По данным Всемирной организации здравоохранения выявлен ежегодный прирост случаев черепно-мозговой травмы до 2%. Несмотря на методы оперативного лечения и широту диагностических возможностей, летальность от кровоизлияний в полость черепа при тяжелых повреждениях головного мозга оставаться на высоком уровне. Негативная динамика вызывает повышенный интерес к данной нозологии.

По данным статистики отмечен высокий процент послеоперационной летальности у пациентов с травматическими внутримозговыми гематомами в раннем послеоперационном периоде. По данным различных авторов смертность при таких повреждениях колеблется от 16,7% до 78,8%.

**Цель исследования.** Проведение статистического анализа послеоперационных летальных исходов тяжелой черепно-мозговой травмы с определением факторной зависимости при формировании травматических внутримозговых и смежных кровоизлияний.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования послужили 40 историй болезней пациентов, оперированных в период 2018-2019 годов по поводу острых травматических внутримозговых и смежных гематом в нейрохирургическом отделении ГКБ им. И.Ф. Иноземцева.

Для корректной интерпретации полученных данных сформировано две группы: группа А - умершие пациенты в раннем послеоперационном периоде и группа В - выжившие больные после проведенных хирургических санаций внутричерепных кровоизлияний. В обе группы вошли по 20 человек разного возраста и пола.

**Результаты и обсуждения.** Все пациенты, данные которых использовались в работе, госпитализировались по экстренным показаниям и получали хирургическое лечение в течение первых суток от момента поступления.

Основную долю анализируемых групп составили мужчины (80%).

Следует отметить, что половой состав внутри групп отличался. Так, в группе А соотношение мужчин и женщин составило соответственно 65% : 35%. В группе В преобладали мужчины – 95% : 5% соответственно. Литературные данные также подтверждают, что в силу распространенных причин у мужчин чаще диагностируются травматические гематомы, чем у женщин.

Возрастная динамика патологии формировалась согласно возрастной классификации ВОЗ: молодой – 18-44 лет; средний – 45-59 лет; пожилой – 60-74 года; старческий – 75-90 лет; долгожители – 90 лет и выше. В группе А не выявлено яркого процентного акцента по возрасту, пожилой возраст составил – 35%. В группе В большее количество пациентов

составили лица молодого возраста – 70%. Формирования внутричерепных травматических гематом у этой группы больных объясняется, высокой степенью травмоопасности.

Глубину угнетения сознания пациентов при поступлении оценивали по системе шкалы ком Глазго (ШКГ). В группе А среднее балльное значение ШКГ составило 9 баллов. В группе В среднее значение соответствовало 13 баллам по ШКГ, а диапазон варьировал в пределах 11-14 баллов.

При анализе историй болезней, клиническому разбору подверглись больные травматическими с внутримозговыми и смежными гематомами. Изолированные внутримозговые гематомы отмечены в 40% случаев, внутримозговые гематомы в сочетании с субдуральными гематомами – в 55%. Сочетание травматических острых субдуральных и эпидуральных гематом –наблюдалось лишь в 5% случаев.

Некоторые источники констатируют наличие крайне неблагоприятный прогноз для пациентов, у которых тяжелое повреждение мозга осложняется внутрижелудочковым кровоизлиянием. Однако при анализе данных историй болезней было выявлено, что не всегда интравентрикулярное кровоизлияние приводит к летальному исходу. В группе А внутрижелудочковая геморрагия была выявлена в 55% случаев, а в группе В - у 25% пациентов наблюдалась данная патология.

Следует отметить, что рецидивные кровоизлияния, с последующей трепанацией ухудшают прогноз. Но в настоящем исследовании, эта закономерность не подтверждена, в связи с малой выборкой клинических случаев.

Ранжирование количества травматического субстрата (кровоизлияние + детрит) проводилось по следующей классификации: малый - до 39 мл, умеренный - 40-59 мл, средний - 60-79 мл, большой - 80-99 мл, гигантский - 100 мл и больше. В группе А основную долю - 65% - составили объёмы от 80 мл и более. В группе В большая половина - 55% - кровоизлияния среднего объёма.

Типичной локализация кровоизлияний отмечена - левая гемисфера - наблюдалась у 80% всех исследуемых историях болезни. При анализе пациентов по группам выявлены следующие результаты: в группе А более половины кровоизлияний формировалось в левой лобной доле (55%). Реже геморрагии встречались в правой лобной доле, височных долях и одновременно нескольких областях. В группе В локализация травматического субстрата располагалась в правой лобной доле (16%), при этом преобладало множественная локализация (75%). Остальную часть составили изолированные гематомы височных, затылочных и теменных областей. Обзор научных источников подтверждает полученные данные.

**Выводы.** При анализе полученных данных выявлено, что исход тяжелых внутричерепных травматических кровоизлияний зависит от ряда факторов. Неблагоприятными являются: исходное нарушение уровня сознания ниже 10 баллов по ШКГ, объем кровоизлияния более 80 мл и локализация в левой лобной доле. Мужчины старше 60 лет являются группой риска в статистике летальных исходов.