

ХРОНИЧЕСКАЯ СУБДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА

Меладзе Н.В., Стукалова О.В.

Диагностика хронических субдуральных гематом (ХСГ) часто вызывает затруднения, что в первую очередь связано с отсутствием причинно-следственной связи между неврологическими проявлениями и травмой в анамнезе. Приводим клиническое наблюдение больного Б., 58 лет, у которого хроническая субдуральная гематома в течении более 2 месяцев протекала бессимптомно без клинических и функциональных нарушений. Диагноз впервые был поставлен при МРТ головного мозга, которая была назначена в связи с головными болями и снижением памяти.

Ключевые слова: субдуральная гематома, МРТ.

CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA

Meladze N.V., Stukalova O.V.

Dagnosis of chronic subdural hematoma (CSH) often leads to problems that are primarily due to the lack of cause and effect relationship between neurological manifestations and a history of trauma. Here is a clinical observation of patient B., aged 58, with a chronic subdural hematoma in the course of more than 2 months, asymptomatic, without clinical and functional abnormalities. The diagnosis was first raised by brain MRI, which was appointed in connection with headaches and memory decline.

Keywords: subdural hematoma, MRI.

Институт клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Минздрава России. Отдел томографии.
г. Москва, Россия

Clinical Cardiology Institute named after A.L. Myasnikov FSI «Russian Scientific Production Complex» of Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation. Department of Tomography.
Moscow, Russia

Хроническими называют субдуральные гематомы, клинические проявления которых возникают более чем через 2-3 недели после травмы. Хроническая субдуральная гематома составляет 1-7% всех объемных образований головного мозга [1]. Подавляющее большинство пациентов с хронической субдуральной гематомой – среднего и пожилого возраста. Более 75 % пациентов старше 50 лет, а средний возраст составляет 50 - 60 лет [2]. Количество случаев ХСГ на 3-м десятилетии жизни – 0,13 на 100 000 населения в год, в то время как на 7-м десятилетии – уже 7,4 на 100 000 населения в год. В общей сложности частота ХСГ составляет 1-2 случая на 100 000 населения в год, большая часть больных – мужчины. Наиболее часто идентифицируемая причина ХСГ – травма головы, хотя у 25-50 % пациентов травма в анамнезе отсутствует, даже в случаях установленной травмы о ней часто отзываются как об обыденной. К другим факторам, приводящим к ХСГ, относятся: прием антикоагулянтов, коагулопатии, эпилепсия, операции шунтирования при гидроцефалии [3]. Хроническая

субдуральная гематома в отличие от острой и подострой травматических гематом отграничена капсулой (отграничительная капсула). Наличие этой капсулы определяет особенности патогенеза и саногенеза, клинического течения и тактики лечения. Капсула хронической субдуральной гематомы обычно различима уже через 2 недели после субдурального кровоизлияния. Этот срок и принят для разграничения хронической гематомы от острой и подострой. Однако, развитие и организация капсулы хронической субдуральной гематомы – процесс, продолжающийся месяцы и годы.

История болезни

В апреле 2011 года в отдел томографии ИКК РКНПК, обратился пациент Б., 58 лет. Сам пациент предъявлял жалобы на головные боли и снижение памяти, а его родственники отметили некоторые изменения психического статуса за 3-5 дней до обследования. Пациент стал вялым, заторможенным. Связь развившихся симптомов с каким-либо событием пациент отрицал. После выполненного обследования при детальном расспросе родственников уда-

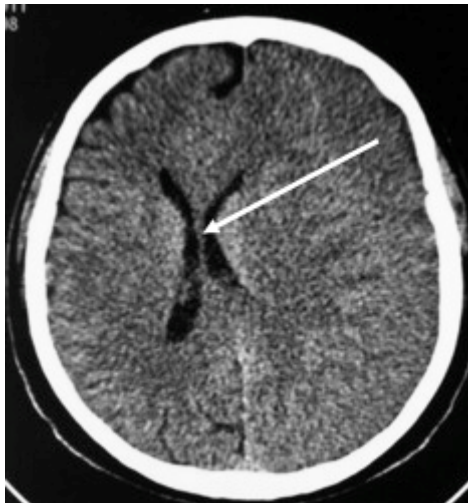


Рис. 1. КТ, аксиальная плоскость.

Стрелкой обозначено смещение срединных структур вправо. Сдавление левого бокового желудочка, выраженная сглаженность борозд.

лось выяснить, что имела место легкая травма головы более 2 месяцев назад, которой ни пациент, ни родственники особого внимания не придали.

Результаты обследования

Пациенту была проведена компьютерная томография (КТ) головного мозга. На томограммах определялось смещение срединных структур мозга вправо, деформация и сдавление левого бокового желудочка, выраженная сглаженность конвекситальных борозд левого полушария мозга (рис.1). Признаков кровоизлияния выявлено не было. Было высказано предположение о наличии на поверхности левого полушария мозга объемного образования, изо-

денсного ткани головного мозга.

В дополнение к КТ было проведено МРТ головного мозга. На МР-томограммах в левой лобной и теменной долях субдурально определялось большое скопление жидкости, с тонкой капсулой, размерами около 15x4x2,5 см, объемом около 220 мл. Определялся значительный масс-эффект: смещение срединных структур слева-направо на 15 мм и сдавление левого бокового желудочка. Ножки мозга также были несколько смещены вправо. Междолевые и конвекситальные борозды слева были значительно сдавлены. Интенсивность сигнала от жидкости на T1-взвешенных изображениях (ВИ) была незначительно повышена, в передних отделах определялась зона более высокой интенсивности, на T2-ВИ интенсивность сигнала была снижена (рис.2). Локализация выявленных изменений, а также характеристики МР-сигнала позволили выставить пациенту диагноз хронической субдуральной гематомы.

Пациент с диагнозом субдуральная гематома в левом полушарии головного мозга был направлен в НИИ нейрохирургии Бурденко, где была проведена эвакуация содержимого гематомы через фрезевое отверстие с промыванием ее полости изотоническим раствором натрия хлорида и последующим установлением закрытой наружной дренажной системы. Объем эвакуированной крови составил 200 мл.

Через 1 месяц после оперативного вмешательства пациент вновь обратился в отдел томографии РКНПК для оценки эффективности лечения. Выполнена МРТ. На томограммах в левой лобной и теменной долях сохранялась незначительное скопление жидкости, значительно меньших размеров (14x3,2x0,8 см), объемом около 50 мл. Значительно уменьшились прояв-

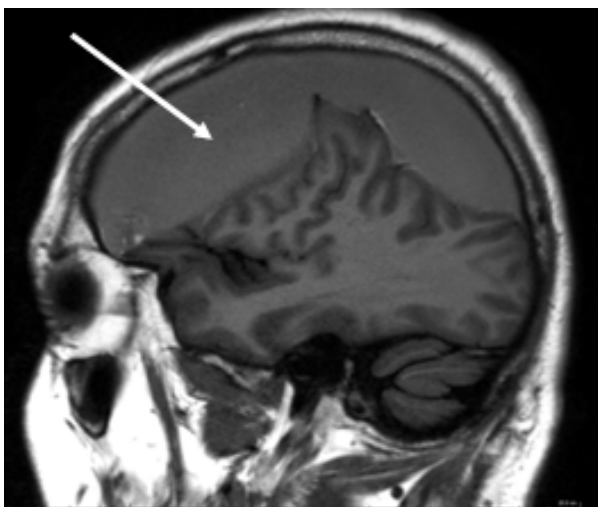


Рис. 2.а

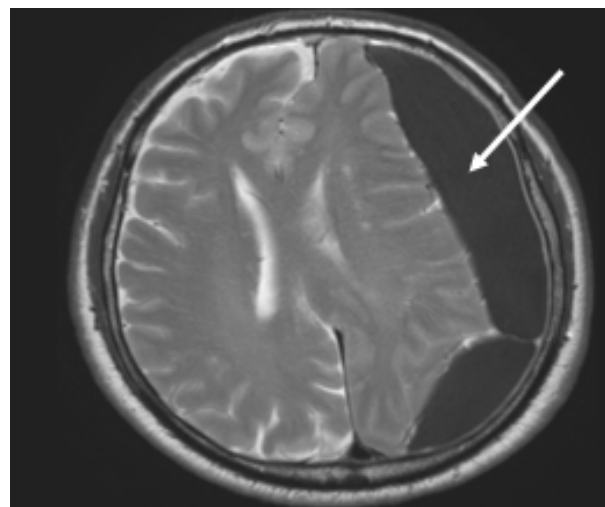


Рис. 2.б

Рис. 2. а. МРТ, T1-ВИ, сагиттальная плоскость. Стрелкой показана серповидной формы субдурально расположенная гематома; б. МРТ, T2-ВИ, аксиальная плоскость.

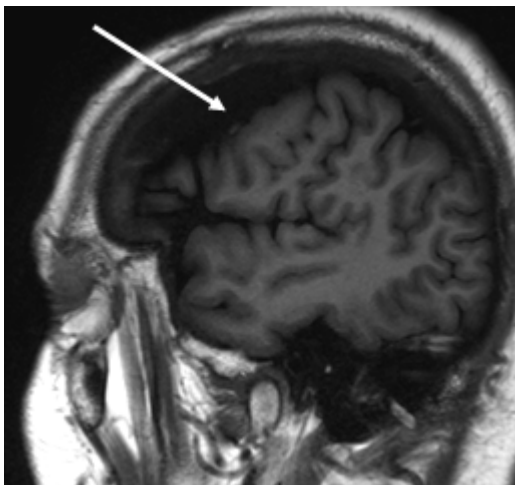


Рис. 3,а

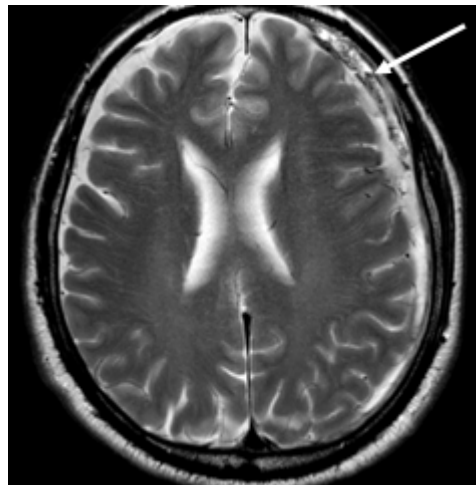


Рис. 3,б

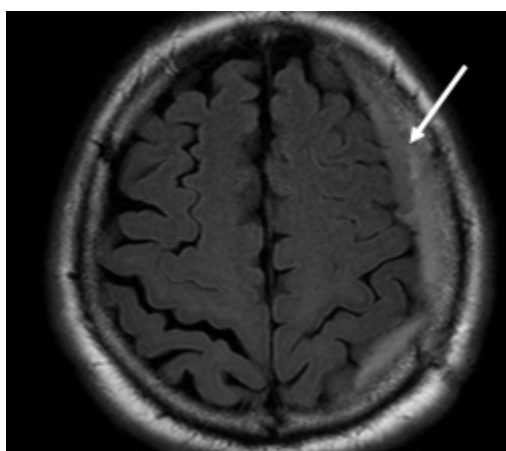


Рис. 3,в

Рис. 3. а. МРТ, T1-ВИ, сагиттальная плоскость; б. МРТ, T2-ВИ, аксиальная плоскость; в. МРТ, FLAIR, аксиальная плоскость.

Субдурально слева определяется небольшого объема остаточная гематома, интенсивность МР-сигнала от которой соответствует жидкости с примесью крови (вероятно, вследствие промывания гематомы после эвакуации крови изотоническим раствором) после операции.

ления масс-эффекта: смещение срединных структур слева-направо до 5-6 мм, сдавления боковых желудочков отсутствовало, сохранялась небольшая деформация его заднего рога (рис.3). Изменился характер МР-сигнала от жидкости – определялось повышение интенсивности на T2-ВИ, что соответствует жидкости с примесью крови. Стала отчетливо видна капсула гематомы (рис. 3. б.).

Обсуждение

Причина ХСГ – кровотечение из вен коры мозга в субдуральное пространство вследствие травмы головы, причем тяжесть травмы может быть минимальной.

Первичная гематома, чаще небольшая по объему, лишь незначительно сдавливает полушарие мозга. Объем хронической субдуральной гематомы может увеличиваться вследствие повторных микро- или макрокровоизлияний из неполноценных сосудов капсулы, чему способствует накопление продуктов деградации фибрина в полости гематомы [4].

Декомпенсация клинического течения ХСГ связана с увеличением ее объема и, возникающими в связи с этим, сдавлением полушария и дислокацией ствола головного мозг [5].

Клиническая картина при ХСГ вариабельна, что затрудняет их диагностику. До широкого распространения КТ более чем у 30% пациентов ХСГ не была диагностирована до вскрытия [6]. Проявления ХСГ у пожилых людей с нарушениями психического статуса часто принимались за деменцию. Среди наиболее часто встречающихся ошибочных диагнозов - инсульты, транзиторные ишемические атаки, опухоли мозга, менингоэнцефалиты, алкогольные психозы. Основные типы клинической манифестации ХСГ [7]:

1. Медленно прогрессирующий локальный неврологический дефицит, например гемипарез;
2. Симптомы повышения внутричерепного давления (ВЧД); изменения психического статуса, такие как деменция или изменения личности;
3. Менингеальный синдром с ригидностью мышц шеи и светобоязнью;
4. Инсультоподобный синдром с внезапным развитием локальных неврологических симптомов;
5. Синдром, имитирующий церебральную циркуляторную недостаточность в виде транзиторных ишемических атак;

6. Фокальные и генерализованные эпилептические припадки;

7. Синдром, имитирующий генерализованный атеросклероз с головными болями, апатией, нарушениями памяти, изменением походки.

Распознавание хронической субдуральной гематомы основывается на тщательном анализе анамнеза: факт ЧМТ (даже легкой) и внезапные ухудшения и выраженные ремиссии в течение заболевания и клинической картины.

Рентгенография черепа обычно не выявляет изменений. Иногда находят смещение обызвествленного шишковидного тела или перелом черепа.

На КТ без контрастирования обнаруживают объемное образование пониженной плотности на поверхности полушария головного мозга. Однако между 2-й и 6-й неделей после кровоизлияния на КТ можно увидеть лишь смещение срединных структур и сдавление бокового желудочка, поскольку плотность гематомы становится такой же, как и вещества мозга.

Двусторонние хронические гематомы не вызывают смещения срединных структур головного мозга, что еще более затрудняет их диагностику. Такие гематомы можно заподозрить,

если у пожилого больного на КТ выявляются сглаженные борозды коры и уменьшенные желудочки. Контрастирование позволяет увидеть васкуляризованную капсулу гематомы.

МРТ – надежный метод диагностики подострых и хронических субдуральных гематом.

Заключение

Данный случай демонстрирует возможность малосимптомного течения субдуральной гематомы достаточно большого объема. Проявления болезни были расценены первоначально как симптомы атеросклероза головного мозга. Бесконтрастная КТ была недостаточно информативна в диагностике заболевания. Выполнение МРТ головного мозга позволило правильно поставить диагноз и направить пациента на хирургическое лечение.

Приведенный клинический пример демонстрирует информативность бесконтрастной МРТ в диагностике хронических субдуральных гематом в тех случаях, когда выявление этой патологии при КТ представляется затруднительным.

Список литературы.

1. Денисенко Л. В. Хирургическое лечение хронических субдуральных гематом // Объединенная конференция нейрохирургов. Ереван. Труды. - 1965. - С. 200-202.

2. Svien HJ, Gelety JE. On the surgical management of encapsulated subdural hematoma: a comparison of the results of membranectomy and simple evacuation. *J Neurosurg.* 1964;21:172 – 7

3. Fogelholm R, Waltimo O. Epidemiology of chronic subdural hematoma. *Acta Neurochir (Wien).* 1975; 32:247 - 50.

4. Качков А. Хроническая субдуральная гематома. *Русский медицинский журнал.* 1997 г. № 10

5. Матузов С.А. Наблюдение редкого случая длительной эволюции хронической субдуральной гематомы // Современные задачи диагностики и лечения. Сборник научно-практических работ, посвященный 15-летию образования ЧОМДЦ. – Чита, РИФ «Арт-Мастер». – 2006. – С. 150 – 154.

6. Л.Б. Лихтерман, Аль-Каади. Хроническая субдуральная гематома // Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. *Нейротравматология. Справочник.* - М.: Вазар-Ферро, 1994. С.199 - 201.

7. Arseni C, Staciv M. Particular clinical aspects of chronic subdural hematoma in adults. *Eur Neurol.* 1969; 2:109 - 122.