

## ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

# УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАГНОИВШЕЙСЯ МНОГОЛЕТНЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ С ПРОРЫВОМ В МЯГКИЕ ПОКРОВЫ СВОДА ЧЕРЕПА

Л.Я. Кравец, Д.Н. Никитин, С.Е. Павлинов

Городская клиническая больница № 39 Нижнего Новгорода,  
ФГБУ «Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр» МЗ РФ

*В статье представлено клиническое наблюдение хронической эпидуральной гематомы с исходом в эпидуральный абсцесс у 29-летнего мужчины с черепно-мозговой травмой 8-летней давности. Клинические проявления нагноения были длительное время стерты и манифестировали ярко только при прорыве гноя в мягкие покровы свода черепа. Проведено успешное оперативное лечение, прослежен 5-месячный катамнез.*

**Ключевые слова:** хроническая эпидуральная гематома, эпидуральный абсцесс, хирургия.

*This article presents the clinical case of chronic epidural hematoma with its transformation into epidural abscess at 29 years old male patient suffered from head injury 8 years before. The clinical signs of suppuration were obliterated for a long time and the disease manifested by fester spreading into soft tissue of the head. The successful surgical treatment was performed with 5-months follow-up.*

**Key words:** chronic epidural hematoma, epidural abscess, surgery.

## Введение

Хронические эпидуральные гематомы (ХЭГ) — редкие наблюдения, встречаются после консервативного лечения острого периода черепно-мозговой травмы (ЧМТ), сроки их клинических проявлений составляют от 13 дней до 3 мес, в среднем 28 дней [6]. Многолетние наблюдения ХЭГ являются казуистикой, в литературе приводятся наблюдения 40- и 8-летней ХЭГ, последняя была успешно оперирована [4, 5]. Чаше ХЭГ выявляют у детей, их особенностью является раннее обызвествление капсулы гематомы, что связывают с перестройкой тканей в условиях асептического воспаления [1]. Наше наблюдение является уникальным по характеру клинической манифестации многолетней ХЭГ при ее трансформации в эпидуральный абсцесс.

## Описание клинического наблюдения

Пациент А., 1985 г.р., житель города Петушки, самостоятельно обратился в нашу клинику 23.05.14 в связи с диагностированным обширным объемным образованием правой лобно-теменной области.

Известно, что в 2002 г. упал на велосипеде с платформы вниз головой, терял сознание. С диагнозом сотрясения головного мозга, множественные ушибленные раны лица лечился амбулаторно в домашних условиях. Выздоровление практически было полное, продолжал учебу и работу. Из других

заболеваний следует отметить пункционное лечение гайморита в возрасте 12 лет (за 7 лет до травмы), удаление зуба с гранулемой в марте 2014 г. (за 2 мес до ухудшения).

Выраженная головная боль начала беспокоить в течение последних 6 мес, за мед. помощью не обращался, купировал их приемом анальгетиков. Резкое ухудшение состояния произошло 06.05.14, когда развился генерализованный эпилептический припадок с судорожным компонентом (повторялся трижды), позже присоединился переходящий парез в левой руке. С этого же времени больной начал отмечать появление нарастающей припухлости на волосистой части головы. Был госпитализирован в реанимационное отделение ЦГКБ г. Реутов, где находился с 06.05.14 по 09.05.14 и выписан после стабилизации состояния.

Далее при амбулаторном обследовании при КТ-исследовании 13.05.14 был обнаружен объемный процесс в лобно-теменной области больше справа, после чего пациент по собственной инициативе приехал в Нижегородский нейрохирургический центр в ГКБ № 39 и в день обращения 23.05.14 был госпитализирован.

При поступлении предъявлял жалобы на головную боль, общее недомогание, слабость. Неврологически: сознание ясное, очаговая симптоматика практически отсутствовала, за исключением мягких расстройств статокинетики. Местно — от границы роста волос в лобной и включая теменную область на волосистой части головы пальпируется мягкотканное эластическое образование.

На МРТ от 13.05.14 (приводим оригинальное заключение): МР-картина деформации и утолщения лобной кости справа (наиболее вероятно, за счет объемного образования) с наличием по периферии зон структурных изменений (кистозные компоненты образования?), объемное образование правой теменной доли (вторичного характера?). МР-признаки зоны формирующихся кистозно-глиозных изменений в правой лобной доле, наиболее вероятно, посттравматического характера (рис. 1).

На основании клинических и МРТ-данных предоперационный диагноз предполагал либо наличие хронической эпидуральной гематомы, либо парасагиттальной менигиомы с мягкотканым компонентом.

Операция 26.05.2014. После бритья головы более отчетливо стало контурироваться подкожное образование, с учетом размеров которого была произведена разметка операционного поля (рис. 2).

При пальпации этого участка сложилось впечатление о флюктуации, было решено его вначале пропунктировать и был получен густой гной. После разреза кожи удалена обширная поднадкостничная флегмона, далее обнаружен дефект кости до 6 мм в диаметре в области сагиттального шва, через который из эпидурального пространства поступал гной (рис. 3). Далее из наложенного рядом фрезевого отверстия была выполнена резекционная трепанация свода черепа вдоль средней линии кпереди и кзади от коронарного шва (см. рис. 3). «Неправильная» форма образованного трепанационного окна связана с границами участков измененной утонченной кости с ее утолщенной и уплотненной частью, а также наличием сформировавшихся барьеров между костью и твердой мозговой оболочкой (ТМО), отграничивающих зону нагноения. После удаления эпидурального абсцесса сформировалась полость 8х5х6 см, которая санирована водным раствором

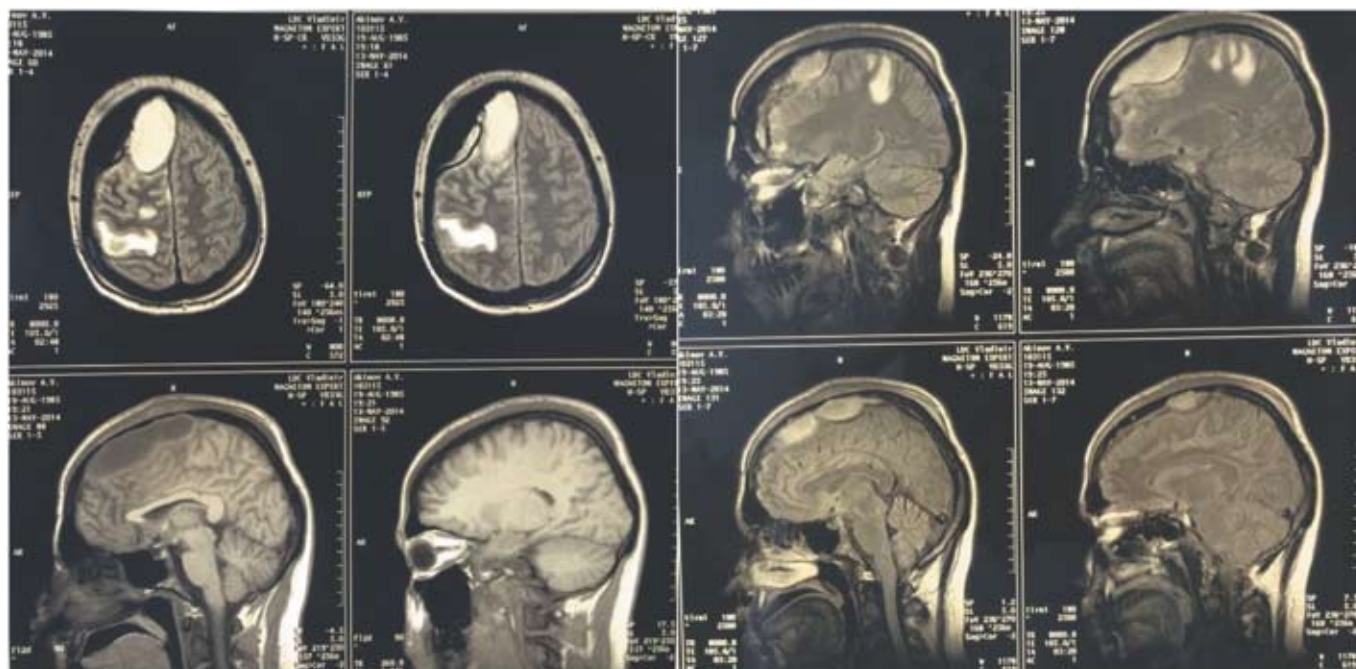


Рис. 1. МР-томограммы б-го А. перед операцией. Объемное образование правой лобно-теменной области парасагиттально (описание в тексте).

Fig. 1. MRI scans of patient A. before operation demonstrates the parasagittal mass lesion in the right frontal-parietal area (details in text).

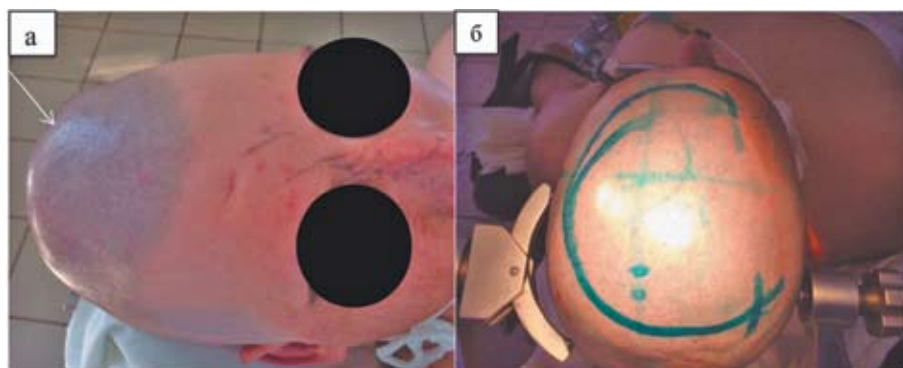


Рис. 2. Фото б-го А. в операционной: а — следы старой травмы в проекции фронтальной пазухи и спинки носа, «вздуты» мягкие покровы свода черепа (стрелка); б — разметка операционного поля.

Fig. 2. The appearance of patient A. in operating theatre: a — evidence of previous injury in the area of the frontal sinus and dorsum of nose, soft tissue of calvaria are “swollen” (arrow); b — skin incision.

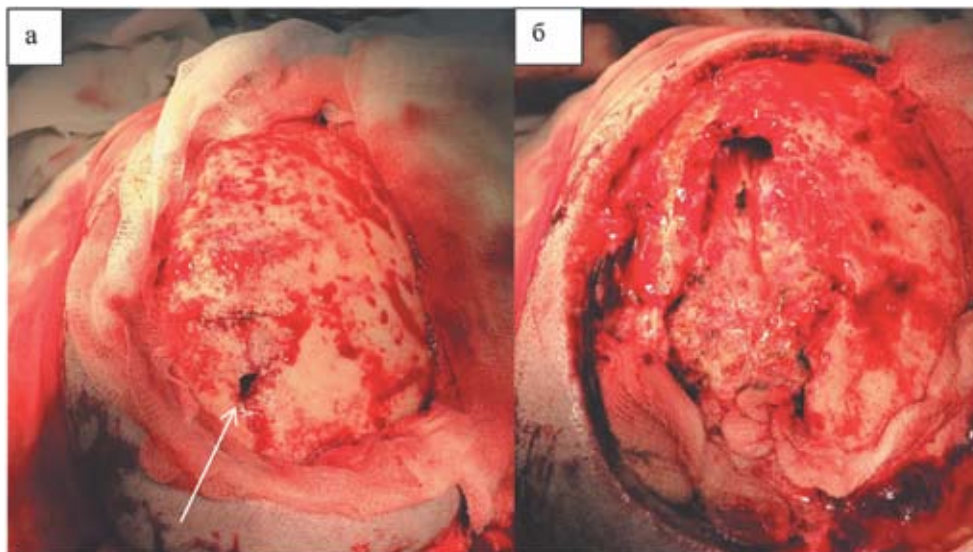


Рис. 3. Интраоперационная фотография: а — после удаления поднадкостничной флегмоны, выявлен дефект свода черепа в области сагиттально-ного шва (стрелка), б — выполнена резекционная трепанация черепа.

Fig. 3. Intraoperative image: a — the bone defect of the calvaria bones (arrow) in the area of parasagittal sinus after removal of the subperiosteal phlegmon; b — resection craniotomy.

хлоргексидина, установлена приточно-отточная система.

В послеоперационном периоде, несмотря на активное ведение раны, на 4-е сутки произош-

ло ее нагноение. Края раны были ограниченно разведены на протяжении 1,5 см, удалено около 15 мл серозно-гнойного содержимого. При посеве отделяемого получен рост золотистого стафило-

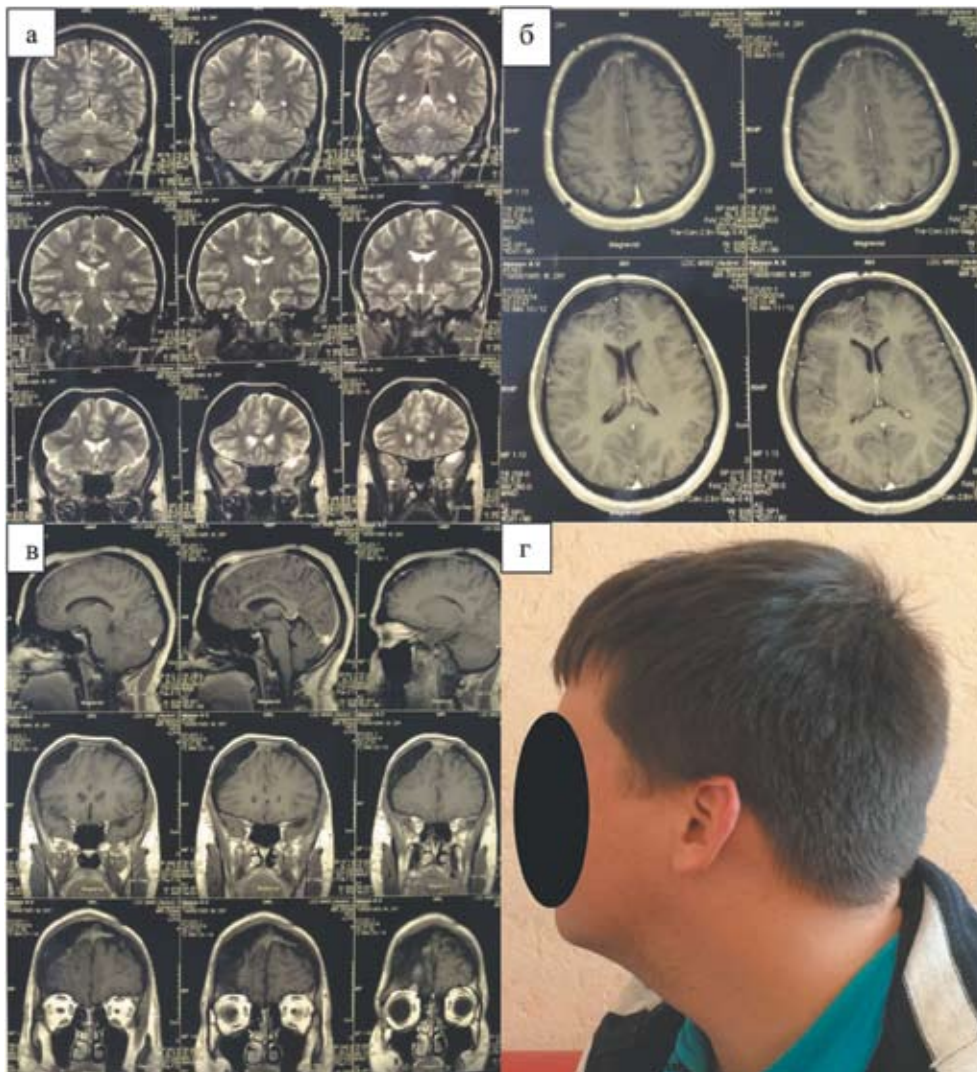


Рис. 4. Контрольный осмотр б-го А. через 4 мес после операции. а, б, в — МР-томограммы не выявляют патологического содержимого в полости бывшего эпидурального абсцесса, регрессировали вторичные кистозно-глиозные изменения правой лобной доли. г — внешний вид больного.

Fig. 4. Control examination of patient in 4 months after operation: a — postoperative MRI scans revealed no pathological findings in the area of the previous epidural abscess, the secondary cystic and gliosis changes of right frontal lobe regressed; b — the appearance of the patient.

кокка (*St. Aureus*), чувствительного к большинству антибиотиков. На фоне прицельной антибиотикотерапии (амикацин, меропеним — последовательно) и местного лечения раны к 15-м суткам после операции завершилась стадия экссудации, на 23-и сутки после операции наложены вторичные швы, пациент выписан из клиники в удовлетворительном состоянии после их снятия 26.06.14, через месяц после операции.

Осмотр больного через 5 мес после операции, контрольные МР-томограммы не выявили патологического содержимого в полости бывшего абсцесса (рис. 4). К этому моменту пациент жалоб не предъявлял, вернулся к обычному образу жизни. Первые 1,5 мес после выписки отмечал некоторую слабость и онемение в правой руке, которые позже регрессировали, эпилептические припадки не возобновлялись.

## Обсуждение

Наряду еще с двумя локализованными гнойными процессами ЦНС — абсцессами мозга и субдуральной эмпиемой — эпидуральные абсцессы относятся к относительно редкой и опасной внутричерепной патологии. Их возникновение возможно гематогенным и контактным путем, при ЧМТ, нейрохирургических манипуляциях, при синуситах, в последних случаях описаны бифронтальные эпидуральные скопления гноя [2, 3]. В приведенном наблюдении имеет место сочетание всех перечисленных этиологических факторов, включая следы травмы в проекции лобной пазухи, и при его анализе могут возникнуть сомнения — не первичный ли это контактный абсцесс, связанный с ее инфицированием? Против этого свидетельствуют расположение эпипентра абсцесса на отдалении от пазух, многолетние реактивные изменения костей свода черепа в виде гиперостоза по окружности полости бывшей гематомы и плотные сращения ее обызвествленной капсулы на ТМО с внутренней поверхностью костей свода черепа.

Следует еще раз констатировать, что обнаружение гноя было непредвиденным, и подготовка к операции этого не предусматривала. Можно ли было заранее предусмотреть такой ход событий? Ретроспективно, вероятно, да — на сагиттальных срезах МР-томограмм эпидурально прослеживается «дорожка» к фронтальной пазухе (см. рис. 1), на чем до операции не было акцентировано должного внимания. Необходимо быть особо бдительным при атипичном течении «застарелой» травмы головного мозга и исключать вариант поздних воспалительных осложнений.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

*Кравец Леонид Яковлевич* — доктор медицинских наук, профессор, руководитель группы микронейрохирургии. ФГБУ «Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр» МЗ РФ, e-mail: Lkravetz@yandex.ru

*Никитин Денис Николаевич* — заведующий нейрохирургическим отделением Городской клинической больницы № 39 г. Нижнего Новгорода. e-mail: Nikden82@rambler.ru

*Павлинов Сергей Евгеньевич* — врач-нейрохирург Городской клинической больницы № 39 г. Нижнего Новгорода.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Erdogan B., Sen O., Bal N., et al. Rapidly Calcifying and Ossifying Epidural Hematoma // *Pediatr. Neurosurg.*— 2003.— 39.— P. 208-211.
2. Kaptan H., Zakiroglu K., Kasimcan X., et al. Bilateral frontal epidural abscess // *Neurocirugia.* — 2008.—V.19.— P 55-57.
3. Lisandra S.D. et al. Cranial Epidural abscess successfully treated with conservative measures: Case report. // *J.NeuroinfectDis.*— 2014.— V5.— Issue 2.1000 154 <http://dx.doi.org/10.4172/2314-7326.1000154>
4. Nagane M., Oyama H., Shibui S., et al. Ossified and calcified epidural hematoma incidentally found 40 years after head injury: case report. // *Surg Neurol.* — 1994.— Jul;42(1).—P 65-69.
5. Sinha S., Borkar S. Chronic calcified extradural hematoma in a child: Case report and review of literature. // *Indian Journal of Neurotrauma.*— 2008.— Vol. 5, No.1.— P. 51-52
6. Yuguang Liu, MD, Yunyan Wang, MD, Tao Song, et al.// Chronic epidural haematoma: a report of 10 cases and review of the literature. // *J. of Clinical Neuroscience.*— Sept.1999.— Vol.6.— Issue 5.— P. 412—415.