

УДК 616.714.35-005.1-021.3:616.831.9-008.811.1

Поліщук М.С., Гончарук О.М., Обливач А.А.

Спонтанні крововиливи в задню черепну ямку, що супроводжуються оклюзійно-гідроцефальним синдромом

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ, Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Вступ. Гострі порушення кровообігу головного мозку (ГПКГМ) є не тільки медичною, а й соціальною проблемою внаслідок поширення, тяжкості захворювання, швидкого, інколи блискавичного перебігу, високого рівня інвалідизації та смертності [1–3]. У більшості країн Західної Європи мозковий інсульт (МІ) серед причин смерті посідає третє місце за частотою і є причиною найбільш тяжких порушень у пацієнтів працездатного віку, які вижили після нього [4]. Частота виникнення МІ у світі становить майже 200 (в Росії 350–530) на 100 тис. населення [2, 5–7]. В Україні у 2008 р. вперше МІ виник у 107 124 хворих, що становить 282,9 на 100 тис. населення, причому 35,5% з них працездатного віку [6, 8].

У 2008 р. в Україні від внутрішньомозкових крововиливів (ВМК) померли 13 426 хворих [1, 8]. За даними міжнародних досліджень, відзначено чітку тенденцію до збільшення частоти ВМК, яка становить 15% усіх спостережень МІ [2, 3, 5]. Летальність у гострому періоді геморагічного МІ дорівнює від 38 до 93% [2], у середньому в популяції — 79,5%. Протягом 1 року від ВМК вмирають 60% хворих, з тих, що вижили, лише у 31% відновлюється функціональна незалежність через 3 міс після крововиливу [9, 10].

Крововилив у мозочок характеризується різноманітними клінічними проявами, що залежить від величини та локалізації вогнища ураження. При крововиливі у півкулі мозочка значних розмірів виникає стиснення стовбура ГМ, порушення ліквороциркуляції, формується гіпертензивно-гідроцефальний або оклюзійно-гідроцефальний синдром. Оклюзійно-гідроцефальний синдром виникає при крововиливах поруч з водопроводом великого мозку або отвором Мажанді внаслідок їх стиснення в задньонижніх відділах півкуль мозочка або нижніх відділах його черв'яка. Суттєво змінюються симптоми при потрапленні крові у ІV шлуночок.

Крововиливи у задню черепну ямку (ЗЧЯ) до впровадження нейровізуалізуючих методів, як правило, виявляли під час патологоанатомічного дослідження. Зважаючи на швидкість та тяжкість перебігу крововиливів у ЗЧЯ, що часто спричиняло летальні наслідки, у ХХ столітті в основному описували патологоанатомічні зміни та клініко-морфологічні особливості перебігу захворювання на основі ретроспективного вивчення його особливостей у померлих. Прижиттєва діагностика та лікування крововиливів у мозочок були рідкістю [2, 11–14].

Метою роботи було вивчення частоти виникнення оклюзійно-гідроцефального синдрому при крововиливах у ЗЧЯ та визначення оптимального комплексу діагностично-лікувальних заходів, спрямованих на зменшення частоти негативних наслідків.

Проаналізовані результати лікування 150 хворих з приводу спонтанного крововиливу у ЗЧЯ у нейрохірургічному відділенні Київської міської

клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Хворі доставлені в лікарню каретою швидкої допомоги переважно в тяжкому та вкрай тяжкому стані — 93 (62%), середньої тяжкості — 22 (21%), у задовільному стані — 25 (18%). У 64 з них за даними комп'ютерної (КТ) та магніторезонансної (МРТ) томографії діагностований гідроцефальний синдром. Оперовані 36 хворих, померли — 22, (післяопераційна летальність 61%). Стан хворих оцінювали за шкалою ком Глазго (ШКГ).

КТ проводили усім хворим у невідкладному порядку одразу після госпіталізації, а також в динаміці. У 18% з них після першого дослідження крововилив у ЗЧЯ не діагностований. МРТ проводили на 2–3-тю добу, а також в динаміці захворювання. КТ дозволяла диференціювати крововилив від ішемічного порушення, встановити локалізацію процесу. За допомогою МРТ уточнювали локалізацію процесу, в динаміці спостерігали еволюцію крововиливу. Крововиливи у мозочок у хворих виявляли удвічі частіше, ніж у стовбур мозку. Під час проведення нейровізуалізації оцінювали стан шлуночків мозку, цистерн, наявність деформації та стиснення мозочка і стовбура мозку. Ступінь деформації стовбура мозку (ДСМ) визначали за наступними ознаками: 1) зміна кута нахилу іпсилатерального крила обхідної цистерни з незначним її вкороченням та відсутністю цистернальних просторів; 2) значне розширення супратенторіальної частини системи шлуночків; 3) вклинення мигдаликів мозочка у великий потиличний отвір.

Спостереження в динаміці за хворими має важливе значення: поглиблення порушення свідомості, поява артеріальної гіпертензії, брадикардії, що має схильність або змінюється тенденцією до тахікардії та зниження артеріального тиску, поява тахіпное є підставою до невідкладного проведення КТ та/або МРТ, за відсутності ефекту від лікування КТ та/або МРТ проводять через 3–4 доби. Таким чином, клінічні спостереження і дані КТ (МРТ) дозволяли прогнозувати виникнення оклюзійної гідроцефалії, спричиненої стисненням гематомою не тільки шлуночків, а й базальних цистерн.

Гідроцефальний синдром діагностований у 64 (42,6%) хворих з крововиливами у ЗЧЯ. У 36 хворих виявлені крововиливи у стовбур мозку, у 28 — в півкулі мозочка. У 14 хворих крововилив у мозочок супроводжувався потрапленням крові в ІV шлуночок, у 26 хворих з крововиливом у стовбур мозку виявлено кров у ІV шлуночку. В усіх спостереженнях оклюзійно-гідроцефальний синдром спричинений стисненням порожнини ІV шлуночка та базальних цистерн і гемотампонадою лікворопровідних шляхів ЗЧЯ. Діагностика гідроцефалії при крововиливах у ЗЧЯ мала важливе значення в оцінці стану хворих та виборі лікувальної тактики.

У 36 хворих за прогресуючого перебігу оклюзійно-гідроцефального синдрому здійснені оперативні втручання: видалення гематом мозочка та шунтування шлуночків — у 23, дренування шлуночків мозку при крововиливах у його стовбур — у 13. Вижили 14 (39%) хворих, померли — 22 (61%). З 13 хворих, у яких виник крововилив у стовбур мозку, після операції вижив один. Усі хворі, у яких відзначене порушення свідомості 6 балів і менше за ШКГ, померли.

Проведений аналіз хворих з спонтанними крововиливами у ЗЧЯ свідчить, що більшість з них госпіталізують у тяжкому та вкрай тяжкому стані. У 35% хворих з крововиливами в ЗЧЯ виникає оклюзійно-гідроцефальний синдром внаслідок потрапляння крові у шлуночки мозку, гемотампонади шлуночків, крововиливів у базальні цистерни, зміщення мозочка, стовбура мозку, блокади лікворопровідних шляхів. Надзвичайно важливими як у прогностичному плані, так і виборі лікувальної тактики є дані об'єктивних методів дослідження (КТ, МРТ), проведених у динаміці, поряд з оцінкою неврологічного стану та порушень функцій стовбура мозку. При оклюзії лікворних шляхів у хворих з гематомами мозочка видаляли гематоми та здійснювали дренування шлуночків мозку, при крововиливу в стовбур мозку — дренування шлуночків.

Прогредієнтність порушення свідомості, симптомів компресії та дислокації стовбура мозку (за даними клініки та КТ чи МРТ) прогностично несприятлива, особливо за наявності крововиливів у стовбур мозку. Порушення свідомості 6 балів і менше за ШКГ в усіх хворих, незалежно від локалізації крововиливу (мозочок, стовбур мозку) та наявності оклюзії є прогностично несприятливим чинником.

Висновки. 1. Крововиливи в ЗЧЯ у 42,6% спостережень супроводжуються гідроцефальним синдромом, у 50% спостерігають прогресивну оклюзійну гідроцефалію.

2. Відзначається прогресивність порушення свідомості, дихання, вегетативних розладів.

3. Основним методом визначення/діагностики прогресування гідроцефалії за наявності крововиливів у ЗЧЯ є динаміка порушення свідомості, дихальних, вегетативних розладів, а також дані КТ або МРТ.

4. Прогресування гідроцефалії при крововиливах у ЗЧЯ є прямим показанням до здійснення дренування шлуночків та видалення гематом мозочка. Про-

гностично несприятливими є крововиливи у стовбур мозку та порушення свідомості за типом коми II.

Список літератури

1. Міщенко М.С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / М.С. Міщенко // Судинні захворювання головного мозку. — 2006. — №1. — С.3–7.
2. Пирадов М.А. Геморрагический инсульт: новые подходы к диагностике и лечению / М.А. Пирадов // Нервные болезни. — М.: Атмосфера, 2005. — С.17–19.
3. Педаченко Г.А. Кровоизлияния в мозжечок / Г.А. Педаченко, М.П. Пастушин. — К.: Здоров'я, 1975 — 95 с.
4. Варлоу Ч.П. и соавт. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных; пер. с англ., под ред. А.А. Скоромца, В.А. Сорокоумова — СПб.: Политехника, 1998. — 628 с.
5. Обливач А.А. Ранняя диагностика нетравматического крововилива в заднюю черепную ямку / А.А. Обливач // Укр. нейрохірург. журн. — 2002. — №4. — С.62–66.
6. Скворцова В.И. Геморрагический инсульт: практическое руководство / В.И. Скворцова, В.В. Крылов // М.: ГЕОТАР-Мед, 2005. — 160 с.
7. Brown D.L. Morgenstern Stopping the bleeding in intracerebral hemorrhage / D.L. Brown // New Engl. J. Med. — 2005. — V.352, N8. — P.828–830.
8. Стан неврологічної служби України в 2008 році / М.П. Жданова, О.М. Зінченко, М.В. Голубчиков [та ін.]. — Харків, 2009. — 24 с.
9. Варакин Ю.Я. Распространенность и структура цереброваскулярных заболеваний в различных регионах СССР по данным одномоментного эпидемиологического исследования / Ю.П. Варакин // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1993. — №11. — С.7–10.
10. Винничук С.М. и соавт. Внутримозговое кровоизлияние: Факторы определяющие тяжесть состояния и исход заболевания // Укр. мед. Часопис. — 2007. — №5(61). — С.1–8.
11. Башенская М.Л. Мозжечковые кровоизлияния / М.Л. Башенская // Невропатология и психиатрия. — 1940. — №7–8. — С.31–37.
12. Fewel J.M. Spontaneous intracerebral hemorrhage: a review / J.M. Fewel, B.G. Thompson Jr., J.T. Hoff // Neurosurg. Focus. — 2003. — V.15, N4. — El.
13. Russel D.S. Tumors and hematomas of the cranial fossa posterior. The pathology of tumors of the nervous system / D.S. Russel, L.J. Rubinstein. — 4th ed. — L.: Edvard Arnold, 1977. — P.126–145.
14. Three important subgroups of hypertensive persons at greater risk of intracerebral hemorrhage / A. G. Thrift, J. J. McNeil, A. Forbes, G. A. Donnan // Melbourne Risk Factor Study Group. Hypertension. — 1998. — V.312, N6. — P.1223–1229.

Одержано 09.06.10

Поліщук М.Є., Гончарук О.М., Обливач А.А.

Спонтанні крововиливи в задню черепну ямку, що супроводжуються оклюзійно-гідроцефальним синдромом

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, м. Київ, Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

З 150 хворих з нетравматичними крововиливами в задню черепну ямку оклюзійно-гідроцефальний синдром виник у 64, з вираженою прогресивністю — у 36. Діагноз встановлений на підставі даних клініки і додаткових методів — КТ і МРТ. З приводу прогресивного оклюзійно-гідроцефального синдрому оперовані 36 хворих, з них 22 померли (летальність 61%).

Ключові слова: задня черепна ямка, крововилив, оклюзія, гідроцефалія, мозочок, стовбур мозку.

Полищук Н.Е., Гончарук О.Н., Облывач А.А.

Спонтанне кровоизлияние в заднюю черепную ямку, сопровождающееся окклюзионно-гидроцефальным синдромом

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика МЗ Украины, г. Киев, Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Из 150 больных с нетравматическими кровоизлияниями в заднюю черепную ямку окклюзионно-гидроцефальный синдром возник у 64, с выраженной прогрессивностью — у 36. Диагноз установлен на основании данных клиники и дополнительных методов — КТ и МРТ. По поводу прогрессирующего окклюзионно-гидроцефального синдрома оперированы 36 больных, из них 22 умерли (летальность 61%).

Ключевые слова: задняя черепная ямка, кровоизлияние, окклюзия, гидроцефалия, мозжечок, ствол мозга.

Polishchuk N.E., Goncharuk O.N., Oblyvach A.A.

Spontaneous hemorrhage to the posterior cranial fossa, accompanied by occlusion-hydrocephalic syndrome

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk of Ministry of Health Care of Ukraine, Kiev, Kiev emergency clinical hospital

From 150 patients with nontraumatic hemorrhages in posterior cranial fossa the occlusion hydrocephalic syndrome developed in 64, with expressive progression — in 36 patients. The diagnosis was established on the base of clinical data and additional methods — CT and MRI. 36 patients were operated because of progressive occlusion-hydrocephalic syndrome, 22 of them died (lethality 61%).

Key words: posterior cranial fossa, hemorrhage, occlusion, hydrocephalus, cerebellum, brainstem.

Коментар

до статті Полищука М.Е. і співавторів «Спонтанні крововиливи в задню черепну ямку, що супроводжуються оклюзійно-гідроцефальним синдромом»

Частота гіпертензивних крововиливів у мозочок становить майже 10% усіх внутрішньомозкових гематом, при цьому летальність сягає 75–100%. Щодо актуальності проблеми: своєчасно виконане хірургічне втручання дозволяє не тільки врятувати життя пацієнта, а й покращити функціональні наслідки захворювання (В.В. Пересєдов, 1997; R.W. Kirolos, 2001; Z.R. Cohen, 2002; В.В. Крилов 2005). Незважаючи на очевидну актуальність вивчення проблем хірургії гіпертензивних гематом мозочка, багато питань, присвячених діагностиці та хірургічній тактиці не визначені. Недостатньо вивчені чутливість і специфічність основних інструментальних методів діагностики (СКТ, МРТ, церебральної ангиографії), показань до їх застосування при цьому захворюванні. Крім того, незважаючи на високу хірургічну активність за наявності гіпертензивних гематом мозочка, чітко не визначена тактика лікування пацієнтів за різного ступеня порушення свідомості, дислокації, об'єму гематоми. Не встановлена роль мініінвазивних втручань, зокрема, пункційної аспірації гематоми, локального фібринолізу (М. Mohadger, 1990; Л.Н. Полякова, 2005). Існують різні погляди щодо доцільності та ефективності застосування зовнішнього дренивання шлуночків мозку (В.В. Крилов, В.Г. Дашьян, 2005; Н. Yoshimoto, 1989; Е. Waidhauser, 1990; R. Firsching, 1991; R.W. Kirolos, 2001). Недостатньо вивчені фактори, що визначають тяжкість стану пацієнтів за наявності гематоми мозочка.

Аналізуючи представлений матеріал, слід наголосити, що метою дослідження є визначення частоти виникнення

оклюзійно-гідроцефального синдрому при крововиливах у задню черепну ямку (ЗЧЯ) та оптимального комплексу діагностично-лікувальних заходів, спрямованих на зменшення частоти негативних наслідків.

Представлений матеріал щодо формування оклюзійно-гідроцефального синдрому у хворих за спонтанного крововиливу в ЗЧЯ. Слід підкреслити доволі поверхневий аналіз наведених клінічних спостережень, а саме: відсутність даних про локалізацію та об'єм крововиливу, наявність дислокації та компресії ІV шлуночка. Не можна вважати повноцінним обстеження жодного з 150 пацієнтів, адже, за наявності крововиливу в ЗЧЯ необхідно провести ангиографічне дослідження.

З огляду на локалізацію крововиливу, слід зауважити, що клінічні прояви крововиливів в ЗЧЯ суттєво відрізняються від таких при локалізації процесу в півкулі та черв'яку мозочка за клінічним перебігом, даними КТ та наслідками захворювання. Сумнівна представлена авторами низька діагностична цінність методу КТ. Наведений матеріал потребує статистичного аналізу.

Наведені клінічні спостереження свідчать про значну частоту виникнення оклюзійно-гідроцефального синдрому у хворих з крововиливами в ЗЧЯ. Проаналізовані дані спонукають до пошуку нових, більш досконалих хірургічних технологій (локальний та вентрикулярний фібриноліз, застосування ендоскопічної техніки) за наявності паренхіматозно-вентрикулярного крововиливу в ЗЧЯ, а не тільки загальноприйнятих способів хірургічної корекції.

О.А. Цімейко, д-р мед. наук професор,
завідувач відділу невідкладної судинної нейрохірургії
Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України