

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СПОНТАННОЙ ОСУМКОВАННОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА У БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО ГЕМОФИЛИЕЙ А

Б.М. Рачков, А.В. Верещако, В.А. Горбунов, В.П. Макаров, Т.А. Андреева

ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», директор – д.м.н. профессор Р.М. Тихилов
Санкт-Петербург

Известно, что гематомы, развивающиеся под оболочками спинного мозга, являются большой редкостью в практике травматологии и нейрохирургии. Их возникновение связано с перенесенной травмой, при которой повреждаются сосуды, питающие оболочки и структуры спинного мозга [2, 3, 5]. Второй причиной их развития является метастатическое разрушение костных структур, формирующих позвоночный канал, суставные отростки и тела позвонков. Травматические гематомы спинного мозга чаще всего формируются в первые сутки после вертебрально-спинальной травмы [5, 7]. У больных же с метастазами эти гематомы могут развиваться в замедленном темпе. Их диагностика очень трудна, и нередко клинические проявления этих гематом расцениваются как неврологические признаки экстрамедуллярных опухолей спинного мозга [1, 4, 6].

Нам кажется интересным случай, когда у больного на всех этапах амбулаторного лечения диагностировалась опухоль спинного мозга на уровне C_7 позвонка с распространением на Th_1 . Диагностику затрудняло то, что больной длительно страдает гемофилией А.

Приводим данное наблюдение.

Больной С., 27 лет, и/б № 4628, поступил в нейрохирургическое отделение ФГУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена Росздрава» 19.05.04. Основные жалобы больного: снижение мышечной силы в нижних конечностях в сочетании с нарушением походки, возникшее впервые около 5 лет назад и интенсивно нараставшее, невозможность быстрой ходьбы и подъема по лестнице. Несмотря на это, больной активно занимался различными видами спорта.

Неврологический статус при поступлении: в сознании, ориентирован, адекватен. Выявлена двусторонняя проводниковая гипестезия с уровня дерматома Th_3 . Брюшные рефлексы утрачены с обеих сторон. Грубо нарушена дискриминационная чувствительность. Рефлексы с рук – средней живости без четкой разницы сторон. Коленные рефлексы – высокие, с элементами клоноида. Ахилловы рефлексы – очень высокие, с клонусом стоп с обеих сторон. Стопный рефлекс справа утрачен, слева – с элементами экстензии большого пальца. Мышечная сила в нижних конечностях справа – 3-4 балла, слева – 3. Выраженных патологических стопных рефлексов не выявлено. Определяется симптом Кернига $\cong 110^\circ$

с обеих сторон. Пальпаторная и перкуссионная болезненность остистых отростков на уровне C_7 – Th_1 позвонков. Двигательная функция обеих верхних конечностей не нарушена. У больного спастическая “утиная” походка за счет снижения мышечной силы в обеих нижних конечностях типа спастического парализа.

При МРТ выявлено большое образование на уровне C_7 – Th_1 позвонков. По его характеру нельзя было исключить менингиому передней локализации на уровне C_7 – Th_1 позвонков, и более вероятно – осумкованную субдуральную гематому. Было принято решение о ревизии этой области с резекцией дужек C_7 и Th_1 позвонков и удалением этого образования.

Пациент с 1983 г. страдает гемофилией А легкой формы, среднетяжелого течения и состоит на учете в Республиканском центре по лечению больных гемофилией. Он ведет очень активный образ жизни – постоянно занимается различными видами спорта, в т.ч. экстремальными, что зачастую сопровождается травмами и ушибами.

25.05.04 г. выполнено оперативное вмешательство в следующем объеме: ламинэктомия C_7 и Th_1 , удаление осумкованной гематомы объемом 4 мл на уровне C_7 – Th_1 позвонков, менингоградикуломиелолиз.

Интраоперационно: типичная ламинэктомия C_7 и Th_1 из линейного разреза по линии остистых отростков C_5 – Th_2 . Твердая мозговая оболочка обычного цвета, напряжена, не передает пульсацию спинного мозга. После линейного вскрытия твердой мозговой оболочки вытекает бесцветный прозрачный ликвор. Спинной мозг обеднен сосудами, бледен, выбухает в рану. Пересечена одна зубовидная связка.

Доступ к образованию производили через левый край спинного мозга, где обнаружена кистозная полость по передней поверхности с прилеганием непосредственно к твердой мозговой оболочке. Произведена пункция кисты, получено 4 мл прозрачной кистозной жидкости. Спинной мозг запал. Невролиз корешков C_7 , Th_1 с двух сторон. Твердая мозговая оболочка ушита наглухо, отчетливо передает пульсацию спинного мозга. Наложены послойные швы на рану; активный дренаж; асептическая повязка. Фиксация воротником Шанца. Кровопотеря – 500 мл. Послеоперационный период – гладкий. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 10 день. На 14 день больной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Гистологическое заключение: в мазке обнаружены единичные клетки крови (вылущенные эритроциты, единичные лимфоциты), что укладывается в картину организова-

шейся осумкованной гематомы. Клеток опухоли не обнаружено.

Вся дооперационная подготовка, интраоперационное обеспечение и наблюдение за больным, также как и послеоперационный период контролировались в Республиканском центре по лечению больных гемофилией.

В ближайшем послеоперационном периоде отмечался регресс чувствительных расстройств с явным восстановлением чувствительности до уровня дерматомов Th₁₂ – L₁. Сохранялось нарушение дискриминационной чувствительности с уровня коленных суставов. Ахилловы рефлексы – живые с обеих сторон без клонуса стоп; коленные рефлексы – живые и высокие, но без клонуса. Полный регресс симптома Кернига с обеих сторон. Походка более устойчивая. Мышечная сила в нижних конечностях увеличилась субъективно и объективно до 3,5 – 4 баллов. Состояние верхних конечностей осталось на дооперационном уровне.

Спустя 6 месяцев после операции: больной активен, занимается спортом, посещает тренажерный зал, полностью себя обслуживает. При неврологическом осмотре: сухожильные рефлексы с верхних конечностей – живые, при этом несколько снижен карпорадиальный рефлекс слева; брюшные значительно снижены и быстро истощаются; коленные и ахилловы рефлексы – живые без разницы сторон. Стопные рефлексы отсутствуют. Мышечная сила в руках – 5 баллов. В ногах: правая нижняя конечность – 5 баллов, левая – 4,5. Очень неубедительная гипестезия в нижних конечностях от коленных суставов до пальцев стоп.

Больной не жалуется на боли в шейном отделе, движе-

ния не ограничены. Перкуссия и пальпация остистых отростков шейного отдела и послеоперационного рубца безболезненны.

Литература

1. Андреев Ю.Н. Артроскопическая синовэктомия и дебридмент коленного сустава у больных гемофилией / Ю.Н. Андреев, В.Ю. Зоренко, К.А. Пасоян и др. // Гематология и трансфузиология. – 2002. – Т. 47, № 3. – С. 5–8.
2. Андреева Т.А. Анализ летальности больных гемофилией в Санкт-Петербурге с 1970 по 1994 гг. / Т.А. Андреева, Т.И. Ханина, З.Д. Федорова // Актуальные вопросы службы крови и трансфузиологии. – СПб., 1995. – С. 136–137.
3. Буланов А.Ю. Трансфузиологическая тактика восполнения операционной кровопотери у больных гемофилией А: Автореф. дис ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 24 с.
4. Мамонов В.Е. Методы оперативного лечения переломов дистального отдела бедренной кости у больных гемофилией / В.Е. Мамонов, М.М. Ряшенцев / Проблемы гематологии и переливания крови. – 2002. – № 1. – С. 55.
5. Ряшенцев М.М. Корригирующая надмышцелковая остеотомия коленного сустава у больных гемофилией: Автореф. дис ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 32 с.
6. Ряшенцев М.М. Оперативное лечение диафизарных и надмышцелковых переломов бедренной кости у больных гемофилией / М.М. Ряшенцев, В.Е. Мамонов, К.А. Яров // Гематология и трансфузиология. – 2002. – Т. 47, № 3. – С. 12–17.
7. Яценко Е.А. Травматические поражения головного и спинного мозга у детей с гемофилией / Е.А. Яценко, Т.Г. Плахуба, П.В. Сварин и др. // Гематология и трансфузиология. – 2004. – Т. 49, № 2. – С.44 – 45.