

УДК 616—003.215—036.8—053.2

Катамнестическое обследование пострадавших, перенесших в детском возрасте черепно-мозговую травму с наличием травматических внутримозговых гематом

Кардаш А.М., Козинский А.В.

Донецкий государственный медицинский университет, г. Донецк, Украина
ДОКТМО им.Калинина, г. Донецк, Украина

Ключевые слова: катамнез, черепно-мозговая травма, внутримозговые гематомы, дети, последствия, эпиприступы.

Для выработки правильной тактики лечения любого заболевания, в том числе и травматических внутримозговых гематом, помимо клиники и характера течения заболевания не менее важно знать отдаленные результаты лечения. В отношении степени черепно-мозговой травмы (ЧМТ) среднетяжелой и тяжелой, а иногда и легкой у детей утвердилось мнение, что нередко отдаленные результаты лечения не соответствуют ближайшим исходам. Отличительными особенностями ЧМТ у детей являются высокое разнообразие различных патологических изменений в отдаленном периоде ЧМТ и по отдельным данным более длительные, чем у взрослых, сроки восстановления нарушенных функций [2, 4, 5, 6, 11, 15, 16].

Согласно обобщенным литературным данным [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14], наиболее часто в отдаленный период ЧМТ наблюдаются синдромы травматической церебральной, гипертензионно-гидроцефальный, травматической эпилепсии, синдром двигательных нарушений. Синдром посттравматической эпилепсии может развиваться как в ближайшее время после травмы, так и в отдаленный период, уже после проявления всех прочих посттравматических изменений с началом появления первых эпилептических приступов через 18 мес после травмы [5].

В то же время подробный анализ данных катамнестического обследования пострадавших, перенесших в детском возрасте ЧМТ с наличием травматических внутримозговых гематом, встречается довольно редко. Это в первую очередь связано с тем, что имеющиеся по данной теме работы охватывают недостаточное количество материала. Описания острых, подострых и хронических травматических гематом у детей редко включают в себя более 30 наблюдений и соответственно

катамнез удается собрать у трети, в лучшем случае у половины пострадавших. Тем не менее, и этих данных достаточно для утверждения положения о том, что изменения в катамнезе у детей, перенесших травматические внутримозговые гематомы, отличаются от изменений у взрослых, и данная тема нуждается в более детальном изучении [2, 4, 6, 7, 12, 16].

Материал и методы. Работа основана на анализе катамнеза 47 пострадавших, находившихся в возрасте до 14 лет на лечении в клинике нейрохирургии при Донецком государственном медицинском университете с 1987 по 1998 г. по поводу травматических внутримозговых гематом. Всего за этот период в клинике находилось 111 пострадавших в возрасте до 14 лет с травматическими внутримозговыми гематомами, из которых 27 погибли и 84 выписаны из стационара для дальнейшего амбулаторного лечения. Для катамнестического обследования были приглашены все выписанные больные. Из 84 пострадавших отдаленные исходы изучены у 47 (56%).

Из вышеуказанных 47 пострадавших ЧМТ получили в возрасте до 3 лет 8 больных, от 3 до 7 лет — 15, от 7 до 14 лет — 24.

Эпидуральные гематомы были у 28 пострадавших (из них у 1 хроническая), субдуральные — у 10 (из них у 1 хроническая), внутримозговые — у 6, сочетание нескольких видов гематом — у 3.

Из 47 пострадавших 20 обследованы двукратно с интервалом приблизительно 1 год. Сроки наблюдения приведены в таблице.

Для проведения катамнестического обследования пострадавшим были высланы письма с предложением явиться на обследование с целью выявления остаточных явлений перенесенной ЧМТ, а при невозможности явиться

Таблица. Сроки обследования в катамнезе.

Первый срок обследования после ЧМТ	Количество обследованных	Из них обследованы дважды
От 1 до 2 лет	21	13
От 2 до 5 лет	17	7
От 5 до 10 лет	9	0
Всего	47	20

ся — заполнить анкету, в которой отражалось отсутствие или наличие головной боли, нарушений зрения, слуха, речи, судорожных припадков, приступов потери сознания, двигательных нарушений. По каждому из критериев приводили ряд дополнительных вопросов для уточнения характера нарушений и выявления дополнительных причин, помимо перенесенной ЧМТ, которые могли бы вызвать данные нарушения. Учитывали как мнение больного и его родственников, так и данные обследования врачами при лечении и обследовании пострадавшего после выписки из клиники. Помимо этого приводили вопросы для уточнения характера физического и интеллектуального развития пострадавших (какие выполняет работы по дому, как дается или давалась учеба, средняя успеваемость и др.).

Из 47 вышеупомянутых пострадавших 38 обратились для обследования в клинику и у 9 мы выносили суждения на основании анкет. Кроме того, имеются данные о том, что двое больных погибли от причин, не связанных с данной черепно-мозговой травмой. Сведения об остальных пострадавших неизвестны.

Результаты и их обсуждение. Следует отметить, что далеко не всегда заболевание, расцененное в острый период как закончившееся благоприятным исходом, не проявляло себя в дальнейшем. Только 5 пострадавших (перенесших ЧМТ в возрасте от 6 мес до 7 лет) не предъявляли никаких жалоб. Из них у 4, обследованных в клинике, не было никаких неврологических нарушений. Из 5 пострадавших 3 были оперированы по поводу супратенториальных острых оболочечных гематом (2 с эпидуральными гематомами, 1 с субдуральной), двое лечились консервативно (1 — с эпидуральной гематомой, 1 — с субдуральной).

Более или менее выраженные нарушения имелись у 42 пострадавших (89,4% от 47). Доминировали признаки умеренной цефалгии и церебрастении. Головную боль, не связанную с сопутствующими соматическими заболеваниями, наблюдали у 37 (78,7%) больных. Из них у одного больного в течение 4 лет после

травмы была невыраженная постоянная непрерывная головная боль, у 15 (31,9%) — периодическая частая, у 21 (44,7%) — редкая периодическая головная боль. У 24 (51,1%) больных отмечали повышенную нервозность, раздражительность, быструю утомляемость, преимущественно при интеллектуальных нагрузках, плохая обучаемость.

Все наиболее выраженные изменения в отдаленный период встречались у больных, находившихся на лечении по поводу острых (подострых) травматических внутричерепных гематом. У 4 (8,5%) больных отмечали периодические эпилептические приступы. Из них в острый период один ребенок в возрасте 6 лет имел субдуральную гематому правой теменно-затылочной области объемом около 15 мл, другой ребенок 13 лет имел эпидуральную гематому левой теменно-височной области объемом около 100 мл. Помимо внутричерепных гематом, сопутствующих очагов ушиба головного мозга по данным компьютерной томографии (КТ) у этих больных не было. У обоих приступы были в острый период ЧМТ и возобновились в течение 3 мес после травмы. Один больной, оперированный в возрасте 6 мес по поводу эпидуральной гематомы правой теменно-височной области объемом около 60 мл, не имел в острый период эпилептических приступов, которые появились через 1 год после ЧМТ и носили преимущественно общесудорожный характер с частотой от 1—2 раз в месяц до 2 раз в год. У него также на КТ не было сопутствующих очагов ушиба головного мозга. У всех троих пострадавших при катамнестическом обследовании на КТ не было выявлено патологических изменений. У одной пострадавшей, получившей травму в возрасте 9 лет и леченной консервативно по поводу внутримозговой гематомы правой лобной доли, располагавшейся конвекситально-полюсно, на фоне полного благополучия возникли редкие эпилептические очагового характера частотой 1—2 раза в год через 6 лет после травмы. Внутримозговая гематома у нее была объемом около 13 мл и сформировалась в очаге ушиба головного мозга. Общий объем гематомы и очага ушиба головного мозга у нее составил около 20 мл. При катамнестическом обследовании на КТ у нее выявлено формирование мозгового рубца с подтягиванием переднего рога правого бокового желудочка к полюсу лобной доли.

У 1 (2,1%) больного, уже упоминавшегося ранее по поводу эпилептических приступов (ребенок 13 лет с эпидуральной гематомой левой теменно-височной области объемом около 100 мл) и имевшего в острый период ЧМТ застой дисков

зрительных нервов, сохранялось стойкое снижение остроты зрения на оба глаза до 0,6 и 0,7 соответственно. Данный больной поступил в клинику и был прооперирован через 9 сут после травмы (в связи с поздним поступлением в стационар из периферической больницы). Кроме того, необъяснимым (с учетом наших возможностей обследования) является характер снижения зрения у 4 (8,5%) больных, у которых при выписке из клиники не было нарушения зрения и застойных явлений на глазном дне. Постепенное ухудшение зрения началось через 0,5 года после травмы и длилось в течение 1—1,5 года с последующей стабилизацией остроты зрения в пределах 0,6—0,8. У всех 4 больных при катamnестическом обследовании не выявлено изменений глазного дна, прозрачных сред глазного яблока и патологических изменений на КТ. Из этих 4 больных 2 имели эпидуральные конвекситальные гематомы височной и лобно-теменно-височной области объемом 60 и 80 мл соответственно (у обоих справа), 1 — внутримозговую гематому правой теменной доли объемом около 25 мл. У них не было сопутствующих очагов ушиба головного мозга на КТ, зрительных нарушений и застойных изменений на глазном дне как при госпитализации, так и при выписке из стационара. У 1 ребенка в возрасте 12 лет, оперированного по поводу субдуральной гематомы правой теменно-височной области объемом около 10 мл, на КТ не было выявлено очагов ушиба головного мозга, однако имелась левосторонняя гомонимная гемианопсия и снижение остроты зрения до 0,6, в связи с чем было заподозрено наличие очага ушиба головного мозга справа выше уровня хиазмы. Застойных изменений на глазном дне у этого больного не было, при выписке из клиники острота зрения нормализовалась, гемианопсия регрессировала.

Из 15 пострадавших, имевших в острый период гемипарез, у 8 при обследовании в клинике отмечен полный регресс очаговой неврологической симптоматики, у 1 — сохранилась рефлекторная пирамидная недостаточность в виде повышения рефлексов по гемитипу, у 6 — легкие или умеренные гемипарезы.

Из 4 больных, имевших в острый период речевые нарушения, последние сохранялись у 2 (согласно анкетным данным), хотя и меньшей степени выраженности (2 с внутримозговыми гематомами левой лобной доли, 1 с субдуральной гематомой левой лобно-теменно-височной области, 1 с сочетанием внутримозговой гематомы левой височной доли и

субдуральной гематомы левой лобно-височной области).

Мы не смогли объяснить причины развития элементов сенсорной афазии у ребенка правши, оперированного по поводу острой эпидуральной гематомы правой лобно-теменно-височной области объемом около 70 мл и не имевшего сопутствующих очагов ушиба головного мозга по данным КТ. Травму больной перенес в возрасте 4 лет, речевые нарушения начали развиваться через 2 года после травмы с отрицательной динамикой в течение года. Потом состояние стабилизировалось, но речевые нарушения остались. На КТ через 3,5 года после ЧМТ патологических изменений у него не выявлено.

У 1 больного, имевшего двухстороннее поражение слуховых нервов, сохранялось снижение слуха на оба уха.

Всего КТ в катamnезе выполнено 28 пострадавшим. Помимо вышеупомянувшегося случая формирования мозгового рубца, у 3 больных (1 с полушарной конвекситальной субдуральной гематомой, 1 с полушарной конвекситальной субдуральной гематомой и очагом ушиба головного мозга в зоне проекции гематомы, 1 с полушарной конвекситальной эпидуральной гематомой) отмечалось двухстороннее расширение боковых желудочков до 1,0—1,2 см, у 1 — расширение тела бокового желудочка на стороне имевшейся ранее полушарной внутримозговой гематомы. Доминирующими проявлениями у них в катamnезе были цефалгический и церебрастенический синдромы. У 2 больных, оперированных по поводу внутримозговых гематом (у 1 — полушарная, у 1 — в гемисфере мозжечка), имелись послеоперационные кисты. У 20 пациентов патологических изменений на КТ не было выявлено.

У 1 пострадавшего, у которого была удалена острая субдуральная гематома правой височно-теменной области объемом 50 мл, на КТ через 27 сут признаков гематомы не было, мозг расправился. При повторном поступлении в стационар через 0,5 года на КТ в той же области выявлена хроническая субдуральная гематома толщиной до 1,5 см. Последняя была удалена через трепанационное отверстие.

Обращает на себя внимание отсутствие четкой корреляции между тяжестью состояния пострадавших при поступлении в клинику и выраженностью отдаленных последствий. Так, из 47 обследованных в катamnезе больных при поступлении в стационар тяжелое и крайне тяжелое состояние было у 14 (29,8%).

Из этих 14 больных только у 2 имелись выраженные отдаленные последствия. Это вышеупомянутый ребенок с эпидуральной гематомой правой лобно-теменно-височной области, у которого через 2 года после травмы начали развиваться элементы сенсорной афазии, и ребенок, оперированный в возрасте 6 мес по поводу эпидуральной гематомы правой теменно-височной области, не имевший в острый период эпилептических приступов, которые появились через 1 год после ЧМТ. У прочих вышеописанных больных, имевших выраженные отдаленные последствия, при поступлении в клинику общее состояние было расценено как среднетяжелое или даже относительно удовлетворительное. В тоже время у 1 ребенка, поступившего в стационар в возрасте 6 мес в крайне тяжелом состоянии и оперированного по поводу субдуральной гематомы правой теменной области (объем около 22 мл), при катамнестическом обследовании через 6 лет после травмы не было никаких жалоб и не выявлено патологической неврологической симптоматики.

Выводы. 1. При катамнестическом обследовании детей с внутричерепными гематомами наиболее часто выявляемыми нарушениями были цефалгический и церебрастенический синдромы.

2. У отдельных больных в отдаленный период ЧМТ могут проявляться нарушения, которых не было в острый период (ухудшение зрения, речи, судорожные припадки).

3. У большинства пострадавших в отдаленный период ЧМТ сколь-нибудь значительные изменения на КТ отсутствуют.

4. У пострадавших, перенесших в детском возрасте ЧМТ с наличием травматических внутричерепных гематом, регресс неврологической симптоматики наблюдается в течение длительного времени, у многих более 2 лет.

5. Пострадавшие детского возраста с травматическими внутричерепными гематомами после окончания стационарного лечения нуждаются в длительном диспансерном наблюдении, восстановительном и профилактическом лечении как минимум в течение 3 лет после получения ЧМТ, даже при удовлетворительном регрессе неврологической симптоматики.

Список литературы

1. Алиев З.М. Дифференцированное лечение детей, перенесших закрытую черепно-мозговую травму // Журн. невропатологии и пси-

- хиатрии им. С.С.Корсакова. — 1985. — 10. — С. 1452 — 1456.
2. Банин А.В. Черепно-мозговая травма средней и тяжелой степени у детей: Клиника, диагностика, лечение, исходы: Автореф. дис... д-ра мед.наук. — М., 1993. — 422 с.
3. Березовская С.Я. Диспансеризация детей, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму // Актуальные вопросы патологии детей старшего возраста: Сб. науч. тр. — Алма-Ата, 1985. — С. 140 — 145.
4. Березовская С.Д. Последствия ушибов головного мозга у детей: Клиника, диагностика, лечение: Автореф. дис...канд.мед.наук. — М., — 1985. — 29 с.
5. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме/ Под ред. Коновалова А.Н., Лихтермана Л.Б., Потапова А.А. — М.: Антидор, 1998. — Т.1. — 550 с.
6. Мельников С.А. Катамнез детей с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы // Журн. невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. — 1972. — Т.72. — 10. — С. 1483 — 1487.
7. Молодецких Г.Д., Кирдан К.П. Последствия черепно-мозговой травмы у детей и их профилактика: Метод. рекомендации. — М., 1980. — 22 с.
8. Немсадзе В.П., Кузнецких Е.П., Горбачев О.С. Особенности черепно-мозговой травмы у детей первого года жизни // Педиатрия. — 1980. — №6. — С. 61—64.
9. Ормантаев К.С. Тяжелая черепно-мозговая травма у детей. — Л.: Медицина, 1982. — 287 с.
10. Пельц Б.А., Теленгатор А.Я. Прогнозирование исходов и сроков лечения закрытой черепно-мозговой травмы у детей по данным катамнеза // Совершенствование организации медицинской помощи, диагностики и лечения при механических травмах у детей на этапах медицинской эвакуации. — М., 1980. — С. 87 — 92.
11. Ромоданов А.П., Разумовская-Молукало Л.П., Спиридонова Н.В. Отдаленные результаты черепно-мозговой травмы и нарушение церебральной гемодинамики // VII Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров. — М., 1981. — С. 256—259.
12. Ромоданов А.П. Прогрессирующие последствия черепно-мозговой травмы // Вопр. нейрохирургии. — 1986. — 1. — С. 13—17.
13. Современные представления о патогенезе закрытой черепно-мозговой травмы // Под ред. чл. кор. АМН Украины, проф. Педаченко Е.Г. — К.: Задруга, 1996. — 282 с.

14. Соловьева Т.А., Харитонова К.И. О последствиях черепно-мозговой травмы у детей и роли диспансеризации в улучшении методов лечения // *Вопр. детс. нейрохирургии: Респ. сб. науч. тр.* — Л., 1985. — С. 55 — 59.
15. Черний В.И., Кардаш А.М., Городник Г.А., Дроботько В.Ф. Диагностика и лечение отека и набухания головного мозга. — К.: Здоров'я, 1997. — 225 с.
16. Luerssen T.G., Klauber M.R., Marshall L.F. Outcome from head injury related to patient's age. A longitudinal prospective study of adult and pediatric. *Head injury // J. Neurosurg.* — 1988. — 68. — P. 409—416.

Катамнестичне обстеження постраждалих, які перенесли у дитячому віці черепно-мозкову травму з наявністю травматичних внутрішньочерепних гематом

Кардаш А.М., Козинський А.В.

Робота заснована на аналізі катамнезу 47 постраждалих, що перенесли ЧМТ з наявністю травматичних внутрішньочерепних гематом у віці до 14 років. З них 38 обстежені в клініці нейрохірургії, у 9 — судження винесли на підставі анкетних даних, 20 постраждалих обстежені дворазово з інтервалом біля 1 року.

На підставі отриманих даних можна стверджувати, що в більшості обстежених хворих у віддаленому періоді ЧМТ є більш-менш виражені наслідки, частіше усього у вигляді цефалгічного і церебрастенічного синдромів. У частини хворих у віддаленому періоді ЧМТ можуть виявлятися порушення, яких не було в гострому періоді (погіршення зору, мови, судомні напади). Регрес неврологічної симптоматики у даних дітей може продовжуватися довгостроково, нерідко більш 2 років.

Catamnesis examination on injured, transferred in childrens' age craniocerebral trauma with availability of traumatic intracranial hematomas

Kardash A.M., Kozinsky A.V.

The work is based on analysis of a catamnesis 47 damaged, transferred a traumatic intracranial hematoma in the age of till 14 years. From them 38 are inspected in clinic neurosurgery and for 9 opinions bore ground of biographical data. 20 injured are inspected twofoldly with an interval about 1 year.

As a matter of record it is possible to approve, that for the majority inspected ill in the remote term CCT are available more or less expressed consequences, more often by the way cefalgic and cerebrastenic of a set of syndromes. By a part ill in the remote term CCT the disturbances can show which were not in the acute term (deterioration of vision, speech, convulsive attacks). The retrogress of a neurologic symptomatology for these children can be prolonged more than 2 years are long, quite often.