

## Возрастные особенности течения хронической субдуральной гематомы редкой формы

Мальшев О.Б., Ющенко А.И., Вартаков С.В., Березюк М.В., Федулова Е.Н., Хрущ А.Л., Заболотный А.Д., Коста А.Н.

КЗ «Городская больница №1 им. Н.И. Пирогова»  
Севастополь  
Украина  
(0692) 55-71-43  
meizer@ukr.net

Наиболее редкой формой ХСД является течение, имитирующее картину медуллярной компрессии по клинической классификации Areeni, Stanein – 1969г.

Больной Ш., 67 лет, 12.03.10 поступил в неврологическое отделение с диагнозом: цервикальная миелопатия, тетрапарез. Заболел 05.03.10. когда появились слабость в нижних и верхних конечностях. 16.03.10 МРТ шейного отдела позвоночника: МР признаки деформации тел С3-С6. Повышение МР сигнала от спинного мозга на уровне деформации. Несмотря на проводимую терапию, углубляется неврологическая симптоматика в виде нарастания тетрапареза, интенсивности головной боли, снижение функций высшей нервной деятельности. 24.03.10 МРТ головного мозга: МР признаки хронических двусторонних субдуральных гематом над полушариями головного мозга (ДХСДГ). Дислокация слева направо 4 мм. Церебральная субатрофия.

Для дальнейшего лечения пациент переведен в отделение нейрохирургии, где при детальном сборе анамнеза выявлено, что 10.01.10 упал, поскользнувшись на улице, ударился затылком. За медицинской помощью не обращался.

Общее состояние пациента – средней степени тяжести. Соматически стабилен.

Неврологический статус: умеренное оглушение, ШКГ-14 баллов. Дезориентирован в месте и времени, ориентирован в личности. Отмечается снижение ассоциативного мышления, выраженные мнестические расстройства. Умеренно выраженная общемозговая симптоматика, в виде головной боли. Зрачки D=S, фотореакции живые. Движения глазных яблок безболезненные в полном объеме. Носогубные складки симметричны. Фонация и глотание сохранены. Язык по средней линии. Тетрапарез: умеренный в руках – сила мышц 3 балла, выраженный в ногах – до 2 баллов. Глубокие рефлексы высокие, выше слева. Патологических и менингеальных знаков нет. Расстройств чувствительности не выявлено. Координаторные пробы – динамические с интенцией и дизметрией. Функция тазовых органов не нарушена.

26.05.10 произведено оперативное вмешательство: удаление двусторонней субдуральной гематомы.

Послеоперационный период протекал гладко: на 3 сутки послеоперационного периода наступил полный регресс общемозговой симптоматики, на 5 сутки регрессировал верхний парапарез; на 15 сутки полный регресс неврологической симптоматики – сила мышц с рук и ног – 5 баллов. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Швы сняты на 10 сутки.

Выписан на 21 сутки после операции: в неврологическом статусе сохраняется лишь снижение ассоциативного мышления и фиксационной памяти (ОГС - 5).

**Вывод:** диагностика субдуральных гематом у пожилых людей остается сложной по настоящее время, что обусловлено возрастными атрофическими изменениями коры головного мозга, увеличением компенсаторного резервного пространства полости черепа, а в данном случае отсутствием полушарной симптоматики. Имевшаяся клиническая картина шейной миелопатии была обусловлена дислокацией головного мозга. Наиболее достоверным диагностическими критериями при ДХСДГ является КТ и МРТ головного мозга.

## Хирургическое лечение детей и подростков с туберозным склерозом

Маматханов М.Р., Хачатрян В.А., Лебедев К.Э., Ким А.В., Самочерных К.А., Асатрян Э.А.

ФГУ Российский научно-исследовательский  
нейрохирургический институт им. проф. А.Л.  
Поленова  
Санкт-Петербург  
Россия  
(812) 2738096  
kimoza@mail.ru

Медикаментозно резистентная эпилепсия встречается у более половины пациентов с туберозным склерозом.

**Цель:** Показать опыт хирургического лечения эпилепсии, обусловленной туберозным склерозом.

**Материалы и методы:** За период с 2002 по 2009 год наблюдались 17 пациентов детского возраста с медикаментозно-резистентной эпилепсией и туберозным склерозом. После тщательного обследования и отбора прооперированы 8 пациентов. Медикаментозная резистентность определялась согласно общеевропейским стандартам (ILAE). Длительность заболевания до операции колебалась от 1 до 7 лет (в среднем 3,5 лет). Возраст больных варьировал от 1 до 11 лет. Мальчиков было 9, девочек 8. Методы обследования включали неврологическое, нейроофтальмологическое, нейропсихологическое, ЭЭГ, КТ, МРТ, МРТ с сосудистой программой, ПЭТ, ОФЭКТ, нейросонография, церебральная ангиография и ультразвуковая доплерография, имплантация глубинных, эпи- или субдуральных электродов.

**Результаты:** По данным нейровизуализации выявлены нечеткие гипointенсивные округлые билатеральные субэпендимарные образования (кальцинаты) в стенках боковых желудочков, кортикальные туберсы на FLAIR, субэпендимарные гигантоклеточные образования в области отверстия Монро у 5 пациентов. У 9 пациентов после комплексного обследования эпилептический очаг не выявлен, данные нейровизуализации и нейрофизиологического исследования не совпадали и они не оперировались. Из 8 оперированных детей структурные изменения в виде множественных туберсов локализовались в височной доле у 5, лобной доле 2 и теменно-затылочная области у 1. Патологический процесс в лобной доле и теменно-затылочной области носил характер объемного образования и соответствовал гиганто-клеточной субэпендимарной астроцитоме. Производилось удаление опухоли, структурных изменений и субпиальная резекция коры под ЭКОГ контролем. При локализации процесса в височной доле производилась резекция 2/3 височной доли с амигдалогиппокамэктомией. Послеоперационные результаты свидетельствуют, что у 62,5% был класс Engel I и II.

**Заключение:** Все больные с туберозным склерозом и эпилептическими приступами должны быть тщательно обследованы для вынесения показаний к операции. Успех хирургического лечения этой категории больных в большинстве случаев зависит от совпадения структуры приступов, иктальной и интериктальной ЭЭГ, структурных изменений по данным нейровизуализации, а также полноты удаления эпилептогенного и эпилептического очагов.