

Черепно-мозговая травма, практический взгляд нейрохирурга

С.Е. ТИХОМИРОВ,
врач-нейрохирург,
кандидат медицинских наук
ГБУЗ НО «Павловская ЦРБ»,
Нижегородская обл., г. Павлово

Чаще лечение консервативное

В России ежегодно черепно-мозговую травму (ЧМТ) получают около 600 тыс. человек. Из них 50 тыс. умирают, еще столько же становятся инвалидами.

Наиболее часто встречается легкая черепно-мозговая травма, нозологически именуемая как «сотрясение головного мозга». Клиника общеизвестна: кратковременная утрата сознания после травмы с возможной анте- и ретроградной амнезией и жалобами на головную боль, головокружение, тошноту. Диагноз ставится в основном на основании субъективных жалоб пациента, так как объективная неврологическая симптоматика может быть выявлена у детей, но у взрослых обнаруживается редко. Современные методы исследования головного мозга — компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) не выявляют объективной травматической патологии головного мозга. Но это не означает, что в головном мозге при ЧМТ не происходят органические изменения. Исследование, проведенное в НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко на магнитно-резонансном томографе высокой мощности (12 Тл), позволило выявить при легкой черепно-мозговой травме ультраструктурные изменения в проводящих путях головного мозга [Потапов А.А., 2009]. Но это исследование носит преимущественно академический характер, так как разрешающая способность рутинно используемых МРТ с мощностью 0,5—1,5 Тл не позволяет выявить ультраструктурные изменения.

Для лечения легкой ЧМТ используют ноотропные и анальгетические препараты в течение 3—4-х недель, в течение которых описанные симптомы полностью регрессируют.

Более серьезное значение имеет тяжелая ЧМТ: ушибы головного мозга и сдавление головного мозга внутричерепной травматической гематомой, нередко приводящие к инвалидизации пациента или летальному исходу. У взрослых выделяют три степени тяжести очаговых ушибов головного мозга. В отдельную форму выделяется ушиб головного мозга по механизму диффузного аксонального повреждения, характерного для травм при ДТП.

В большинстве случаев лечение ушибов головного мозга консервативное. При прогрессировании очагов ушибов, трансформации их в очаги ушиба-размозжения («травматические внутри-мозговые гематомы»), приводящим к

дислокации структур мозга, выполняется оперативное вмешательство. Большая же часть оперативных вмешательств при тяжелой ЧМТ проводится по поводу сдавления головного мозга травматическими оболочечными гематомами: эпи- и субдуральными, а также при вдавленных переломах свода черепа.

Российские особенности

Следует также отметить коварную особенность внутричерепных гематом: нередко для этой патологии характерно двухфазное течение. Вначале наступает утрата сознания больным непосредственно после травмы. Затем следует «светлый промежуток», который может длиться от нескольких часов до нескольких дней. Больной приходит в сознание, жалуется на головную боль, тошноту, головокружение. В неврологическом статусе может выявляться менингеальный синдром, очаговые неврологические симптомы. Далее вследствие патофизиологических процессов развивается фаза декомпенсации: больной впадает в кому, и при отсутствии своевременной медицинской помощи может наступить летальный исход.

Ведущую роль в диагностике тяжелой ЧМТ в настоящее время принадлежит КТ и МРТ. Широкое внедрение этой аппаратуры не только в региональных центрах, но и некоторых районных стационарах в рамках программы травматологиче-

ских больных превышает пропускную способность кабинета КТ, да и объективные показания для исследования, связанного с лучевой нагрузкой, есть далеко не у всех пациентов. Во-вторых, тариф ОМС не покрывает расходы проведения КТ пациенту, обратившемуся в стационар, но затем направленному на амбулаторное лечение. Поэтому в большинстве случаев выполняется рутинное исследование — рентгенография черепа в 2-х проекциях и при необходимости в специальных укладках. Диагностическая ценность рентгенографии при ЧМТ ограничивается возможностью выявления переломов свода и основания черепа, но визуализировать травматическую патологию самого головного мозга не позволяет. В сложившейся ситуации существует вероятность пропустить тяжелую ЧМТ: при отсутствии на краниограммах данных, подтверждающих перелом черепа, пациент госпитализируется или направляется на амбулаторное лечение с диагнозом «сотрясение головного мозга». Поэтому к пациентам с ЧМТ следует относиться с «гематомной настороженностью»: при сохранении жалоб на головную боль, тошноту более 10 дней, отрицательной динамики неврологического статуса необходимо направить пациента на КТ или МРТ головного мозга. Только эти исследования могут полностью исключить или подтвердить тяжелую ЧМТ.

К пациентам с ЧМТ следует относиться с «гематомной настороженностью»: при сохранении жалоб на головную боль, тошноту более 10 дней, отрицательной динамики неврологического статуса необходимо направить пациента на КТ или МРТ головного мозга



ских центров, несомненно, способствует улучшению и облегчению диагностики тяжелой ЧМТ. В идеале всем больным, обратившимся в стационар с клиникой ЧМТ, показано выполнение КТ головного мозга. Это обследование входит в стандарт обследования в приемном отделении стран Евросоюза и оплачивается страховыми компаниями.

В России ситуация несколько иная. Во-первых, бригады скорой медицинской помощи, врачи поликлиник и травматологических пунктов в силу объективных и субъективных причин часто необоснованно диагностируют у пациента ЧМТ, то есть имеет место гипердиагностика, желание «перестраховаться», направить пациента «от себя». Это приводит к избыточному потоку пациентов, обращающихся в стационар к нейрохирургу. Выполнить всем КТ головного мозга невозможно. Ведь численность

Вопрос воли и желания

Отдельно стоит осветить тему доступности нейрохирургической помощи. Для России эта тема весьма актуальна. Если в крупных городах, областных центрах, как правило, проблем нет, то в районных стационарах до настоящего времени нередки случаи, когда больного с тяжелой ЧМТ вынужденно оперирует травматолог или хирург. Вынужденно — потому что нет нейрохирурга, а состояние больного требует неотлагательной операции. Жизнь при этом нередко спасается, но функциональные результаты не всегда оптимальны.

В Московской области было проведено исследование, в котором сравнивалась летальность и послеоперационные функциональные результаты при тяжелой ЧМТ в разных стационарах (имеющих и не имеющих КТ), а также результаты операций, когда оперировал дежурный

травматолог или хирург, с результатами операций, выполненных нейрохирургом. Наилучшие показатели были именно в тех случаях, когда пациента оперировал нейрохирург [Качков И.А., Чмелев В.С., 2007 г.].

Отчасти проблема доступности специализированной помощи в районах решается так называемой службой санитарной авиации, функционирующей при областных и республиканских больницах. Но, во-первых, название устарело: в настоящее время выезд специалиста в большинстве случаев осуществляется автомобильным транспортом (часто этого достаточно), во-вторых, в силу объективных и субъективных причин доступность специалиста в нужное время и в нужном месте не всегда обеспечивается. В некоторых регионах функция санитарной авиации передана региональному центру медицины катастроф. Опыт Свердловской области показал хорошую эффективность этого организационного решения.

Конечно, программа создания первичных сосудистых и травматологических центров на базе крупных районных стационаров с прикреплением смежных районов, реализуемая в последние годы, позволила существенно повысить доступность специализированной помощи. В штатное расписание некоторых травматологических центров введена ставка нейрохирурга, а в ряде стационаров введены нейрохирургические койки. Это позволяет привлекать на работу нейрохирурга на постоянной основе или в качестве внешнего совместителя. Это, несомненно, положительный момент, поскольку, когда есть постоянный специалист, налаживается комплаенс, необходимый для качественной работы.

Оснащение районных стационаров компьютерными томографами приблизило современную качественную диагностику, позволив отказаться от архаичного наложения диагностических фрезевых отверстий при тяжелой ЧМТ. Но для качественной оценки тяжелой ЧМТ, определения тактики лечения снимки обязательно должен просмотреть нейрохирург: ведь далеко не всегда показана операция. Современные технологии позволяют легко передавать изображения в цифровом формате по электронной почте, что не требует существенных финансовых затрат. Нужна в первую очередь воля и желание администрации и практических врачей. Но реализуется это далеко не во всех стационарах.

Итак, современные возможности нейрохирургии позволяют не только спасти жизнь больного, но и во многих случаях обеспечить хорошее функциональное восстановление пациента, вернуть ему работоспособность, дать возможность полной социальной реабилитации после перенесенной тяжелой ЧМТ. ■