

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДВУСТОРОННИХ
ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ****Д.А. Патрикян***/Нейрохирургическое отделение РМЦ "Армения"/
375073 Ереван, ул. Маркарян, 6*

Хронические субдуральные гематомы (ХСГ) до недавнего времени считались относительно редкой патологией, особенно двусторонние (ДХСГ), патогенез которых не выяснен [2,3,5,7].

Клиническая картина ДХСГ характеризуется полиморфностью и прогрессирующим течением с превалированием гипертензионного синдрома. Симптомы выпадения часто носят перемежающийся, непостоянный характер с временным появлением то одного, то другого симптома. Очаговая симптоматика при этом бывает двусторонней, однако, как правило, в одной полушарии очаг проявляется четко, а в другом лишь отдельными симптомами, иногда весьма слабо выраженными. Порою ДХСГ клинически проявляются только односторонней симптоматикой [1,3,5]. Это бывает при локализации одной из гематом в так называемых немых зонах. Иногда ДХСГ проявляются исподволь с развитием клинического симптомокомплекса по опухолевому типу.

Несмотря на то, что ДХСГ в патоморфологическом плане являются суммацией двух отдельных односторонних гематом, однако, как нам кажется, они по патогенезу и клиническим проявлениям во многом отличаются друг от друга. Литературные сведения по данной проблеме скудные, а многие вопросы патогенеза, источников кровотечения, клиники, диагностики и лечения до сих пор остаются открытыми и нуждаются в систематизации.

Материал и методы

ДХСГ наблюдались у 29 больных, что составляет 14,0% от общего числа обследованных (207 больных с ХСГ). Все больные подвергнуты комплексному клиническому обследованию. Основным методом диагностики явилась компьютерная томография (КТ) головного мозга, которой подверглись 26 больных, одному больному произведено магнитно-резонансное томографическое (МРТ) исследование, другому – каротидная ангиография (АГ). Один больной ввиду крайне тяжелого состояния обследован не был.

Оперированы 26 больных, трое лечились консервативно, несмотря на отрицательную динамику неврологической симптоматики и данные КТ головного мозга. Один больной излечился консервативно, что подтверждено КТ данными. 26 больным произведены различные операции, результаты которых представлены в табл. 1.

Результаты и обсуждение

Необходимо отметить чрезвычайное разнообразие клинических проявлений ДХСГ. Как правило, заболевание проявляется выраженной общемозговой симптоматикой и очаговыми явлениями, нами наблюдались случаи с клинической картиной объемного поражения глубинных отделов головного мозга, дислокационный синдром.

Клинические проявления заболевания выражались в следующих основных группах симптомов:

1. Медленно прогрессирующие локальные неврологические выпадения (9 больных).
2. Симптом повышения внутричерепного давления (7 больных).
3. Изменение психического статуса, синдром псевдодеменции или изменения личности (3 больных).
4. Синдром, имитирующий церебральную циркуляторную недостаточность в виде транзиторных ишемических атак (3 больных).
5. Синдром, имитирующий генерализованный атеросклероз с головными болями, апатией, нарушением памяти, походки (2 больных).
6. Синдром, напоминающий поражение глубинных образований головного мозга со вторичными дислокационными явлениями (5 больных).

Таблица 1

Осложнения при лечении больных с ДХСГ

Метод лечения	Число больных	Число койко-дней	Осложнения			Ослож. после повтор. операции
			бронхопнев.	реаккум.	тромбофлебит	нагноение полости
ТО	18	28,7	1	1	1	1
РК с 2 сторон	2	20				
КПТ с 2 сторон	2	21,5				
ТО + КПТ	1	17				
ТО + РК	1	18				
Консерв. леч. + РК	1	36				
Консерв. леч. + ТО	1	30		1		
Консерв. лечение	3	27				
Итого	29		1	2	1	1

Примечание. РК – резекционная краниотомия.

КПТ – костно-пластическая трепанация, ТО – трепанационное отверстие

В отношении источников кровотечения при ДХСГ данные литературы весьма противоречивы, несмотря на большую значимость данного вопроса. Какие сосуды стали источниками кровотечения; в какой последовательности; одинаковые ли сосуды стали источниками кровотечения с обеих сторон, или разные; как объяснить тот факт, что иногда объем гематомы равен с обеих сторон, а в некоторых случаях разный? Эти вопросы требуют разъяснения.

Как нам кажется, источниками кровотечения при ДХСГ являются парасагиттальные вены и вены синусов борозды. Вероятнее всего, кровотечение возникает одновременно, и одновременно заполняются субдуральные пространства с обеих сторон, таким образом поддерживая баланс сдавления головного мозга. Не исключается вариант одновременного кровотечения из вен синусов борозды, с одной стороны, и парасагиттальных вен – с другой. В этих случаях легче объяснить факт разного объема гематомы. Для равных по объему гематом источниками кровотечения чаще являются парасагиттальные вены.

Эти выводы основаны на данных КТ, МРТ головного мозга, а также на тех находках, которые встречались во время операций. Учитывалось также расположение гематомы и ее распространенность. В отдельных случаях при КПП, когда широко вскрывались полости гематом, визуализировались вышеописанные предполагаемые места источников кровотечения. Увеличение объема ХСГ является результатом комбинации повторных кровотечений и/или проникновения белков плазмы крови в содержимое гематомы через аномально проницаемые сосуды ее капсулы.

КТ считается методом выбора в диагностике ХСГ, в том числе и ДХСГ. Однако возможны диагностические ошибки при наличии изоденсной гематомы. Эти гематомы могут не визуализироваться, однако смещение, деформация и компрессия желудочковой системы с исчезновением субарахноидальных щелей может указать на наличие изоденсной гематомы. ДХСГ особенно трудно диагностируются, поскольку при них часто не наблюдается значительного смещения срединных структур, или оно вовсе отсутствует, а компрессия желудочковой системы является симметричной. В таких случаях единственным диагностическим методом считается МРТ, обеспечивающий точный диагноз. При недоступности МРТ в решении вопроса может помочь АГ, выполняемая с двух сторон. При односторонних АГ должно настораживать отсутствие смещения передней мозговой артерии (ПМА) при наличии бессосудистой зоны в соответствующем полушарии.

Необходимо отметить, что при двусторонних, но разных по объему гематомах, может наблюдаться смещение ПМА в сторону меньшего объема, что также может привести к диагностической ошибке. Во избежание последней необходимо проводить тщательный анализ анамнестических данных, клинической картины (наличие двусторонней симптоматики), а также правильную интерпретацию нейрофизиологических исследований.

В отношении лечения ДХСГ литературные данные также довольно противоречивы, что обусловлено разногласием в выборе хирургического метода, а также в целесообразности применения консервативной терапии.

В наших наблюдениях основная группа больных оперировалась путем применения ТО, в области наибольшей толщины гематомы с удалением жидкой части.

Субдуральный пассивный дренаж обычно устанавливался на 24 – 48 ч для эвакуации остатков гематомы при строгом постельном режиме пациента, что способствовало расправлению мозга.

Вскрытие твердой мозговой оболочки (ТМО) и опорожнение гематомы должно производиться одновременно с двух сторон для сохранения баланса декомпрессии с обеих сторон и во избежание резкого смещения мозга в сторону наименьшего давления, вызванного неодновременным вскрытием ТМО и опорожнением одной из гематом (табл. 2).

Таблица 2

Результаты лечения больных ДХСГ

Метод лечения	Койко-дни	Хороший результат	Улучшение	Без изменений	Летальный исход
ТО	28,7	12	5		1
РК двусторонняя	20	2			
КПТ двусторонняя	21,5	2			
ТО + КПТ	17	1			
ТО + РК	18	1			
Конс. леч. + РК	36		1		
Конс. леч. + ТО	30	1			
Конс. лечение	27	1		2	
Итого		20	6	2	1

Таким образом, нами установлено, что послеоперационная летальность обусловлена предоперационным неврологическим статусом пациента. Поэтому проблема раннего обнаружения ДХСГ крайне актуальна, тем более, что она является вполне излечимым заболеванием.

Двусторонние гематомы нами расцениваются как отдельные морфологические единицы, возможно, с разными источниками кровотечения. В некоторых случаях возникает необходимость дифференцированного подхода в лечении каждой из гематом в зависимости от объема, степени организации содержимого и компрессии на мозговое вещество.

Учитывая эти обстоятельства, мы придерживаемся той точки зрения, что основным методом лечения ДХСГ является опорожнение гематом при помощи ТО отверстий. Нами предложен способ удаления гематомы с наложением менингокапсулярных швов. После применения разработанной методики осложнений не наблюдалось [4, 6]. При этом установлено, что консервативный метод лечения ДХСГ не приемлем.

Поступила 30.05.01

Երկկողմանի սուբդուրալ հեմատոմաները դասվում են հազվագյուտ հիվանդությունների շարքին: Տարբեր հեղինակների մոտ նկարագրվող դեպքերը կազմում են ոչ ավելի քան երկու տասնյակ: Դրանց առաջացման պարզաբաններն ու հավանական արյունահոսության աղբյուրները, ախտորոշման ու բուժման բազմաթիվ հարցերը դեռևս վերջնականապես ուսումնասիրված չեն:

Մենք ուսումնասիրել ենք երկկողմանի խրոնիկական հեմատոմաներով 29 հիվանդ (207 խրոնիկական սուբդուրալ հեմատոմաներից), որոնք կազմել են 14,0%: Ախտորոշումը հաստատվել է համալիր կլինիկական հետազոտության արդյունքում: Մեկ հիվանդ չափազանց ծանր վիճակի կապակցությամբ չի հետազոտվել: 26 հիվանդներ վիրահատվել են, 3-ը սպացել են կոնսերվատիվ բուժում: Կոնսերվատիվ բուժված հիվանդներից 2-ի մոտ դինամիկա չի նկատվել: 18 հիվանդների մոտ կատարված է հեմատոմաների դադարվում փրեֆինացիոն անցքերի միջոցով, 2-ին կատարված է ոսկրապլաստիկ փրեպանացիա (ՈՊՏ), 2-ին ռեզեկցիոն փրեպանացիա (ՌՏ): 4 հիվանդների մոտ իրականացված են վիրաբուժական և կոնսերվատիվ բուժման փոքրեր գուգորդումներ: ՈՊՏ-ների և ՌՏ-ների ժամանակ կիրառվել են մենինգոկապսուլյար կարեր: 26 հիվանդներ դուրս են գրվել լավացումով կամ թերեւակի արդաւնալրված մնացորդային երևույթներով, 2-ը անփութի վիճակով, 1-ը մահացել է, 2 հիվանդի մոտ նկատվել է ռեակումուլյացիա:

Երկկողմանի խրոնիկական հեմատոմաների բուժումը վիրահատական է: Լավագույն ցուցանիշները ստացվում են հեմատոմաների տրեֆինացիոն անցքերի միջոցով դատարկման արդյունքում: Վիրաբուժական արսենալում ցանկալի է ունենալ մաս խրոնիկական սուբդուրալ հեմատոմաների բուժման մեր կողմից առաջարկված մենինգոկապսուլյար կարերի կիրառման եղանակ:

THE CLINICAL COURSE, DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF BILATERAL MULTIPLE SUBDURAL HEMATOMAS

D.A. Patrikian

Bilateral multiple subdural hematoma is a very rare pathology. Different authors report about less than twenty cases. The problem of the etiology, possible bleeding sources, in-time diagnosis and efficient treatment of the bilateral multiple subdural hematomas still remains open. In the research of chronic subdural hematomas in 207 patients we have revealed bilateral hematomas in 29 cases (14.0%), the diagnosis was confirmed by the complex of various investigation methods, and one patient due to the severity of the condition did not undergo the study: 26 patients were put on surgery, 3 of them received only conservative intensive therapy. There were no positive dynamics in 2 patients of the last group.

The surgical treatment included: burr hole evacuation in 18 patients, evacuation via resection trepanation in 2 patients, cranioplastic trepanation in 2 patients. The application of combined surgical and conservative methods was performed in 4 patients. There were applied meningo-capsular sutures in all patients with craniotomy.

The results were positive in 26 patients, in 2 patients there were revealed no significant changes, and one patient died. The reaccumulation was present in 2 patients.

The most effective treatment method of bilateral multiple subdural hematomas is the surgical one. For the highest efficacy we suggest to perform burr hole evacuation, and application of the meningo-capsular sutures.

ЛИТЕРАТУРА

1. Качков И.А., Филимонов Б.А. Русский мед. журнал, 1997, т. V, 10, с 48.
2. Коновалов А.Х., Лихтерман Л.Б., Эль-Кади Х.А. Вопр. нейрохир., 1990, 1, с. 29.
3. Оганесян С.С. Вопр. нейрохир., 1970, 5, с. 22.
4. Патрикян Д.А., Фанарджян Р.В. и др. Вестник хир. Армении, 1997, 1, с. 40.
5. Руководство по нейротравматологии, ч. I (под ред. А.И.Арутюнова) М., 1978.
6. Хостилян Н.Г., Патрикян Д.А. и др. Вопр. кл. мед. Том 1, №2, Ереван, 1997, с. 28.
7. Bhatti G.B. J.Indian.Med.Assoc., 1996 Jan; 94(1): 7.
8. Mellergerd P., Wisten O. Acta.Neurochir., Wien, 1996; 138(6): 708-13.