

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ГЕМАТОМ МОЗЖЕЧКА

В.Ф. Чернов, М.В. Ребров, Д.В. Чернов
КГП «Костанайская областная больница», г. Костанай

В общей структуре внутримозговых кровоизлияний на долю гипертензивных кровоизлияний в мозжечок приходится 5-10 %. Основной причиной нетравматических мозжечковых кровоизлияний является гипертоническая болезнь. Другими причинами (менее 40 %) являются сосудистые мальформации, нарушения свертываемости крови, амилоидная ангиопатия. Источником кровоизлияний преимущественно являются ветви верхней мозжечковой артерии (ВМА) и задней нижней мозжечковой артерии (ЗНМА), которые наиболее часто поражаются при гипертонической болезни. Характерным для инсульта мозжечка является кровоизлияние по типу гематомы. Излившаяся кровь раздвигает окружающую мозговую ткань, что не приводит к значительному разрушению мозговой ткани, а размеры гематомы намного превышают объем поврежденной ткани мозга. Основным патогенетическим фактором при гематомах мозжечка является масс-эффект и, как следствие этого, дислокация ствола мозга и развитие окклюзионной гидроцефалии. Достаточно ограниченный объем задней черепной ямки (90-155 см³) и близость расположения ствольных структур мозга, являются причиной того, что критический объем гематомы, при котором развивается дислокация ствола, составляет 14 см³. В зависимости от локализации кровоизлияний их подразделяют на полушарные гематомы (55 %) и гематомы червя (45 %). При поражении червя мозжечка чаще происходит прорыв гематомы в IV желудочек, тампонада его кровью и острое развитие окклюзионного синдрома. Для гипертензивных гематом мозжечка характерно острое и, реже, подострое течение заболевания. Клиническая картина складывается из очаговых мозжечковых нарушений, общемозговой симптоматики, менингеального синдрома, наличия и степени выраженности сдавления и дислокации ствола мозга, наличия кровоизлияния в IV желудочек, нарушения уровня сознания от оглушения до комы. Применение современных методов нейровизуализации (КТ и МРТ) позволяет с достоверной точностью установить как сам факт кровоизлияния, так и его локализацию, определить объем гематомы, наличие и выраженность дислокации ствола мозга, наличие вентрикулярного кровоизлияния и окклюзионной гидроцефалии, а также определить тактику лечения. Консервативное лечение эффек-

тивно у больных с кровоизлияниями объемом менее 14 см³, не сопровождающееся грубым нарушением сознания, дислокацией ствола мозга (по данным КТ или МРТ), гидроцефалией. Терапия проводится по утвержденным протоколам и стандартам, принятым для лечения геморрагических инсультов. Показанием к операции являются – гематомы мозжечка объемом 14 см³ или максимальный её диаметр более 3 см, компрессия ствола мозга, развитие окклюзионной гидроцефалии. Абсолютным противопоказанием является атоническая кома, нестабильность гемодинамики. Относительные противопоказания к операции аналогичны при инсульт-гематомах другой локализации (тяжелая коагулопатия, декомпенсированный сахарный диабет, сердечно-сосудистая, почечная недостаточность, другие тяжелые соматические заболевания, возраст больного более 70-75 лет. Операцией выбора является декомпрессивная трепанация задней черепной ямки и удаление гематомы. При сочетании дислокации ствола мозга и окклюзионной гидроцефалии проводится наружное дренирование желудочков.

В 2008 – 2011 гг. в нейрохирургическом отделении областной больницы проведено 7 операций удаления гематомы мозжечка (6 мужчин, 1 женщина). У всех больных основной причиной кровоизлияния явилась артериальная гипертония. Возраст больных – 45 – 67 лет. Нарушение уровня бодрствования у всех больных до операции – глубокое оглушение. Давность заболевания составила 1 – 2 суток (с учетом оказания первичной помощи в ЦРБ и времени транспортировки в областную больницу). Диагноз верифицирован при МРТ. Все больные оперированы в первые 2 часа после поступления в стационар. Двум больным проведено наружное дренирование желудочковой системы в течение 3-х суток. Летальных случаев не отмечалось. Уже в первые 2 недели после операции отмечался значительный регресс мозжечковой недостаточности, гипертензионного синдрома. Все больные выписаны с улучшением.

Своевременное проведение операции удаления гематомы мозжечка, до развития клинической декомпенсации состояния, позволяет добиться благоприятного исхода у этой категории пациентов. Операция удаления гематомы должна расцениваться как реанимационное мероприятие.