

Тяжелая черепно-мозговая травма: клинико-анатомические предикторы неблагоприятных исходов в раннем и отдаленном периодах

Научный руководитель – Юсупова Мадина Мусаевна

Нукаева Хава Хамзатовна

Студент (специалист)

Чеченский государственный университет, Грозный, Россия

E-mail: vashka2323@icloud.com

Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) по сегодняшний день остается одной из актуальных медико-социальных проблем из-за высокого уровня летальности и инвалидизации, как физической, так и психосоциальной, а также низкого потенциала восстановления нервной ткани. Целью нашего исследования было выявить какие клинические и анатомические факторы по данным нейровизуализации влияют на исход в раннем и отдаленном периодах при ТЧМТ.

Материалы и методы: проведено проспективное когортное исследование 117 больных с тяжелой черепно-мозговой травмой поступивших в РКБСМП им. У.И.Ханбиева с 2014 по 2015 год включительно с оценкой катамнеза в 2021 году. Анализировались следующие параметры: возраст, пол, данные компьютерной томографии (КТ) при поступлении и в динамике, шкала ком Глазго (ШКГ) при поступлении, неврологический статус, показатели гемодинамики, выполненные операции, шкала исходов Глазго (ШИГ), модифицированная шкала Рэнкин. С целью унификации рентгено-анатомических факторов риска неблагоприятного исхода нами были разработаны Шкала повреждений мозга (ШПМ), шкала оценки величины свободного пространства в черепе (желудочки, цистерны, щели) и индекс выраженности масс-эффекта (ИВМЭ) равный отношению общей суммы баллов повреждений (ШПМ) к количеству баллов, полученному при оценке свободного ликворного пространства. Объем повреждений высчитывался в программе Advance Workstation 4,5. Обработка данных проводилась в Excel.

Результаты: Среди больных в выборке было: мужчин - 83,8%, женщин - 16,2%. В течение часа было госпитализировано 54,7% больных. 17,9% поступило позже 24 часов с момента травмы. Из 117 больных КТ при поступлении была выполнена 97% больных. Летальность составила 41 %. Полное восстановление отмечалось только у 9,4%, в остальных случаях - умеренная и грубая инвалидизация.

Из клинических предикторов неблагоприятного исхода в раннем посттравматическом периоде следует отметить - гипотонию с вазопрессорной поддержкой, водно-электролитные нарушения, стволовые нарушения (зрачковые симптомы и дещеребрация), наличие сочетанных повреждений и ШКГ при поступлении.

Чем выше был индекс выраженности масс-эффекта, тем чаще наблюдался летальный исход у больных с тяжелой ЧМТ ($p < 0,001$). Достоверной связи между сроками пребывания в реанимации и стационаре и величиной данного индекса выявлено не было, так как более длительное нахождение в реанимации было характерно для диффузно-аксональных и первичных стволовых повреждений, патогенез которых не связан с масс-эффектом. Была выявлена связь объема и видов повреждения мозга с отдаленными результатами ЧМТ.

Таким образом, выявленные клинические и анатомические факторы риска развития неблагоприятных исходов при ЧМТ тяжелой степени могут быть полезны для прогнозирования и проведения своевременных профилактических мероприятий, что особенно актуально в регионах, где отсутствуют возможности всестороннего мониторинга кровотока мозга и его функций.

Источники и литература

- 1) Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. Т.1, Москва, 1998-550 с.
- 2) Крылов В.В., Петриков С.С., Талыпов А.Э., Пурас Ю.В., Солодов А.А., Левченко О.В., Григорьев Е.В., Кордонский А.Ю. Современные принципы хирургии ТЧМТ. Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2013;(4):39-47.
- 3) Кузьменко В.А., Лихтерман Л.Б., Корниенко В.Н., Потапов А.А. Компьютерная томография в диагностике дислокационных синдромов при ЧМТ. «Вопросы нейрохирургии», 1998. № 3. С. 11-15.