

ХРОНИЧЕСКАЯ СУБДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ У БОЛЬНОГО С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ВНУТРИМОЗЖЕЧКОВЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ

В.Г. Дашьян², А.Э. Талыпов¹, А.А. Мурашко², В.А. Лукьянчиков¹

¹ НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского,

² Московский государственный медико-стоматологический университет

Приведен случай успешного хирургического лечения редкого варианта гипертензивного кровоизлияния — хронической субдуральной гематомы задней черепной ямки. Данная патология является трудной для клинической и инструментальной диагностики, вызванной отсутствием патогномоничных клинических признаков этой болезни и низкой чувствительности рутинной КТ к данному виду кровоизлияний. Развивающиеся при гематоме такой локализации сдавление ствола мозга и окклюзионная гидроцефалия приводят к быстрому нарастанию неврологической симптоматики и неблагоприятному исходу. Для успешной диагностики и лечения гематом редкой локализации необходимо применять современные методы нейровизуализации (МРТ, метод вызванных потенциалов мозга), позволяющие выбрать правильную хирургическую тактику.

Ключевые слова: хроническая субдуральная гематома, задняя черепная ямка, окклюзионная гидроцефалия

We demonstrate the clinical case of successful surgical treatment of such rare variant of hypertensive hemorrhage as chronic subdural hematoma of posterior cranial fossa. This pathology is difficult for clinical and instrumental diagnostics because of absence of pathognomonic clinical signs and low чувствительности of routine brain CT for such type of hemorrhage. The brain stem compression and occlusive hydrocephalus developed with such localization of hematoma lead to rapid progression of neurological deficit and unfavorable outcome. It is necessary to use modern instrumental methods of neurovisualization (MRI, brain stem evoked potentials) which allows choosing the correct surgical strategy for successful diagnostics and treatment of such rare hematomas.

Key words: chronic subdural hematoma, posterior cranial fossa, occlusive hydrocephalus

Хроническая субдуральная гематома (ХСГ) задней черепной ямки является редкой патологией [6]. Обычно развитие ХСГ связывают с черепно-мозговой травмой [6, 7]. Редко встречаются нетравматические субдуральные кровоизлияния задней черепной ямки у пациентов, получавших антикоагулянтную терапию [3, 7]. Описано наблюдение успешного хирургического лечения женщины 32 лет с нетравматической ХСГ в области левого мостомозжечкового угла, причина образования которой осталась не установленной [6].

Нами найдено только одно описание больной с ХСГ задней черепной ямки, развитие которой было связано с гипертензивным внутримозжечковым кровоизлиянием [2].

Редкость выявления данного заболевания, видимо, связана со сложностью его диагностики, вызванной отсутствием патогномоничных клинических признаков этой болезни, необходимостью своевременного применения методов нейровизуализации для установления правильного диагноза [2, 6].

Приводим наше наблюдение успешного хирургического лечения ХСГ задней черепной ямки у пациента с гипертензивным мозжечковым кровоизлиянием.

Больной М., 49 лет, поступил в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (НИИ СП) с жалобами на головную боль, более выраженную в затылочной области и иррадиирующую по задней

поверхности шеи. Заболел остро, когда на фоне подъема артериального давления (АД) до 220/140 мм рт. ст. появилась интенсивная головная боль. Травму головы отрицает. Был госпитализирован в районную больницу, где ему проводилось консервативное лечение. При компьютерной томографии (КТ) головного мозга, выполненной через 11 суток, было заподозрено объемное образование мозжечка, вызывающее развитие окклюзионной гидроцефалии. После консультации нейрохирурга пациент переведен в НИИ СП. В течение трех лет страдает гипертонической болезнью, с детского возраста — болезнью Бехтерева.

При поступлении в Институт состояние пациента средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание проводится во все отделы легких. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 82 в мин. АД 160/90 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут. Мочеиспускание самостоятельное, моча прозрачная.

Неврологический статус. Бодрствование не нарушено. 15 баллов по шкале комы Глазго. Поведение адекватное, ориентирован в месте, времени, собственной личности, речь не нарушена. Менингеальный синдром в виде ригидности затылочных мышц, симптома Кернига с двух сторон. Зрачки OD=OS, фотореакция сохранена, парез взора вверх и в стороны. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм, более выраженный при взгляде вправо. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Парезов, патологических стоп-

ных рефлексов, нарушений чувствительности не выявлено. Пальценосовую и пяточно-коленную пробы выполнял с интенцией, мимопопаданием с 2 сторон. В пробе Ромберга пошатывается кзади и вправо.

При КТ головного мозга выявлена окклюзионная гидроцефалия (вентрикулокраниальный коэффициент — ВКК 2 = 25%), сдавление IV желудочка, обходной и четверохолмной цистерн (рис. 1). На основании этого возникло подозрение на наличие объемного образования правого полушария мозжечка.

При КТ с внутривенным введением контраста убедительных признаков накопления контрасти-

рующего препарата не выявлено, однако было заподозрено наличие ХСГ в задней черепной ямке (рис. 2).

При магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга выявлены ХСГ над дорсальной поверхностью обоих полушарий мозжечка (справа 10 см³, толщиной до 1 см, слева 3,5 см³, толщиной до 4 мм), внутримозговая гематома правого полушария мозжечка определенной давности 3 см³, окклюзионная гидроцефалия со сдавлением IV желудочка и околостволовых цистерн (ВКК 2 = 25%) (рис. 3).

При 3D КТ-ангиографии сосудистой мальформации не выявили (рис. 4).

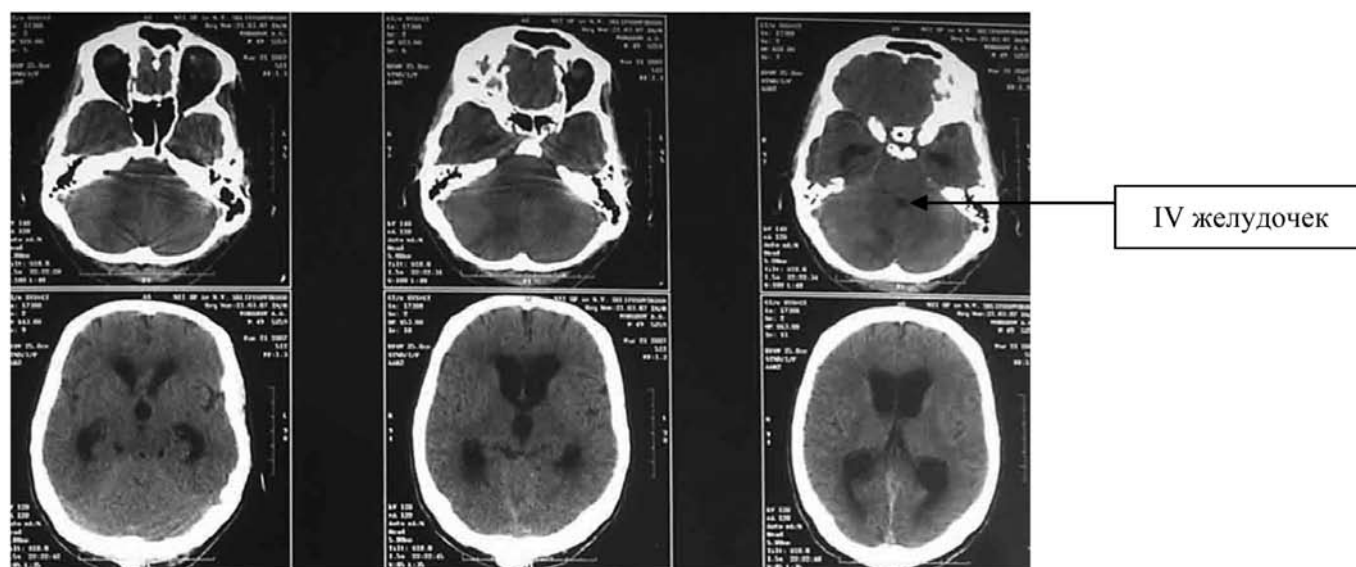


Рис. 1. КТ головного мозга, выполненная при поступлении больного в НИИ СП. Окклюзионная гидроцефалия. IV желудочек сдавлен и смещен влево. Выраженная деформация четверохолмной и обходной цистерн.

Fig. 1. Brain CT at patient's admission into our department. Occlusive hydrocephalus. IV ventricle is compressed and dislocated to the left. The severe deformation of quadrigeminal and ambient cisterns.

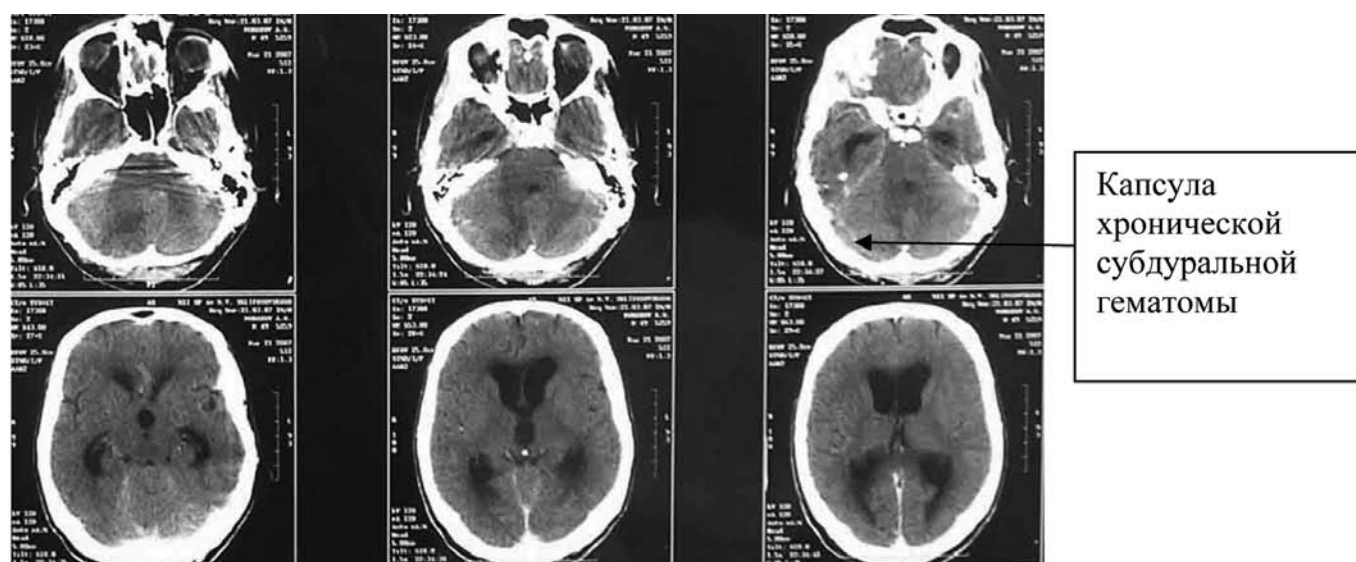


Рис. 2. КТ головного мозга с внутривенным введением контрастного вещества. Заподозрено наличие хронической субдуральной гематомы над правым полушарием мозжечка.

Fig. 2. Brain CT with intravenous contrast allowed surmising the chronic subdural hematoma above the right hemisphere of cerebellum.

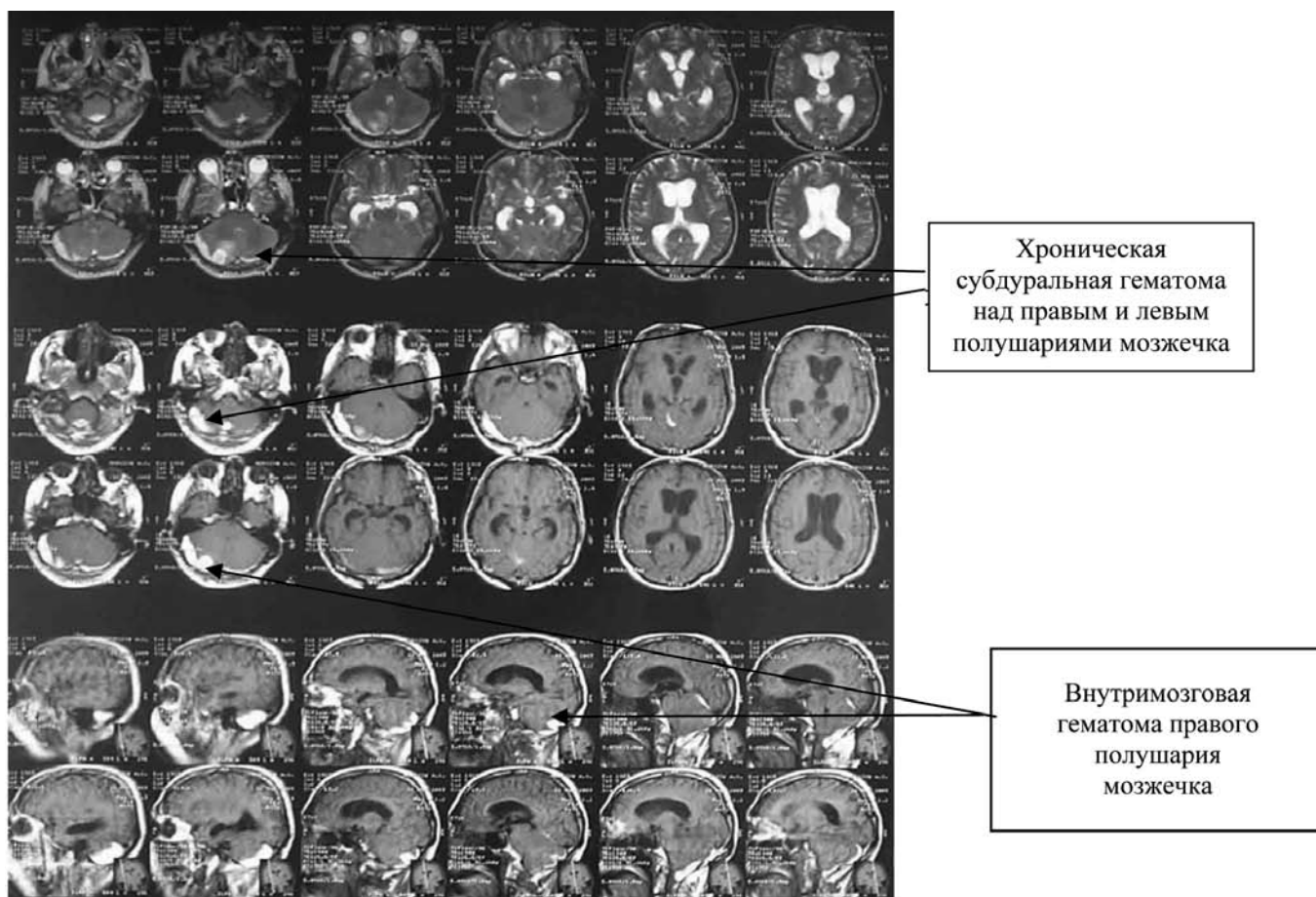


Рис. 3. МРТ головного мозга. Хронические субдуральные гематомы над дорсальной поверхностью обоих полушарий мозжечка, внутримозговая гематома правого полушария мозжечка, вызывающие сдавление IV желудочка и околостволовых цистерн с развитием окклюзионной гидроцефалии.

Fig. 3. Brain MRI. Chronic subdural hematomas above dorsal surface of both cerebellar hemispheres and intracerebral hematoma of right cerebellar hemisphere leading to compression of IV ventricle and parastem cisterns with development of occlusive hydrocephalus.

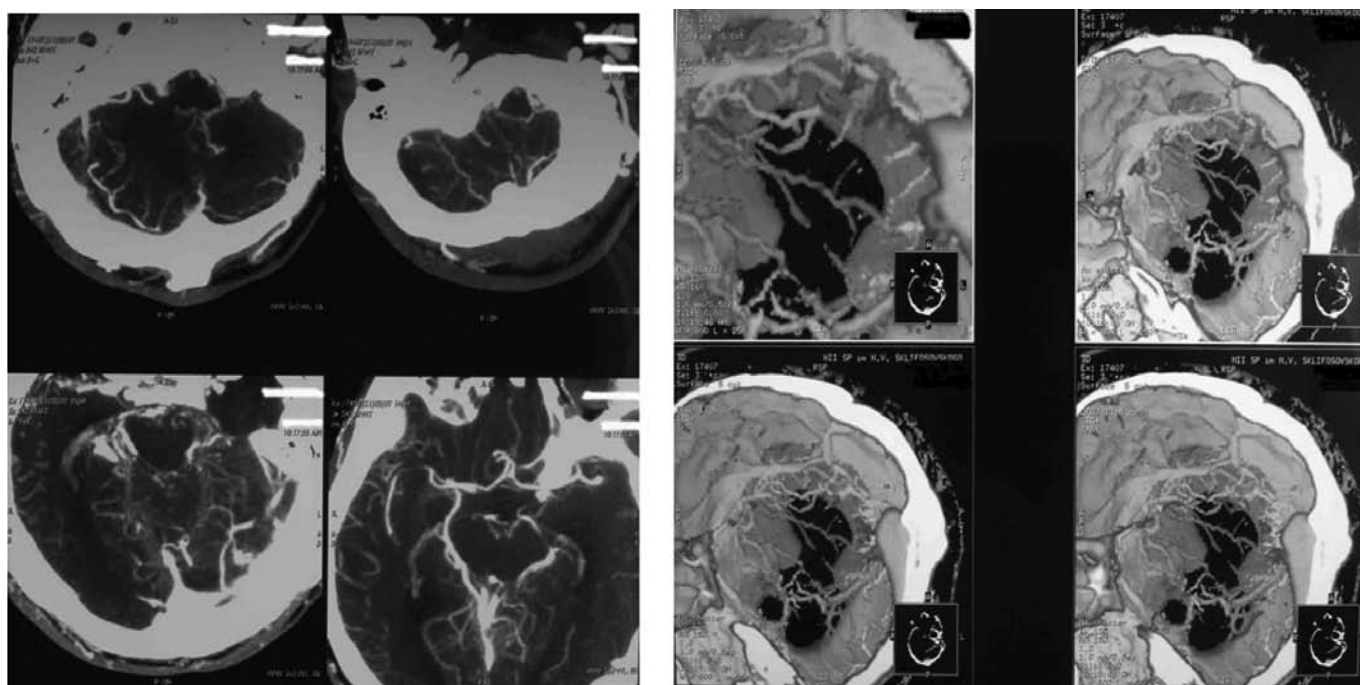


Рис. 4. 3D КТ-ангиография головного мозга. Сосудистой мальформации не выявлено.

Fig. 4. Brain 3D CT-angiography revealed no cerebrovascular malformations.

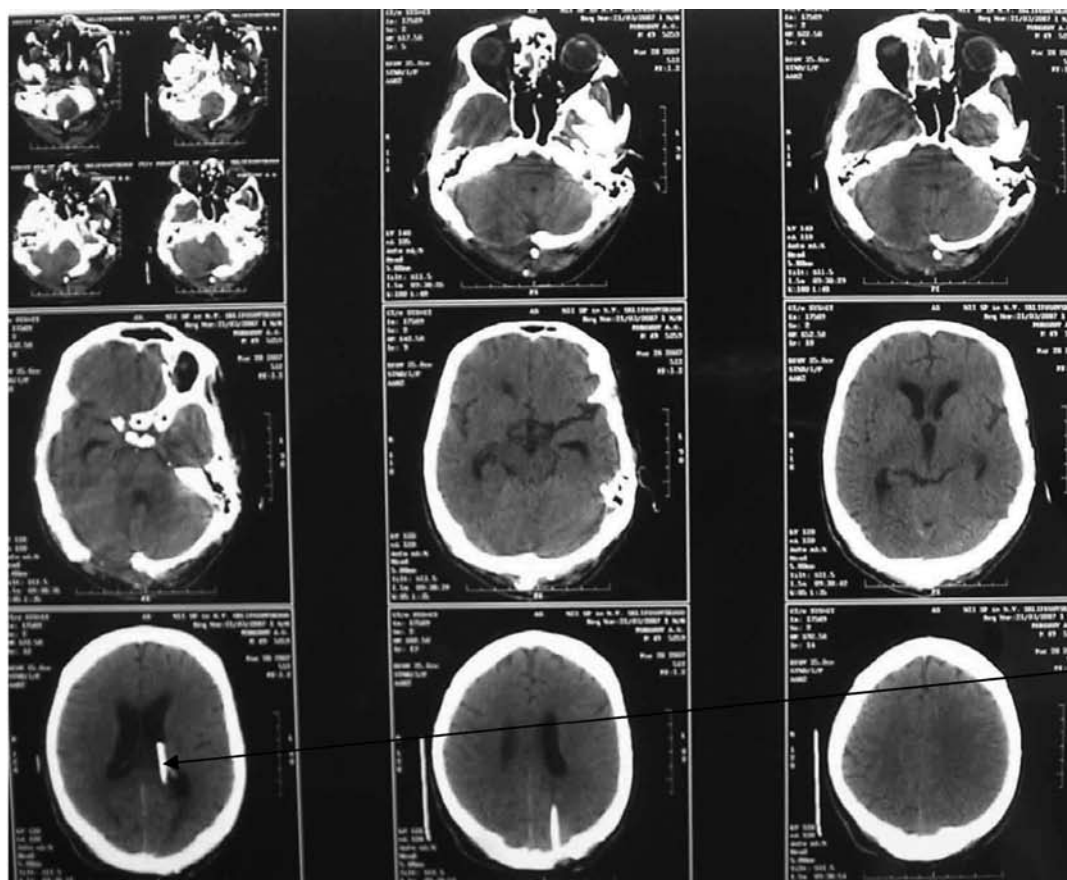


Рис. 5. КТ головного мозга после операции. IV желудочек и околостволовые цистерны не деформированы, желудочки мозга уменьшились в размерах (ВКК 2 = 20%).

Fig. 5. Brain CT after operation. There is no deformation of IV ventricle and parastem cisterns. The occlusive hydrocephalus is almost decreased (VCR II = 20%).

Коагулограмма, клинический, биохимический анализы крови без патологии.

При регистрации акустических стволовых вызванных потенциалов (АСВП) было обнаружено замедление проведения звукового сигнала на мезенцефальном уровне справа.

Учитывая наличие объемного образования задней черепной ямки объемом 16,5 см³, приводящего к сдавлению ствола головного мозга, окклюзионной гидроцефалии, больной был оперирован. Выполнена правосторонняя субокципитальная краниотомия, удаление хронической субтенториальной, субдуральной гематомы 10 см³, внутримозговой гематомы правого полушария мозжечка 5 см³, вентрикулоцистерностомия (ВЦС) по Торкильдсену. Во время операции обнаружена тонкая капсула гематомы, субдуральная гематома сообщалась с внутримозговой. При ревизии полости внутримозговой гематомы сосудистой мальформации не выявлено.

В послеоперационном периоде полностью регрессировала очаговая, менингеальная и общемозговая симптоматика, рана зажила первичным натяжением.

При КТ головного мозга на 5-е сутки после операции отсутствовали субдуральная и внутримозговая гематомы, IV желудочек и околостволовые цистерны не деформированы, ВКК 2 = 20%

(рис. 5). При регистрации АСВП на 10-е сутки после операции нарушений проведения сигнала по слуховым путям ствола мозга не выявили.

Больной был выписан в удовлетворительном состоянии через 14 суток после операции.

Обсуждение

Клиническое течение заболевания в виде умеренно выраженных общемозговой, стволовой, мозжечковой симптоматики и менингеального синдрома позволило заподозрить у больного геморрагический инсульт. Однако только после всестороннего обследования пациента с применением методов нейровизуализации (КТ, МРТ, 3ДКТ-ангиография) был установлен диагноз и определена тактика лечения пациента. Это стало возможным при госпитализации больного в специализированный нейрохирургический стационар [1].

При 3Д КТ-ангиографии и во время операции сосудистой мальформации выявлено не было. Учитывая наличие указаний на гипертоническую болезнь в анамнезе и то, что другая причина заболевания не была установлена, кровоизлияния в задней черепной ямке у пациента рассматриваются как гипертензивные, то есть

основной причиной развития которых является артериальная гипертония и связанная с ней микроангиопатия [1].

К концу второй недели от начала заболевания кровоизлияния задней черепной ямки не были видны при КТ головного мозга, но обращали на себя внимание сдавление IV желудочка и околостволовых цистерн, наличие венрикуломегалии, на основании чего было заподозрено объемное образование задней черепной ямки. При КТ с контрастированием обнаружена капсула ХСГ задней черепной ямки. И только при проведении МРТ головного мозга выявлены типичные картины хронической субдуральной и внутримозговой гематом дорсальной поверхности полушарий мозжечка. Это наблюдение указывает на низкую чувствительность КТ в отличие от МРТ при диагностике подострых и хронических кровоизлияний, особенно расположенных субтенториально, что было отмечено и другими исследователями [4].

Нами, как и J.L.V. Costa и соавт., хирургическое вмешательство проводилось при хронических гипертензивных субдуральной и внутримозжечковой гематомах у пациентки с дислокацией ствола и окклюзионной гидроцефалией [2]. Но J.L.V. Costa и соавт. первым этапом выполнили вентрикулоперитонеальное шунтирование. Операция не привела к устранению сдавления ствола гематомой, у больной сохранялось снижение бодрствования, грубая стволовая, мозжечковая симптоматика. Только после повторной операции — открытого удаления гематомы — состояние пациентки стало улучшаться [2]. Отсутствие положительной динамики после дренирования желудочков мозга у этой больной связано с тем, что дислокационный синдром являлся причиной развития окклюзионной гидроцефалии, а не ее следствием. Дренирование вентрикулярной системы у таких пациентов не приводит к уменьшению сдавления ствола мозга, а напротив, может его усугублять при развитии восходящей транстенториальной дислокации [5].

Одномоментное открытое удаление гематомы и выполнение ВЦС позволило устранить сдавление ствола мозга гематомой, избежать возможного нарастания восходящей транстенториальной дислокации, восстановить ликворциркуляцию и добиться хорошего исхода заболевания с полным регрессом неврологической симптоматики.

Заключение

Для гипертензивных кровоизлияний подострого или хронического темпа развития чувствительность и специфичность МРТ превышает эти характеристики КТ.

У больного с хронической гипертензивной гематомой задней черепной ямки показанием к операции следует считать наличие окклюзионной гидроцефалии и/или сдавления ствола мозга. При сдавлении ствола только дренирование желудочков мозга оказывается неэффективным. В таких случаях необходимо открытое удаление гематомы.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Дашьян Владимир Григорьевич — д-р мед.наук, проф. каф. нейрохирургии и нейрореанимации Московского государственного медико-стоматологического университета,

Талыпов Александр Эрнестович — канд.мед.наук, ст.н.с. отделения неотложной нейрохирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, e-mail: dr_talypov@mail.ru

Мурашко Алексей Александрович — канд. мед.наук, врач-нейрохирург ГКБ № 68 г. Москвы, e-mail: stroke-surgeon@mail.ru

Лукавичков Виктор Александрович — канд. мед.наук, врач-нейрохирург отделения неотложной нейрохирургии НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

ЛИТЕРАТУРА

1. Крылов В.В. и соавт. Рекомендательный протокол по ведению больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. — 2007. — №2. — С. 3-8.
2. Costa Jr. L.B., de Andrade A., Valadao G.F. Chronic subdural hematoma of the posterior fossa associated with cerebellar hemorrhage. Report of a rare disease with MRI findings // Arq. Neuropsiquiatr. — 2004. — Vol. 62. — №1. — P.170-172.
3. Kanter R., Kanter M., Kirsch W., Rosenberg G. Spontaneous posterior fossa subdural hematoma as a complication of anticoagulation // Neurosurgery. — 1984. — Vol. 15. — №2. — P. 241-242.
4. Kidwell Ch.S. et al. Comparison of MRI and CT for Detection of Acute Intracerebral Hemorrhage // JAMA. — 2004. — №292. — P.1823-1830.
5. Kirrollos R.W. et al. Management of spontaneous cerebellar hematomas: a prospective treatment protocol // Neurosurgery. — 2001. — Vol. 49. — №6. — P.1378-1386.
6. Murthy V.S., Deshpande D.H., Narayana Reddy G.N. Chronic subdural hematoma in the cerebellopontine angle // Surg. Neurol. — 1980. — №14. — P.227-229.
7. Sambasivan M. An overview of chronic subdural hematoma: experience with 2300 cases // Surg. Neurol. — 1997. — № 47. — P.418-422.