

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

А.Ш. ШОДИЕВ, А.М. МАМАДАЛИЕВ, Р.Р. КАДИРОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, Самарканд

СУРУНКАЛИ СУБДУРАЛ ГЕМАТОМАЛАРНИНГ КЛИНИК-НЕВРОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ

А.Ш. ШОДИЕВ, А.М. МАМАДАЛИЕВ, Р.Р. КАДИРОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

CLINICAL AND DIGNOSTIC FEATURES OF CHRONIC UBDURAL HEMATOMAS

A.Sh. SHODIEV, A.M. MAMADALIEV, R.R. KADIROV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Ушбу мақолада сурункали субдурал гематома диагнози билан даволанган 49 бемордаги клиник-неврологик манзара намоён бўлиши гематомаларнинг ҳажми ва локализациясига боғлиқ жиҳатлари таҳлил этилган. Барча беморларга чуқур клиник-неврологик текширишлар билан бир қаторда компьютер ва магнит-резонанс-томография текширувлари ўтказилган. Сурункали субдурал гематомалар клиник-неврологик хусусиятларини ўрганиш, унга барвақт диагноз қўйиш, ҳар хил ноҳуш оқибатларнинг камайишига имкон яратади.

Калит сўзлар: сурункали субдурал гематома, нистагм, гемипарез, тилнинг девиацияси, анизорефлексия.

Current investigation includes data of 49 patients with chronic subdural hematomas (CSH). Performed analysis of dependence of clinical-neurological investigations from volume and localization of CSH. It was carried out complex clinical and instrumental investigation, including computed and magnetic-resonance tomography. Study of course and diagnostic features of CSH allows setting timely diagnosis and decrease of several negative complications.

Key words: Chronic subdural hematoma, nystagmus, hemiparesis, tongue deviation, anisoreflexia.

Актуальность. Хронические субдуральные гематомы (ХСГ) относятся к числу распространенных нейрохирургических заболеваний. По последним данным ХСГ составляют около 5 на 100 000 в год в общей популяции [7], а для лиц в возрасте 65 лет и выше, их частота достигает до 58,1 на 100 000 человек в год [5]. Главными причинами увеличения частоты ХСГ являются нарастающая урбанизация, увеличение скорости транспортных средств [1]. Несмотря на наличие многочисленных исследований, посвященных к особенностям течения и диагностики ХСГ, до сих пор существуют в этих вопросах различные, порой противоположные взгляды. Исходя из этого можно считать целесообразным продолжение новых научных поисков, направленных на изучение особенностей течения и диагностики ХСГ.

Материал и методы исследования. Нами были изучены медицинские карты 49 больных с ХСГ, оперированных в нейрохирургическом отделении 1-ой клиники СамМИ в период с 2012 по 2016 гг. Из них мужчин составили 40 (81,6%), женщин-9 (18,4%). Дети до 18 лет -15 (30,6%), от 19 до 59 лет-28 (57,2%), более 60 лет-6 (12,2%).

В подавляющем большинстве случаев (85,7%) ХСГ возникали после травмы головы (из них бытовая-18 (42,9%), ДТП-8 (19%), уличная-6 (14,3%), спортивная и родовая по-6 (9,5%), производственная и послеоперационная по 1 (2,4%) случаю). Встречались также спонтанные ХСГ

(14,3%) вследствие артериальной гипертензии-4 (8,2%) и нетравматические -3 (6,1%) ХСГ. Всем 49 больным проводились компьютерно- и магнитно-резонансно томографические (КТ, МРТ) исследования. По данным КТ и МРТ размеры гематом составляли до 50 мл у 11 (22,5%) больных, от 50 до 100 мл у 8 (16,3%) больных и более 100 мл у 30 (61,2%) больных. ХСГ у 35 (71,4%) больных были односторонними (почти одинаково с обеих сторон: слева- у 18, справа- у 17), в остальных случаях (28,6%) двухсторонними. Часто (28,6%) занимали одного полушария, затем последовали ХСГ, занимающие две доли (22,4%), три доли (16,3%) и наименьше (4,1%) всего одну долю.

Результаты и их обсуждение. Практически всем больным с ХСГ были характерны общемозговые, очаговые симптомы. Из общемозговых симптомов головная боль наблюдалась у 39 (79,6%) больных (табл. 1). Вслед за головной болью наблюдалась тошнота у 34 (69,4%) больных. Рвота и головокружение встречались по 29 (59,2%) случаях. За ними последовали нарушение сна-13 (26,5%), общее недомогание-10 (20,4%), эпилептические приступы-8 (16,3%). Состояние сознания больных нарушалось у 7 (14,3%), варьировало от поверхностного оглушения (у 4-х больных) до поверхностной комы (в одном случае). Из менингеальных знаков наблюдались ригидность затылочных мышц у 14 (28,6%) и симптом Кернига у 3 (6,1%) больных. Симптом острого сдавле-

ния головного мозга (анизокория) наблюдался у 4 (8,2%) больных. Интенсивность головной боли зависела от объема гематомы, так в группе больных, у которых объем гематомы не превышал 50 мл головная боль отмечалась у 6 (54,5%) из 11 больных, от 50 мл до 100 мл у 6 (75%) из 8, более 100 мл у 27 (90%) из 30 больных (рис. 1). Из очаговых симптомов преобладали парез лицевого нерва по центральному типу и статокординаторные нарушения в виде неустойчивости в позе Ромберга, которые встречались одинаково (по 79,6%), за ней последовали – гемипарез (75,5%) и анизорефлексия сухожильных рефлексов (73,5%). Патологические рефлексы отмечались у 16 (32,7%), нистагм у 15 (30,6%) больных. Нарушение речи (афазии) наблюдалось у 14 (28,6%), девиация языка в сторону у 3 (6,1%) больных (табл. 2). Следует отметить, что один из ведущих симптомов – гемипарез при сдавлении одной доли наблюдался у одного (50,0%) больного, при сдавлении две доли у 6 (54,5%), три доли у 8 больных (100%), при сдавлении одного полушария у 13

(92,9%) больных. При двухстороннем расположении гематомы гемипарез наблюдался у 9 (81,8%) больных (рис. 2). Из современных методов нейровизуализации 27 (55,1%) больным были проведены КТ, 19 (38,8%) – МРТ исследования и 3 (6,1%) больным МРТ с последующим КТ исследованием.

По данным КТ/МРТ смещение срединных структур головного мозга наблюдалось у 35 (71,4%) больных, из них у 5 (14,3%) до 4 мм, у 8 (23,8%) до 6 мм и у 22 (61,9%) более 6 мм. В других случаях (14 больных), смещение срединных структур головного мозга отсутствовало, причиной которого являлось двухстороннее расположение гематомы (4 случае) и незначительный объем (50,0 мл) гематомы. Из 30 наблюдений КТ по 10 (по 33,3%) случаев наблюдались гиподенсивные и гетероденсивные, в 8 (26,7%) случаев изоденсивные, в 2-х (6,7%) случаях гиперденсивные ХСГ. Масс-эффект наблюдался в 30 (61,2%) случаях из 49. Из них у 4 (8,1%) масс-эффект был незначительным, у 7 (14,3%) умеренным и у 19 (38,8%) выраженного характера.

Таблица 1.

Частота встречаемости общемозговых симптомов при ХСГ

№	Симптомы	Абсолютное число	В процентах
1	Головная боль	39	79,6
2	Тошнота	34	69,4
3	Головокружение	29	59,2
4	Рвота	29	59,2
5	Ригидность затылочных мышц	14	28,6
6	Нарушение сна	13	26,5
7	Общее недомогание	10	20,4
8	Эпилептические приступы	8	16,3
9	Анизокория	4	8,2
10	Симптом Кернига	3	6,1

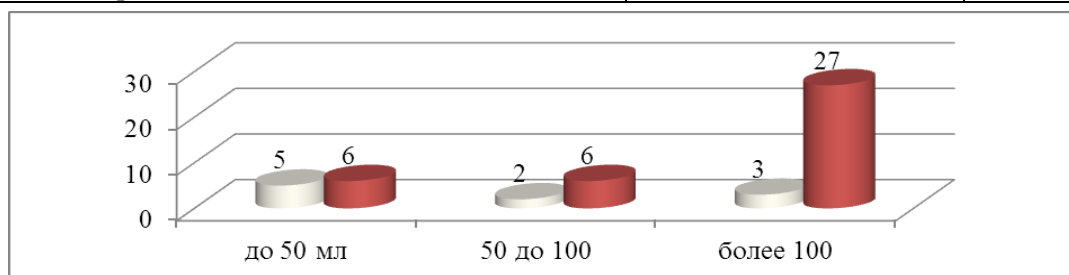


Рис. 1. Зависимость головной боли от объема ХСГ

Таблица 2.

Частота встречаемости очаговых симптомов при ХСГ

№	Симптомы	Абсолютное число	В процентах
1	Центральный парез лицевого нерва	39	79,6
2	Не устойчивость в позе Ромберга	39	79,6
3	Гемипарез	37	75,5
4	Анизорефлексия сухожильных рефлексов	36	73,5
5	Патологические рефлексы	16	32,7
6	Нистагм	15	30,6
7	Нарушения речи (афазии)	14	28,6
8	Девиация языка в сторону	3	6,1

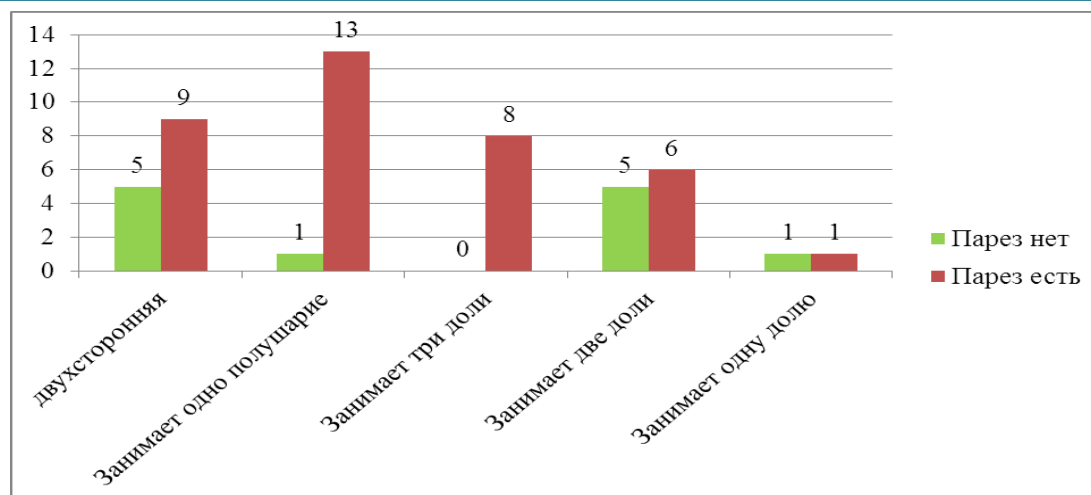


Рис. 2. Частота возникновения пирамидных симптомов в зависимости от объема ХСГ

Выводы:

1. Хронические субдуральные гематомы относятся к числу значимых нейрохирургических заболеваний, наиболее часто (81,6%) встречаются у мужчин, преобладают (57,2%) в трудоспособном возрасте. Частыми причинами (85,7%) ХСГ являются травмы головы, в большинстве случаев (77,5%) имеют больших объемов.
 2. Хронические субдуральные гематомы протекают общемозговыми и очаговыми симптомами. Из общемозговых симптомов часто встречается головная боль (79,6%), при обширных гематомах достигая до 90,0%. Вслед за ней следуют тошнота (69,4%), головокружение и рвота (по 59,2%). Из очаговых симптомов часто встречаются центральный парез лицевого нерва и неустойчивость в позе Ромберга (по 79,6%), гемипарез (75,5%) и анизорефлексия сухожильных рефлексов (73,5%).
 3. При диагностике хронических субдуральных гематом наиболее информативными являются компьютерно- и магнитно-резонансные томографические исследования, способствующие определить не только их наличие, но и определить тактику оперативного лечения.
- Изучение особенностей течения и диагностики хронических субдуральных гематом позволяют установлению своевременного диагноза и снижению различных негативных последствий.

Литература.

1. Кравчук А.Д. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических субдуральных гематом. Санкт-Петербург, 16.04.2015 г -С4.
2. Коновалов А.Н. и др. Минимально инвазивная хирургия хронических субдуральных гематом. В кн.: Реконструктивная и минимально инвазивная хирургия последствий черепно-мозговой травмы. Москва, 2012, с. 226-283.
3. Семисалов С.Я. Медико-социальные особенности хронических травматических субдуральных гематом головного мозга / С.Я. Семисалов. М.

Яналь Куссейбати // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2009. – Т. 10. № 1. – С. 45-47.

4. Данчин А.Г. и др. Хирургическое лечение хронических субдуральных гематом. – К.: Варта, 2007. С20.

5. Kudo H, Kuwamura K, Izawa I, Sawa H, Tamaki N. Chronic subdural hematoma in elderly people: present status on Awaji Island and epidemiological prospect. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 1992;32:207–9.

6. Miranda LB, Braxton E, Hobbs J, Quigley MR. Chronic subdural hematoma in the elderly: not a benign disease. *J Neurosurg*. 2011;114:72–6.

7. Santarius T. et al. Use of drains versus no drains after burrhole evacuation of chronic subdural haematoma: a randomized controlled trial. *Lancet* 2009; 374:1067-73.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

А.Ш. ШОДИЕВ, А.М. МАМАДАЛИЕВ,
Р.Р. КАДИРОВ

В настоящее исследование включены данные комплексного обследования 49 больных с хроническими субдуральными гематомами (ХСГ). Проведен анализ зависимости проявления клинико-неврологических симптомов от объема и локализации ХСГ. Всем больным проводилось комплексное клиническое и инструментальное обследование, включающее компьютерно – и магнитно – резонансно томографических обследований. Изучение особенностей течения и диагностики хронических субдуральных гематом позволяют установлению своевременного диагноза и снижению различных негативных последствий.

Ключевые слова: хроническая субдуральная гематома, нистагм, гемипарез, девиация языка, анизорефлексия.