

УДК: 616.831.957-003.215-615.009.036.2/-11

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ И ОСТРОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ У БОЛЬНОГО ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

И.Э. Соибов

Республиканский специализированный научно-практический центр нейрохирургии, Мирзо-Улугбекский район, массив Хумоюн, дом 40, Ташкент.

РЕЗЮМЕ

Представлен клинический случай больного с хронической субдуральной гематомой в сочетании с острой субдурально-субкапсулярной гематомой. Несмотря на всесторонние диагностические обследования, выполненные при поступлении

пострадавшего в стационар и своевременное выполнение оперативного вмешательства, сочетание гематом было не распознано. В данной статье мы проанализировали причины сочетания гематом, ошибки диагностики и оперативного лечения.

Ключевые слова: *Нейротравма, пожилой и старческий возраст, внутричерепная гематома.*

CASE OF COMBINATION CHRONIC AND ACUTE SUBDURAL HEMATOMA IN ELDERLY PATIENT

I.E. Soyibov

Republican specialized scientific and practical center of neurosurgery, Mirzo-Ulugbek district, Humoyun, 40, Tashkent.

ABSTRACT

There were presented clinical case of the patient with chronic subdural hematoma in combination with acute subdural- subcapsular hematoma. Despite of the full diagnostic studies performed on admission to the hospital and timely performed surgery, recognition of the combination of hematomas was out of season. This article analyzes the reasons of combined hematomas, errors of diagnosis and surgical treatment.

Keywords: *Neurotrauma, elderly age, intracranial hematoma.*

Актуальность: Встречаемость черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у лиц от 65 до 75 и старше составляет от 110 до 215 человек на 10000 населения. Причем 60% летальности от ЧМТ приходится на больных в возрасте более 60 лет (Thompson H.J., McCormick W.C., Kagan S.H., 2006). Основной причиной смертности является тяжелая черепно-мозговая травма, сопровождающаяся внутричерепными кровоизлияниями. По литературным данным, при тяжелой ЧМТ, встречаемость эпидуральных гематом колеблется от 0,54 до 9%, субдуральных 9-22 %, травматических внутримозговых гематом составляет 10,5-23 %, внутрижелудочковых кровоизлияний до 10% и субарахноидальных кровоизлияний 32% случаев (Shimoda K. et al., 2014). Распространенность хронических субдуральных гематом (ХСГ) среди объемных образований головного мозга по данным разных авторов составляет 1-7% случаев,

а внутричерепных кровоизлияний 12-25% (Кротов А.В., 2004). Основными причинами возникновения ХСГ пожилого и старческого возраста являются черепно-мозговые травмы (Гринев Ю.В., 2013 г.)

Цель: на основе одного клинического случая изучить особенности клинического течения травматических внутричерепных кровоизлияний у лиц пожилого и старческого возраста.

Приводим интересное наблюдение сочетания хронической и острой субдуральной гематомы. Пострадавший К., 73 лет, поступил в отделение реанимации Республиканского специализированного научно-практического центра нейрохирургии 12 марта 2013г. Обстоятельства травмы: за 2 дня до поступления больной упал с высоты своего роста. Со слов жены сознание якобы не терял. Находился дома. В связи с неадекватностью поведения, периодическим психомоторным возбуждением линейной скорой помощи больной доставлен в клинику. Общее состояние больного при поступлении по шкале Глазго оценивалось 11 баллов. Уровень бодрствования при поступлении – глубокое оглушение. Больной к контакту доступен. Элементарные команды выполняет. Витальных нарушений не наблюдались. Гемодинамические показатели стабильные. Тоны сердца ясные, ЧСС – 88 в минуту, АД – 140/90 мм рт. ст. Очаговых симптомов нет. Менингеальный синдром слабо выражен. Локально отмечается ушиб мягких тканей лобной области справа.

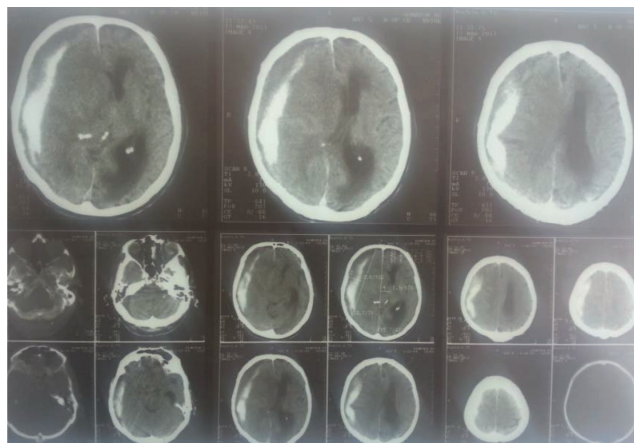


Рис. 1. КТ снимки больного К/1, 73 лет при поступлении.

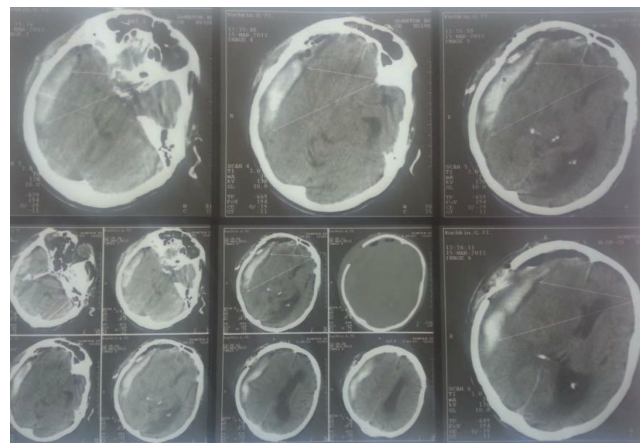


Рис. 2. КТ снимки больного К, 73 лет после первой операции.

При проведении первичных обследований: на краниограммах в двух проекциях отмечается перелом лобной кости справа и расхождение по сагитальному шву; на ЭХО-энцефалоскопии – множественные ЭХО-сигналы. Больной находился под наблюдением в отделении реанимации. Уровень общего состояния и уровень сознания оставались без изменений.

На второй день после госпитализации больному проведены всесторонние обследования, включая компьютерную томографию.

Осмотрен офтальмологом: OD – не офтальмоскопируется, OS – ангиосклероз сосудов сетчатки; за счет старческой катаракты.

Осмотрен терапевтом: проведена электрокардиограмма – ИБС. Кардиосклероз. Артериальная гипертензия.

На компьютерной томограмме выявлена лентовидная тень в правой лобно-теменно-височной области, плотностью +65 +76 едН, размерами 13,7x2,6x5,5см. тень имела неоднородную – гипер- и гиподенсивную структуру (Рис.1). Смешанные срединных структур справа налево на 18 мм. Позатажные хроническая и острая субдуральные гематомы лобно-теменно-височной области ошибочно оценены, как гетероденсивная хроническая субдуральная гематома.

После осмотра анестезиолога, больному в экстренном порядке произведено оперативное вмешательство.

Протокол операции: под общей комбинированной анестезией в положении больного на спине произведен линейный кожный разрез в правой теменно-височной области. Оголена височная кость, на которую наложено фрезевое отверстие. Последнее расширено до размеров 3x3 см. При вскрытии твердой мозговой оболочки обнаружена резко выраженная капсула гематомы толщиной

0,3см. капсула вскрыта крестообразно. При этом под давлением выделилась лизированная кровь с примесью «старых» сгустков крови в количестве 80 мл. появилась четкая пульсация головного мозга. Идентифицирована внутренняя капсула. Учитывая вышеуказанные, субдуральная гематома неоднородной структуры по данным КТ снимков, оценена как хроническая субдуральная гематома гетероденсивной структуры. Операция на этом этапе закончена, рана ушита с оставлением длительного дренажа в полости капсулы гематомы.

На следующий день после операции, после полного восстановления сознания больной переведен в отделение.

В неврологическом статусе: сознание ясное, сохранялось некоторое неадекватное поведение, дезориентированность в месте и во времени. Зрачки равновеликие, фотореакция сохранена. Движение в конечностях в полном объеме. Отмечается гипертонус мышц конечностей. Умеренная ригидность затылочных мышц. Отмечается патологический синергизм в левых конечностях. Положительный симптом Бабинского.

Повторно осмотрен офтальмологом: OS-слабовыраженные застойные диски зрительных нервов. OD - не офтальмоскопируется из-за наличия катаракты)

На ЭХО-энцефалограмме отмечается смешанные срединных структур справа налево на 11 мм. Данное состояние послужило для проведения повторного КТ исследования. На серии КТ снимков определяется лентовидная тень +75+71 едН. в послеоперационном ложе, под хорошо визуализированной капсулой. Также определялась дренажная трубка в ложе гематомы. (Рис 2.)

В экстренном порядке произведена реоперация. Во время операции трепанационное окно расширено до размеров 7,0x6,0 см. обнаружена наруж-

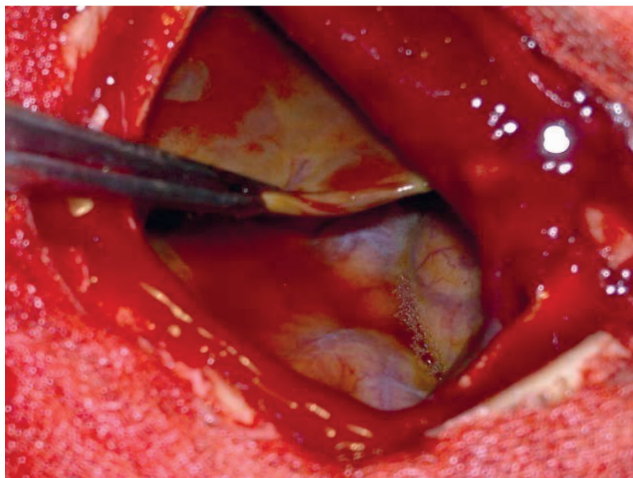


Рис. 3. Интраоперационный снимок обнажения наружного листка хронической гематомы.

ная капсула гематомы, которая иссечена до размеров 5x5 см. (Рис. 3), произведена ревизия полости хронической гематомы.

Внутренняя капсула хронической гематомы тонкая, также иссечена в пределах видимости. Под висцеральной капсулой ХСГ обнаружена острая гематома, в виде сгустков, которая распространялась в теменно-височную область. После удаление острой гематомы, отмечался выраженный релапс мозговой ткани до 4 см. (Рис 4.)

Пульсация мозга умеренная, за счет длительного сдавления мозговой ткани. Полость гематом заполнена теплым физиологическим раствором и установлена пассивная дренирующая система.

Через 5 часов после операции отмечено восстановление уровня сознания. Больной переведен в отделение. Сознание ясное, адекватен. Очаговые и менингеальные знаки регрессировали на 2-е сутки после операции. Дренирующая система удалена на третьи сутки. Гнойно-септических осложнений не было. Пациент выписан домой на 7-е сутки.

Обсуждение. Начиная с 30-летнего возраста, происходит постепенное снижение мозгового кровотока, особенно в префронтальных и височных отделах головного мозга, а также в базальных ганглиях и таламусе. [3] Склеротическая ломкость сосудов, уменьшение массы мозга увеличение объема резервного пространства, малая резистентность к повышению внутричерепного давления приводят к повышенному риску внутричерепного кровоизлияния [4]. Вышеизложенные признаки и пониженная реактивность организма у людей пожилого и старческого возраста в определенной степени объясняют тот факт, что клиническое течение черепно-мозговой травмы не соответствует тяжести травмы.

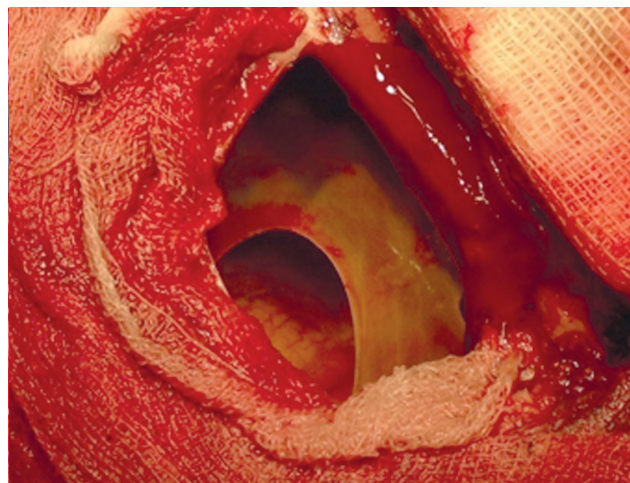


Рис. 4. Интраоперационный снимок после удаления острой гематомы. Визуализируется выраженный релапс мозговой ткани.

В данном случае на фоне атрофических изменений хроническая субдуральная гематома протекала бессимптомно. Падение пациента привело к повторному кровоизлиянию – субкапсулярному накоплению гематомы. Большое резервное пространство черепа компенсировало объем гематом. Больной поступал в субкомпенсированном состоянии, неврологическая симптоматика представлялась только очаговыми признаками. Дислокационный синдром отсутствовал, несмотря на суммарный объем двух гематом – 160 мл. в дооперационном обследовании по программе «масс-эффект» и в интраоперационном измерении удаленной крови.

К заблуждению тактики хирургического лечения привело имеющаяся хроническая субдуральная гематома с хорошо выраженной капсулой. На компьютерном томографическом исследовании сочетание гематом было оценено, как гетероденсивная хроническая субдуральная гематома. Надо отметить, что адекватная ревизия полости хронической гематомы с наложением диагностических насечек на листки капсулы предотвращает заблуждения при хирургическом вмешательстве.

Таким образом, атрофический процесс и большое резервное пространство у лиц пожилого и старческого возраста приводит к стертому течению черепно-мозговой травмы, также создается условия к возможному сочетанию разных форм кровоизлияний. Настороженность сочетания различных форм кровоизлияний при выборе объема оперативного вмешательства травматических повреждениях головного мозга у лиц пожилого и старческого возраста, предотвращает ошибочные результаты, несмотря на широкий диагностический спектр обследований.

Литература/References

1. Гриньев Ю.В. Особливості черепно-мозкової травми середнього та тяжкого ступеня у осіб старших вікових груп (клініка, діагностика, прогнозування): Автореф. дис. ... кан-таа мед. наук. – Киев, 2013. С. 16.
2. Кротов А.В. Травматические хронические субдуральные гематомы у больных пожилого возраста (клиника, диагностика, хирургическое лечение): Дис. ... канд. мед. наук.-Казань, 2004. - С.104.
3. Havill J. H. and all. Observer Error and Prediction of Outcome Grading of Head Injury based on Computerised Tomography \ Original articles. - 2016 – p15-18.
4. Maas A.I., Steverberg E.W., Butcher I. Prognostic value of computerized tomography scan characteristics in traumatic brain injury: results from the IMPACT study / J. Neurotrauma. – 2007. – V.24. – P.303–314.
5. Shimoda K , Maeda T , Tado M , Yoshino A , Katayama Y , Bullock MR . Outcome and surgical management for geriatric traumatic brain injury: analysis of 888 cases registered in the Japan Neurotrauma Data Bank. World Neurosurg. 2014; 82: 1300-1306.
6. Thompson HJ, McCormick WC, Kagan SH. Traumatic brain injury in older adults: epidemiology, outcomes, and future implications. J Am Geriatr Soc. 2006; 54:1590–5. The Trauma Audit and Research Network. Procedures manual. 2014. tarn.ac.uk (accessed Jan 2015).

УДК:616.216.1/3-006-073.75

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

П.Бабаева, Ю.М.Ходжибекова

Ташкентский государственный стоматологический институт
ORCID<http://orcid.org/0000-0002-0000-0000>

РЕЗЮМЕ

При синоназальных заболеваниях преобладают воспалительные поражения, доброкачественные и злокачественные опухоли встречаются редко. Доброкачественные опухоли характеризуются гистологическим разнообразием. Боли в лице, гнойные выделения из носа, эпистаксис, заложенность. Ретроспективно были анализированы истории болезни и результаты исследования 31 больных, которые были госпитализированы в ЛОР отделение 3-клиники ТМА за период 2018-2020г., и были прооперированы по поводу доброкачественной опухоли околоносовых пазух. Средний возраст больных составил 38 лет (от 2 месяцев до 73 лет), а соотношение полов - 2,4 (22 мужчины и 9 женщин). Всем пациентам перед операцией было проведено эндоскопическое

и рентгенологическое исследования придаточных пазух носа с последующим компьютерно томографическим (КТ) исследованием придаточных пазух носа с трехмерной реконструкцией. Таким образом, доброкачественные опухоли околоносовых пазух характеризуются своим гистологическим разнообразием. Клиническая картина является переменной и неспецифической. Диагностика была улучшена современными методами визуализации и окончательно подтверждена после гистологических исследований. Фактически, эндоскопическая хирургия пазух носа стала процедурой выбора для лечения.

Ключевые слова: опухолеподобные образования, эндоназальная хирургия, гистология, визуализация, околоносовые пазухи носа, гистологическая верификация.

RADIATION DIAGNOSIS OF TUMOR-LIKE FORMATIONS OF THE PARANASAL SINUSES

P. Babaeva, Yu. M. Khodzhibekova

Tashkent State Dental Institute
ORCID<http://orcid.org/0000-0002-0000-0000>

ABSTRACT

In sinonasal diseases, inflammatory lesions predominate, benign and malignant tumors are rare.

Benign tumors are characterized by histological diversity. Pain in the face, purulent nasal discharge, epistaxis, congestion. The case histories and the results