

УДК 616,831-001.5-003,215-036,12-02-07.

*М. Яналь Куссейбати***КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

Изучено 221 наблюдение травматических хронических субдуральных гематом головного мозга. Травматические хронические субдуральные гематомы в 5 раз чаще встречались у лиц мужского пола, чем женского. При этом в пожилом и старческом возрасте (65 лет и старше) они отмечены менее, чем в 20% случаев. Для большинства больных с травматическими хроническими субдуральными гематомами головного мозга (76,9%) было характерно снижение силы в конечностях по моно- или гемитипу, хотя в 1/5 случаев парезы не были выявлены. Для подавляющего большинства больных (91%) с травматическими хроническими субдуральными гематомами головного мозга характерна анизорефлексия с оживлением сухожильных рефлексов с конечностей, и только в единичных наблюдениях (3,62%) не выявлялись изменения в рефлекторной сфере. Менингеальные знаки и патологические стопные симптомы у больных с травматическими хроническими субдуральными гематомами головного мозга встречались почти в равной пропорции с их отсутствием, что указывает на неспецифичность этих признаков для данной патологии.

**Ключевые слова:** неврологическая семиотика травматических хронических субдуральных гематом головного мозга.

Травматические хронические субдуральные гематомы (ТХрСДГ) головного мозга составляют одну из сложных проблем нейротравматизма, что обусловлено своеобразием их клинического течения, сложностью диагностики и осложнениями, которые могут возникнуть в результате лечения [1-3].

ТХрСДГ проявляются и диагностируются позднее 3 недель после травмы и чаще они возникают у пожилых людей, что отражается на своеобразии клинического течения, что зачастую затрудняет своевременную диагностику и проведение активных лечебных мероприятий, включая оперативное вмешательство [4, 5, 8, 9].

Манифестация ТХрСДГ часто принимается как проявления сосудистой недостаточности и больные длительное время (иногда месяцы и более) лечатся у неврологов, получая сосудистую терапию без существенного изменения в состоянии [6, 7].

Более широкое внедрение в практику нейровизуальных методов диагностики, включая компьютерную или магнитно-резонансную томографию существенно повысило эффективность выявления ТХрСДГ.

Однако, учитывая недостаточное обеспечение населения диагностической аппаратурой, по-прежнему на первый план выходит клинико-неврологический метод диагностики. Это и обуславливает актуальность и целесообразность настоящего исследования.

**Цель исследования** – выделить особенности клинико-неврологической семиотики травматических хронических субдуральных гематом головного мозга.

**Материал и методы**

Изучена 221 история болезни больных с ТХрСДГ, которым оказывалась помощь в Донецком областном нейрохирургическом центре за период с 1996 по 2009 годы.

Возрастные отношения к полу больных с травматическими хроническими субдуральными гематомами головного мозга показаны в таблице 1.

Из представленной таблицы видно, что больные с ТХрСДГ чаще встречались в возрасте 45-64 года (50,2%), реже в возрастных градациях 35-44 и 65-74 года (суммарно 33,5%) и существенно реже в молодом возрасте – до 35 лет (13,6%). В возрастной градации старше 75 лет отмечены единичные случаи (6 наблюдений). При этом у лиц мужского пола ТХрСДГ встречались в 5 раз чаще, чем среди лиц женского пола.

**Результаты и обсуждение**

Травматические хронические субдуральные гематомы головного мозга часто по клиническому течению напоминают ишемические нарушения мозгового кровообращения. Поэтому выявить особенности клинико-

Таблиця 1.

Возрастные отношения к полу больных с травматическими хроническими субдуральными гематомами головного мозга (% ,  $M \pm m$ )

Возраст, лет	Пол		Итого, n=221
	Мужской	Женский	
15-24	5,43±0,60	0,00±0,00	5,43±0,60
25-34	6,33±0,65	1,81±0,36	8,14±0,73
35-44	14,48±0,94	1,81±0,36	16,29±0,99
45-54	19,91±1,07	5,43±0,60	25,34±1,16
55-64	21,72±1,10	3,17±0,47	24,89±1,15
65-74	13,57±0,91	3,62±0,50	17,19±1,01
75 и старше	1,81±0,36	0,90±0,25	2,71±0,43
Всего	83,26±1,00	16,74±1,00	100,00±0,00

неврологической семиотики ТХрСДГ на доказательном объеме информации является первейшей необходимостью.

Так при поступлении в нейрохирургический стационар общее состояние 71 больного (32,1%) оценивалось как удовлетворительное; у 103 больных – средней степени тяжести (46,6%); у 42 больных – как тяжелое (19,0%) и только в 1 случае – как крайне тяжелое. То есть, большинство больных с ТХрСДГ (78,7%) при поступлении в специализированный стационар находились в удовлетворительном или средней степени тяжести состоянии.

При этом ясное сознание отмечено у 137 больного (62,0%), оглушение имело место у в

64 случаях (28,9%), сопор выявлен в 13 случаях (5,9%) и только в 7 наблюдениях зафиксировано коматозное состояние сознания (3,2%). Таким образом, для большинства больных с ТХрСДГ было характерно ясное сознание или явления оглушения (90,9%).

Одним из признаков хронической недостаточности мозгового кровообращения являются парезы в конечностях. У некоторых больных с ТХрСДГ также отмечалось снижение силы в конечностях (табл. 2.).

Среди больных с ТХрСДГ в  $\frac{1}{5}$  наблюдений слабости в конечностях не было выявлено. В большинстве случаев (76,9%) отмечалась слабость в конечностях по моно- или гемитипу, а

Таблиця 2.

Состояние силы в конечностях у больных с травматическими хроническими субдуральными гематомами (% ,  $M \pm m$ )

Состояние мышечной силы конечностей	Пол		Итого, n=221
	Мужской	Женский	
Нет парезов	18,55±1,23	3,17±0,55	21,72±1,30
Умеренный монопарез	10,86±0,98	1,81±0,42	12,67±1,05
Умеренный гемипарез	52,94±1,58	11,31±1,00	64,25±1,51
Плегии в конечностях	0,45±0,21	0,00±0,00	0,45±0,21
Иные нарушения	0,45±0,21	0,45±0,21	0,90±0,30
Всего	83,26±1,18	16,74±1,18	100,00±0,00

в 2 случаях сила в конечностях была диффузно снижена с двух сторон.

Более чувствительным показателем изменений в функционировании нервной системы является оценка сухожильных рефлексов с конечностей (табл. 3.).

У больных с ТХрСДГ головного мозга в подавляющем большинстве выявлялась анизорефлексия с повышением рефлексов или в одной конечности (8,15%), или по гемитипу, что суммарно составило 91% всех больных. И только у некоторых больных (8 случаев) не выявлено изменений в рефлекторной сфере. В остальных наблюдениях сухожильные рефлексы были торпидны или снижены (5 случаев) или повышены с двух сторон (7 случаев).

При исследовании неврологического статуса у больных с ТХрСДГ обращает на себя внимание выраженность менингеальных симптомов и патологических стопных знаков.

При исследовании менингеальных знаков у больных с ТХрСДГ установлено, что их наличие всего на 8,6% встречалось реже, чем присутствие. Причем эта разница была более выражена у лиц мужского пола, чем женского. Это указывает на неспецифичность данного неврологического признака для травматических хронических субдуральных гематом (табл. 4.).

Это же можно сказать и о наличии (или отсутствии) патологических стопных знаков, хотя здесь наблюдалась несколько иная кар-

Таблица 3.

Сухожильные рефлексы у больных с травматическими хроническими субдуральными гематомами головного мозга (% ,  $M \pm m$ )

Сухожильные рефлексы	Пол		Итого, n=221
	Мужской	Женский	
Нормальные	2,71±0,43	0,90±0,25	3,62±0,50
Не вызываются	0,90±0,25	0,45±0,18	1,36±0,31
Снижены с двух сторон	0,90±0,25	0,00±0,00	0,90±0,25
Повышены в руке	5,43±0,60	1,36±0,31	6,79±0,67
Повышены в ноге	0,90±0,25	0,45±0,18	1,36±0,31
Гемигиперрефлексия	69,23±1,23	13,57±0,91	82,81±1,01
Повышены с двух сторон	3,17±0,47	0,00±0,00	3,17±0,47
Всего	83,26±1,00	16,74±1,00	100,00±0,00

Таблица 4.

Менингеальные знаки и патологические стопные симптомы у больных с травматическими хроническими субдуральными гематомами головного мозга в зависимости от пола (% ,  $M \pm m$ )

Неврологические признаки		Пол		Суммарно	Итого, n=221
		Мужской	Женский		
Менингеальные знаки	Есть	38,46±2,43	7,24±1,29	45,70±2,49	100,00±0,00
	Нет	44,80±2,49	9,50±1,47	54,30±2,49	
Патологические стопные знаки	Есть	42,53±2,47	10,86±1,55	53,39±2,49	100,00±0,00
	Нет	40,72±2,46	5,88±1,18	46,61±2,49	
Всего		83,26±1,87	16,74±1,87	100,00±0,00	

тина – чаще (на 6,8%) патологические стопные знаки выявлялись у больных с ТХрСДГ. Причем в отличие от выраженности менингеальных знаков, патологические стопные знаки были более характерны для лиц женского пола, где они в 1,8 раза чаще встречались, чем у лиц мужского пола.

### Выводы

1. Травматические хронические субдуральные гематомы головного мозга в 5 раза чаще встречались у лиц мужского пола, чем женского. При этом в пожилом и старческом возрасте (65 лет и старше) ТХрСДГ отмечены менее, чем в 20% случаев.

2. Для большинства больных с ТХрСДГ (76,9%) было характерно снижение силы в конечностях по моно- или гемитипу, хотя в 1/5 случаев парезы не были выявлены.

3. Для подавляющего большинства больных (91%) с ТХрСДГ характерна анизорефлексия с оживлением сухожильных рефлексов с конечностей, и только в единичных наблюдениях (3,62%) не выявлялись изменения в рефлекторной сфере.

4. Менингеальные знаки и патологические стопные симптомы у больных с ТХрСДГ встречались почти в равной пропорции, как и наблюдалось их отсутствие, что указывает на неспецифичность этих признаков для данной патологии.

### КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНА СЕМІОТИКА ТРАВМАТИЧНИХ ХРОНІЧНИХ СУБДУРАЛЬНИХ ГЕМАТОМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

*М. Яналь Куссейбати*

Вивчено 221 спостереження з травматичними хронічними субдуральними гематомами головного мозку, яким надавалася допомога в Донецькому обласному нейрохірургічному центрі. Травматичні хронічні субдуральні гематоми у 5 разів частіше зустрічалися в пацієнтів чоловічої статі, чим жіночої. При цьому в літньому і старечому віці (65 років і більше) вони відзначені менш, ніж у 20% випадків. Для більшості хворих із травматичними хронічними субдуральними гематомами (76,9%) було характерне зниження сили в кінцівках по моно- чи гемітипу, хоча в 1/5 випадків парези не були виявлені. Для більшості хворих (91%) із травматичними хронічними субдуральними гематомами характерна анизорефлексія з погавленням сухожильних рефлексів з кінцівок, і тільки в одиничних спостереженнях (3,62%) не виявлялися зміни в рефлекторній сфері. Менингеальні знаки і патологічні стопні симптоми у хворих із травматичними хронічними субдуральними гематомами зустрічалися майже в рівній пропорції з їхньою відсут-

ністю, що вказує на неспецифічність цих ознак для даної патології.

**Ключові слова:** неврологічна семіотика травматичних хронічних субдуральних гематом головного мозку.

### CLINICO-NEUROLOGICAL SEMIOTICS TRAUMATIC CHRONIC SUBDURAL HEMATOMAS OF A HEAD BRAIN

*Mhd Yanal Kusseibati*

221 patients with traumatic chronic subdural hematomas (THrSH) of a head brain have been investigated. THrSH in 5 times are more often met in males, than in females. In elderly and senile age (65 years and more) they are marked less, than in 20 % of all cases. For the majority of the patients with THrSH (76,9 %) the decrease of force in limbs on mono- or hemitype was significant, though in 1/5 of cases paresises they were not revealed. For the overwhelming majority of the patients (91 %) with THrSH anizoreflexion with revival flexor of reflexes with limbs was typical, and only in individual supervision (3,62 %) the changes in reflector sphere were not revealed. Meningeal marks and pathological feet symptoms at patients with THrSH were found in an equal proportion with their absence, that points to non-specificity of these signs for the given pathology.

**Key words:** clinico-neurological semiotics traumatic chronic subdural hematomas of a head brain.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Крылов В. Черепно-мозговая травма / В. Крылов, В. Лебедев // Врач. – 2000. – № 11. – С. 13-18.
2. Матузов С.А.. Наблюдение редкого случая длительной эволюции хронической субдуральной гематомы / С.А. Матузов // Современные задачи диагностики и лечения. Сборник научно-практических работ, посвященный 15-летию образования ЧОМДЦ. – Чита: РИФ «Арт-Мастер». – 2006. – С. 150-154.
3. Семисалов С.Я. Медико-социальные особенности хронических травматических субдуральных гематом головного мозга / С.Я. Семисалов, М. Яналь Куссейбати // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2009. – Т. 10, № 1. – С. 45-47.
4. Asfora W.T. A modified technique to treat chronic and subacute subdural hematoma: technical note / W.T. Asfora, L. Schwebach // Surg. Neurol. – 2003. – Vol. 59, № 4. – P. 329-332.
5. De Souza M. Nonoperative management of epidural hematomas and subdural hematomas: is it safe in lesions measuring one centimeter or less? / M. De Souza, M. Moncure, T. Lansford et al // J. Trauma. – 2007. – Vol. 63, № 2. – P. 370-372.
6. Hedlund Gary L. Neuroimaging of abusive head trauma / Gary L. Hedlund, Lori D. Frasier // Forensic Science, Medicine, and Pathology. – 2009. – Vol. 5, № 4. – P. 280-290.
7. Hedlund Gary L. Intracranial Hemorrhage / Gary L. Hedlund // Internal Medicine. – 2010. – Ch. 2. – P. 57-62.
8. Santarius T. Use of drains versus no drains after burr-hole evacuation of chronic subdural haematoma: a randomised controlled trial / T. Santarius, P.J. Kirkpatrick, G. Dharmendra [et al.] // Lancet. – 2009. – № 374. – P. 1067-1073.
9. Sucu H.K. Is there a way to avoid surgical complications of twist drill craniostomy for evacuation of a chronic subdural hematoma? / H.K. Sucu, M. Gökmen, A. Ergin [et al.] // Acta Neurochirurgica. – 2007. – Vol. 149, № 6. – P. 597-599.

Стаття надійшла 22.12.2010