

Ներգանգային հեմատոմաների ախտորոշման և բուժման առանձնահատկությունները համակցված գանգուղեղային վնասվածքներով երեխաների մոտ

Մ.Մ. Մարտիրոսյան

Շտապ օգնության մանկական կլինիկական հիվանդանոց

375039, Երևան, Արտաշեսյան 46ա

Բանալի բառեր. մանկական տրավմատիզմ, համակցված վնասվածքներ, ներգանգային հեմատոմաներ, ախտորոշման առանձնահատկություններ

Ներգանգային հեմատոմաները գանգուղեղային վնասվածքների (ԳՈՒՎ) ոչ հաճախ հանդիպող սակայն սպառնալից բարդություններից են հատկապես երեխաների մոտ [1,5,8]: Մեկուսացված ԳՈՒՎ-ի դեպքում ներգանգային հեմատոմաների կլինիկական ախտորոշման և վիրաբուժական տակտիկայի հարցերը քննարկվել և լուսաբանվել են հայրենական և արտերկրի բազմաթիվ հեղինակների կողմից [3,4,6,9,10]: Երեխաների մոտ այդ նույն հարցերը հանդիսանում են քիչ ուսումնասիրված և վիճահարույց՝ պայմանավորելով նրանց արդիականությունը [2,4,7,10]:

Ներկա հետազոտության նպատակն է երեխաների մոտ համակցված ԳՈՒՎ-ի դեպքում ներգանգային հեմատոմաների ընթացքի և ախտորոշման առանձնահատկությունների, դրանցից բխող վիրաբուժական տակտիկայի ուսումնասիրումը:

Նյութը և մեթոդները

Աշխատանքը հիմնվել է համակցված ԳՈՒՎ-ով 430 երեխաների հիվանդության պատմագրերի և մահացու ելքերի դատա-բժշկական ակտերի վերլուծության վրա, որոնք բուժվել են Երևանի Շտապ

օգնության մանկական կլինիկական հիվանդանոցում (392 հիվանդ), մայրաքաղաքի և հանրապետության մարզերի տարբեր հիվանդանոցներում (38 հիվանդ) 1994-2001 թթ ընթացքում:

Մեր նյութերում ներգանգային հեմատոմաներ հանդիպել են 19 տուժածների (4.4%)՝ 14 տղայի և 5 աղջկա մոտ: Տուժածների հասակային կազմը հետևյալն է. 1-3 տար. - 3 երեխա; 4-7 տար. - 5; 8-11 տար. - 7; 12-15 տար. - 3; 7 երեխա ԳՈՒՎ ստացել էին կատատրավմայի, 9-ը՝ ավտո-տրանսպորտային պատահարների հետևանքով, 3 երեխա վնասվածքը ստացել էին ակնակապճի միջով գլխաղեղի մեջ սրածայր մետաղական առարկայի անցման հետևանքով:

Կլինիկա ընդունվելիս ոչ մի երեխայի մոտ գիտակցության պարզ վիճակ չի արձանագրվել: Գիտակցության թեթև շնամոթություն դիտվել էր 1 տուժածի մոտ, խորը շնամոթություն՝ 5, սուպրոդ վիճակ՝ 6, տարբեր խորության կոմա՝ 7 տուժածի մոտ: Տարբեր տեսակի հեմատոմաների մասին տվյալները ներկայացված են թիվ 1, իսկ արտագանգային վնասվածքների տեղակայումն ու ծանրության աստիճանը գլխաղեղի ճնշում ունեցող հիվանդների մոտ՝ թիվ 2 աղյուսակներում:

Աղյուսակ 1

Ներգանգային հեմատոմաների բնույթը գանգուղեղային համակցված ծանր վնասվածքներով տուժածների մոտ

Տեսակը	Հիվանդների թիվը	% հեմատոմաներով հիվանդների ընդհանուր թվից	% համակցված ԳՈՒՎ-ով հիվանդների ընդհանուր թվից
Էպիդուրալ	5	26.3	1.2
Ներգանգային	4	21.1	0.9
Սուբդուրալ	2	10.5	0.5
Բազմակի	7	36.9	1.6
Սուբդուրալ հիդրոմա	1	5.2	0.2
Ընդամենը	19	100%	4.4%

Մեր կողմից ստացված տվյալները համեմատելով երեխաների մոտ մեկուսացված ԳՌՎ-ի դեպքում տարբեր տեսակի հեմատոմաների հաճախականության և կառուցվածքի վերաբերյալ Մ.Ա. Егунян-ի [4] կողմից կատարված հետազոտության արդյունքների հետ պարզել ենք, որ մեր դիտարկումների համաձայն, համակցված ԳՌՎ-ի դեպքում ներգանգային հեմատոմաները գրեթե 2 անգամ ավելի հաճախ են զարգանում, ընդ որում համակցված ծանր ԳՌՎ-ի դեպքում հեմատոմաների ընդհանուր կառուցվածքից բազմակի հեմատոմաները հանդիպում են 3 անգամ ավելի հաճախ (1.6%), քան մեկուսացված ԳՌՎ-ի ժամանակ (0.5%): Մեծահասակների մոտ, ըստ В.Д. Буряк-с-ի (1985) տվյալների, համակցված ԳՌՎ-ի դեպքում ներգանգային հեմատոմաների հաճախականությունը աճում է մոտ 5 անգամ:

Աղյուսակ 2

Ներգանգային հեմատոմաներով տուժածների մոտ արտազանգային վնասվածքների տեղակայումը և ծանրության աստիճանը

Վնասվածքի տեղակայումը	Վնասվածքներ		Դիտարկումներ	
	ծանր	ոչ ծանր	թիվ	%
Դիմա-ծնոտային շրջան	1	4	5	26,3
Կրծքավանդակ	1	1	1	5,3
Որովայնի խոռոչ	5	2	7	36,8
Վերջույթներ և կոնք	4		4	21,1
Արտազանգային բազմակի վնասվածքներ				
Ընդամենը	12	7	19	
%	63.2	36,8	100	100

Հիմնվելով արտազանգային վնասվածքների բնույթից կախված ներգանգային հեմատոմաների հաճախականության վերլուծության տվյալների վրա կարելի է նշել, որ ներգանգային հեմատոմաներով հիմնականում բարդանում են դիմային կմախքի և վերջույթների վնասվածքներով համակցված զանգուղեղային տրավմաները, ընդ որում, վերջիններիս դեպքում ներգանգային հեմատոմաները ավելի հաճախ են ուղեկցվել արտազանգային ծանր վնասվածքներով:

Արդյունքները և նրանց քննարկումը

Համակցված զանգուղեղային վնասվածքներով երեխաների մոտ ներգանգային հեմատոմաների կլինիկական-նյարդաբանական ախտանշանների ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ կոմայային-դիսլո-

կացիոն համախտանշանի զարգացումն ունի իր առանձնահատկությունները, որոնցով էլ պայմանավորված են ախտորոշման և բուժական տակտիկայի զգալի դժվարությունները:

Հեղինակների մեծամասնության կարծիքով առանձնացված ներգանգային վնասվածքային հեմատոմաների ամենաբնորոշ ախտանշանը հանդիսանում է գիտակցության խանգարման փուլայնությունը, այլ կերպ «զուսավոր շրջանի» առկայությունը: Երեխաների մոտ վերը նկարագրված ախտանշանները ներգանգային հեմատոմաներին բնորոշողներից մույնպես ամենատառանգայինն է ու դիտվում է հիմնականում էպիդուրալ հեմատոմաների ժամանակ [2,9]:

Մեր դիտարկումների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ համակցված ծանր ԳՌՎ-ից առաջացած գլխուղեղի տրավմատիկ ճնշմամբ բուրք հիվանդները ստացելու մար են ընդունվել գիտակցության խանգարումներով, ընդ որում նրանցից 11-ը (57.9%) գտնվել են սուպրոզ կամ կոմատոզ վիճակում: «Լուսավոր շրջան» դիտվել է մեր հիվանդներից միայն 4 երեխայի մոտ (21.1%), ընդ որում 1-ի մոտ այն ունեցել է «ծավալուն», իսկ 3-ի մոտ՝ «ջնջված» ընթացք: «Լուսավոր շրջանի» զարգացումը տեղ է գտել էպիդուրալ հեմատոմայով 3, և ներուղեղային հեմատոմայով 1 հիվանդի մոտ:

Այսպիսով, գիտակցության խանգարումը համակցված ծանր ԳՌՎ-ի դեպքում ևս գլխուղեղի տրավմատիկ ճնշմանը բնորոշ ամենահաճախ հանդիպող ախտանշանն է, սակայն արտազանգային վնասվածքների առկայության դեպքում այն ունի որոշակի առանձնահատկություններ: Մեր նյութերի տվյալները վկայում են, որ վերոհիշյալ տուժածների մոտ տրավմայից հետո առաջացած գիտակցության առաջնային խանգարման տևողությունն ու խորությունը առաջին հերթին պայմանավորված են եղել գլխուղեղի առաջնային վնասվածքի ծանրությամբ, սակայն որոշ դեպքերում նրա վրա իրենց ազդեցությունն են ունեցել արտազանգային վնասվածքները և նրանց հետ կապված ախտաբանական պրոցեսները (տրավմատիկ շոկ, հիպոքսիա և այլն):

Մեկուսացված ԳՌՎ-ի դեպքում ներգանգային հեմատոմաների կազմակերպման հավաստի ախտանշաններից է համարվում անիզոկորիան (բբերի անհավասարությունը): Մեր դիտարկումներում հեմատոմայի տեղակայման կողմում բբի լայնացում միջոցառ, հանդիպել է միայն 4 հիվանդի մոտ (21.1%) և հանդիսացել է միջին ուղեղի կոմայային ճնշման արդյունք: Առավել հաճախ հանդիպել է խիստ արտահայտված անիզոկորիան՝ մեկ կամ երկու բբի լույսային ռեակցիայի բացակայությամբ:

Պիրամիդալ անբավարարությամբ հանդես եկող գլխուղեղի օջախային ախտահարման նշաններ, սկսած անիզոկորիայից մինչև հեմիպարեզ, ընդհուպ մինչև հեմիպլեգիա, դիտվել են 7 տուժածների մոտ: Հարկ է նշել, որ 2 հիվանդի մոտ դեմքի շրջանի վնասվածքային ախտոցը, իսկ 9 հիվանդի մոտ

վերջույթների վնասվածքների առկայությունը զգալիորեն դժվարացրել են զանգուղեղային ներվերի և շարժական ուղղորտի հետազոտությունն ու ստացված տվյալների մեկնաբանումը: 14 հիվանդի մոտ հայտնաբերվել են երկկողմանի ախտաբանական ներքանային ռեֆլեքսներ: 9 հիվանդի մոտ դիտվել են ակնագնդերի լողացող շարժումներ, շլոթյուն: Նշված ախտանիշների լողացող շարժումները գնահատվել է որպես ուղեղաբնային համախտանիշի արտահայտություն և մեծ տեղազրական և ախտորոշիչ նշանակություն չի ունեցել:

15 հիվանդի մոտ (78,9%) երկու ստանդարտ պրոնկցիաներում կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվել են զանգուկների կտրվածքներ: Էպիդուրալ հեմատոմաներով 4 հիվանդների մոտ հայտնաբերվել են այդ իսկ կողմի ռակրային վնասվածքներ: Սուբդուրալ և բազմակի հեմատոմաների դեպքում մնացած օրինաչափություն չի դիտվել: այդպիսի հիվանդների մոտ հաճախ դիտարկվել են զանգաթաղի օղակաձև կտրվածքներ՝ անցումով դեպի զանգի հիմք և ծանր կոմատոզ վիճակ:

Բոլոր հիվանդների մոտ կատարվել է ԷԷ-հետազոտություն, որոնցից 3-ի մոտ (15,8%) ստացված արդյունքները հիմք չեն հանդիսացել ախտորոշման հաստատման համար: Գանգուղեղի ՀԸ քննությունն ախտաբանական վնասվածքի կատարումը հնարավոր է եղել անցկացնել միայն 3 հիվանդի մոտ:

Կլինիկական-ռենտգենաբանական և ԷԷ-հետազոտության տվյալների հիման վրա, հիվանդների ընդունումից 1-6 ժամ անց կենսական ցուցումներով վիրաբուժական միջամտություն հաջողությամբ իրականացվել է 6 տուժածի մոտ. 2-ի մոտ հետացվել են մեկուսացված սուր էպիդուրալ հեմատոմաները, 2-ի մոտ՝ սուբդուրալ հեմատոման և զանգուկի ներքված կտրվածքը, մեկ հիվանդի մոտ՝ սուբդուրալ հիդրոմա, և մեկի մոտ՝ ոչ ծավալուն էպիդուրալ հեմատոմա, ներառելով հեմատոմայի և սալջարդի օջախի հետ:

Մեկ հիվանդի մոտ՝ ՀԸ քննության հիման վրա սուբդուրալ հեմատոմայի հետացում և զանգուղեղի դեկոմպրեսիա կատարվել է տրավմայից 2.5 ժամ անց, սակայն հաջորդ օրը հիվանդը մահացել է առանց գիտակցության գալու:

Ենթասուր ընթացքով էպիդուրալ հեմատոմայով 2 հիվանդի մոտ վիրաբուժական բուժում հաջողությամբ իրականացվել է ընդունումից 2-2.5 շաբաթ հետո:

Մեկ հիվանդի մոտ ընդունման 3-րդ օրը, ելնելով զանգուղեղի սուր դիսլոկացիոն համախտանիշի զարգացումից, կատարվել է շտապ տրեպանացիա, սակայն էպիդուրալ հեմատոմայի ոչ տիպիկ տեղակայման հետևանքով վերջինս բաց է թողնվել: Ներառելովային հեմատոմաներով 3 հիվանդի մոտ անց է կացվել պահպանողական բուժում, որի արդյունավետությունը հսկվել է կլինիկական-մյարդաբանական դինամիկ հետազոտությամբ, ամենօրյա ԷԷ- և կրկնակի ՀԸ-հետազոտություններով: Պետք է նշել, որ վերոհիշյալ

10 վիրահատություններից 3 դեպքում (1՝ սուբդուրալ հեմատոմայի, և 2 ենթասուր էպիդուրալ հեմատոմայի հետացման) միջամտությունը կատարվել է լայնացված ֆրեզային անցքից, մնացած դեպքերում հիվանդների ծանր վիճակը, ռակրային վնասվածքների առկայությունը պայմանավորել է ռեզեկցիոն տրեպանացիայի ընտրությունը:

Մնացած 6 հիվանդի մոտ՝ գլխուղեղի ծանր սալջարդի և արտազանգային ծանր վնասվածքների առկայությամբ պայմանավորված ընդհանուր ծայրահեղ ծանր վիճակի, ինչպես նաև ոչ հստակ կլինիկական պատկերի և ՀԸ-քննության տվյալներ չունենալու հետևանքով վիրաբուժական միջամտություն չի իրականացվել, նրանք բոլորը մահացել են առաջին ժամերի և օրվա ընթացքում: Նրանց մոտ, ըստ դիա-հերձման տվյալների հայտնաբերվել են զանգի հիմի կտրվածքներ, գլխուղեղի ջնջման տարածումն օջախներ և տարբեր տեղակայման բազմաթիվ ներզանգային հեմատոմաներ:

Այսպիսով, մեր աշխատանքի նյութերի վերլուծության հիման վրա, համակցված ԳՈՒՎ-ի դեպքում կարելի է նշել ներզանգային հեմատոմաների կլինիկական պատկերի և նրանց նկատմամբ վիրաբուժական տակտիկայի հետևյալ առանձնահատկությունները.

ա) Գանգուղեղի ճնշման համախտանիշի զարգացումը արտազանգային ծանր վնասվածքների դեպքում, ի տարբերություն առանձնացված ԳՈՒՎ-ի, բնութագրվել է կլինիկական ընթացքի առավել սրտությամբ, գիտակցության խորը առաջնային խանգարմամբ, ուղեղաբնային ֆունկցիաների դեկոմպենսացիայի արագ զարգացմամբ, «լուսավոր շրջանի» տիպիկ պատկերի հազվադեպ և «ջնջված» արտահայտությամբ, հաճախ երկկողմանի օջախային նկրոնգիական ախտանիշների առկայությամբ: Գանգուղեղի տրավմատիկ ճնշում ունեցող և արտազանգային ծանր վնասվածքներով բոլոր հիվանդները կլինիկա են ընդունվել շատ ծանր՝ կլինիկական դեկոմպենսացիայի ֆազայում:

բ) Բազմակի հեմատոմաների զգալի հաճախացում (դիտարկումների 36,9%-ը), որն ուղեղի սալջարդի օջախների և զանգի ներքված կտրվածքների հետ գնդակցված լինելու դեպքում պայմանավորում է ուղեղի ճնշման օջախների և գործոնների բազմակիությունը, որոնց արդյունքում՝ հիվանդների վիճակի սրընթաց վատացումը:

գ) Վերոհիշյալ համազանգների, ինչպես նաև ընդհանուր ծանր վիճակի և հաճախ ուղեկցող արտազանգային վնասվածքների հետևանքով կլինիկական-մյարդաբանական հետազոտության և նրա արդյունքների մեկնաբանման զգալի դժվարացում, որը պայմանավորել է ախտորոշիչ տրեֆինացիայի մեթոդին առավել հաճախ դիմելու անհրաժեշտությունը և վիրահատությունների՝ ռեզեկցիոն տրեպանացիայի եղանակով կատարումը:

Особенности диагностики и лечения внутричерепных гематом у детей с сочетанными черепно-мозговыми травмами

М.М. Мартиросян

Изучены истории болезни 430 детей с сочетанными черепно-мозговыми травмами (ЧМТ), из них у 38 детей (8,8%) был вдавленный перелом черепа. Отмечается, что у половины пострадавших тяжесть общего состояния в большей степени обусловлена внечерепными повреждениями, травматическим шоком. Диагностика вдавленного перелома черепа (ВПЧ) при сочетанной ЧМТ не представляет особой трудности. Основные трудности были связаны с выбором объема и времени проведения операции. Последнее решалось, исходя из наличия синдрома сдавления головного мозга и необходимости профилактики инфекционных осложнений. Было отмечено, что при открытых мно-

гооскольчатых ВПЧ, вследствие травматической декомпрессии головного мозга, приблизительно у 60% больных развитие внутричерепной гипертензии и дислокационных признаков задерживается. Указанное обстоятельство дало возможность отсрочить оперативное вмешательство и "освободившееся время" использовать для выведения больного из шокового состояния, проведения неотложных диагностических и лечебных мероприятий, связанных с внечерепными повреждениями, перевода больных в специализированную клинику. Обязательным условием указанной лечебной тактики являлось проведение мощной антибактериальной и противовоспалительной терапии.

The peculiarities of the diagnostics and treatment of intracranial hematomas in children with combined cranio-cerebral injuries

M.M. Martirosyan

The case histories of 430 children with combined cranio-cerebral traumas (CCT) have been studied and analyzed. In 19 children intracranial hematomas were found out. The extracranial injuries in the patients of this group resulted in deep primary disorders of consciousness, acuteness of the course, fast decompensation of the trunkal functions, a rare and weak manifestation of the typical picture of "light gap", presence of often double-

sided focal neurologic symptoms. Parallely, a significantly increased frequency of multiple intracranial hematomas was found. All above mentioned created additional difficulties for clinical-neurologic examination, interpretation of the obtained data, which dictated the necessity of conduction of diagnostic trephination; cranial trepanation was mainly conducted by resection (62,5%); the mortality rate was rather high (31,6%).

Գրականություն

1. Артарян А.А., Бродский Ю.С., Лихтерман Л.Б. и др. В кн.: Клиническое руководство по ЧМТ, т. 1, М., 1998, с. 69.
2. Банин А.В. Черепно-мозговая травма средней тяжести и тяжелой степени у детей. Автореф. докт. дис., М., 1993.
3. Гайтур Э.И., Потапов А.А., Лихтерман Л.Б. и др. В кн.: Острые сдавления головного мозга, М., 1998, с. 26.
4. Егунян М.А. Тяжелая черепно-мозговая травма у детей. Киев, 1998.
5. Зотов Ю.В., Щедренко В.В. Хирургия травматических внутричерепных гематом и очагов размножения головного мозга. Л., 1984.
6. Лебедев В.В., Охотский В.П., Каншин Н.Н. Неотложная помощь при сочетанных травматических повреждениях. М., 1980.
7. Педаченко Г.А. Курс избранных лекций по нейрохирургии. Киев, 1996.
8. Cervantes L.A. J. Neurosurg., 1983, 59, p. 351.
9. Molloy C.J. et al. Child's Nervous System, 1990, 6, p. 383.
10. Reider-Groswasser I., Frishman E., Razon N. Brain Inj., 1991, 5, p. 17.