

К ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ МОЗЖЕЧКА

Батыров Максатбек Адилбекович

аспирант медицинского факультета Кыргызско-Российского Славянского

Университета имени Б. Ельцина,

Республика Кыргызстан. г. Бишкек

E-mail: dr.maksat@mail.ru

DIAGNOSIS OF CEREBELLAR HEMORRHAGE

Maksatbek Batyrov

postgraduate student, Medical Faculty of the Kyrgyz-Russian Slavic University

named after B. Yeltsin,

Kyrgyzstan, Bishkek

АННОТАЦИЯ

Проведен клинико-неврологический анализ результатов 29 больных с геморрагическим инсультом мозжечка, в остром периоде заболевания, в возрасте от 40 до 75 лет. Выявлено, что в остром периоде геморрагического инсульта мозжечка возможны наибольшие диагностические трудности, так как неврологическая симптоматика, характерная для непосредственного поражения мозжечка на этом этапе может отсутствовать или маскироваться и на первый план выступает общемозговая и стволовая симптоматика.

ABSTRACT

Clinical and neurological analysis of 29 patients with hemorrhagic cerebellar stroke in the acute phase of the disease aged 40 to 75 years old. We found that the greatest difficulties in diagnostic in acute period of hemorrhagic stroke in cerebellum are the neurological symptoms that can be absent or masked in this stage.

Ключевые слова: геморрагический инсульт мозжечка, клинико-неврологические симптомы, острая окклюзионная гидроцефалия.

Keywords: cerebellar hemorrhagic stroke, clinical and neurological symptoms, acute occlusive hydrocephalus.

В структуре острых цереброваскулярных заболеваний, геморрагический инсульт составляет 10–25 % [1, с. 222; 2, с. 629], на долю гипертензивных

гематом мозжечка приходится от 4,8 % до 10 % от общего числа всех внутримозговых кровоизлияний [6, с. 26–32; 10 с. 6–10]. Летальность при мозжечковых кровоизлияниях варьирует от 13 до 48 %, а по некоторым данным до 75 % [3, с. 151; 6, с. 26–32; 9, с. 1378]. Основной причиной геморрагического инсульта является артериальная гипертензия и связанная с ней микроангиопатия [6, с. 26–32]. Длительная артериальная гипертензия способствует формированию липогигалиноза, а в последующем и фибриноидного некроза стенок перфорантных артерий. При повышении артериального давления происходит разрыв стенок этих сосудов с формированием гематом или геморрагического пропитывания компонентами крови через патологически измененные сосудистые стенки. Больные чаще всего погибают от массивного кровоизлияния, дислокации миндалин мозжечка со сдавлением ствола мозга, тампонады желудочков кровью с развитием острой окклюзионной гидроцефалии [3, с. 151; 8, с. 739].

Для геморрагического инсульта мозжечка характерно острое, реже подострое течение заболевания, наличие общемозговой, менингеальной, очаговой, дислокационной симптоматики. В клинической картине часто выявляется системное головокружение, возникающее часто одновременно с сильной головной болью в области затылка и шеи, тошнота, многократная рвота, с нарушением сознания. В неврологическом статусе отмечается, парез взора в сторону очага инсульта, нистагм, диффузная мышечная гипотония, атаксия и дизартричная речь, характерной особенностью мозжечковых кровоизлияний является преобладание ригидности затылочных мышц [1, с. 222; 2, с. 629; 3, с. 151].

Многообразие клинических проявлений и тяжесть состояния больных определяют трудности прижизненной диагностики [7, с. 1167]. Как известно симптомы поражения мозжечка могут быть выявлены лишь в случае, когда пациент находится в сознании, и может выполнять произвольные движения. По данным исследования Крылова В.В. (2008), у 61 % пациентов с геморрагическим инсультом мозжечка имело место нарушение сознания от

оглушения до комы, что затрудняло топическую диагностику. При обширных кровоизлияниях мозжечковые симптомы клинически невозможно выявлять за счет вторично стволовых симптомов, а при небольших кровоизлияниях могут проявляться изолированными симптомами вестибулярной дисфункции [6, с. 26–32; 9, с. 1378; 10, с. 6].

Одними из первых российских клиницистов, прижизненно диагностировавших кровоизлияние в мозжечок, были Лунев Д.К. и Николаева И.Ф. (1962). Из шести больных, наблюдавшихся ими, четверым был поставлен правильный диагноз. Кровоизлияние в мозжечок в большинстве случаев, принималось за кровоизлияния в ствол мозга, вестибулярной дисфункции или в полушария большого мозга с прорывом крови в желудочки, или за субарахноидальное кровоизлияние. Часто описывались лишь патоморфологические изменения в мозжечке, клинко-морфологические особенности данного заболевания. В литературе приведено лишь небольшое количество наблюдений, когда кровоизлияния в мозжечок определялись при жизни больного [7, с. 1167]. Наряду с клинко-неврологическими данными в настоящее время в диагностике инсульта мозжечка ведущая роль принадлежит лучевым методам исследования, с введением в клинческую практику методов нейровизуализации стало возможным своевременно диагностировать кровоизлияний данной локализации [5, с. 560]. Выявление особенностей клинко-неврологической диагностики, определяют актуальность исследования.

Цель исследования: определить ведущие клинко-неврологические симптомы геморрагического инсульта мозжечка в остром периоде.

Задачи;

1. Изучить клинко-неврологические симптомы у больных с кровоизлиянием в мозжечок в остром периоде.
2. Сопоставить клинко-неврологические и нейровизуализационные данные, у больных геморрагическим инсультом в мозжечке в остром периоде.

Материалы и методы исследования

Работа проводилась на базе Городской клинической больницы № 1 г. Бишкек в отделении ангионеврологии в период с 2008 по 2015 год. Обследовано 29 больных с диагнозом геморрагический инсульт мозжечка в остром периоде, из них 18 мужчин, 11 женщин, в возрасте от 40 до 75 лет, средний возраст составил 56,3 лет.

Основными факторами риска у данных больных были: гипертоническая болезнь выявлена у всех больных, сахарный диабет 2-го типа у 3 больных, курение у 20, и злоупотребление алкоголем у 5 больных. В стационаре проводился неврологический осмотр по стандартной методике обследования пациентов [4, с. 400]. Оценивались уровень сознания, размер зрачков, фотореакция, глазодвигательные нарушения, наличие слабости лицевой мускулатуры, нарушение речи, наличие бульбарных расстройств, двигательных, чувствительных и координаторных нарушений, а также патологических, и менингеальных знаков. Лабораторно-инструментальные методы включали общий анализ крови, общий анализ мочи, протромбиновый индекс, сахар крови, липидный спектр, рутинное электрокардиографическое исследование проведено на 12 канальном аппарате “NewTech ECG1501”.

Диагноз геморрагический инсульт мозжечка был подтвержден данными нейровизуализации. Компьютерно томографическое (КТ) исследование проведено 16 больным, на спиральном, мультисрезовом аппарате Hitachi Presto, исследование выполнено в орбито-мезентальной плоскости, толщиной среза 5,0 мм, 14 больных прошли магнитно-резонансно-томографическое (МРТ) исследование на аппарате “HITACHI AIRISMED” (0,4 Тл) в режимах FLAIR, T1, T2, взвешенных изображений, в сагиттальной, горизонтальной и фронтальной плоскостях. Наличие и выраженность поперечной дислокации ствола определяли по характеру сдавления и смещения IV желудочка. Сдавления IV желудочка и цистерн подразделяли на две степени: I степень – деформирован, но визуализируется, II степень – не визуализируется, полностью сдавлен [9, с. 1378].

В исследование не были включены больные с тяжелой сопутствующей соматической патологией, больные опухолевыми заболеваниями головного мозга, кровоизлиянием в мозжечок сочетанной полушарной и стволовой локализации.

Полученные результаты исследования обрабатывались с помощью пакетов прикладных программ ПК: “SPSS for Windows ver. 9.0” и электронных таблиц Microsoft Excel-2003.

Результаты и их обсуждения.

При поступлении больных в стационар нами были изучены записи сопроводительного листа скорой медицинской помощи (СМП) и амбулаторной карты, произведен опрос пациентов и родственников. На головные боли в дебюте заболевания жаловались 26 (89,65 %) больных, которая локализовалась в шейно затылочной области, на системное головокружение, нарушение координации в 24 (82,75 %) случаях, тошнота и рвота наблюдались у 22 (75,86 %), нарушение речи – у 7 (24,13 %) больных. Неврологический статус: при поступлении в стационар 3 больных находились в ясном сознании, у 26 (86,20 %) больных имело место нарушение сознания от оглушения до комы, так умеренное оглушение у 13 (50,0 %), глубокое оглушение у 9 (34,61 %), сопор у 3 (11,53 %) больных и кома у одного больного. Исследование координаторной сферы было возможным только у 16 (55,17 %) пациентов, так статико-локомоторная атаксия выявлена у 6 и динамическая атаксия у 13, мышечная гипотония у 12 больных. Стволовая симптоматика выявлена у 16 (55,17 %) больных. Глазодвигательные нарушения в 8 случаях, представленные анизокорией с вялой фотореакцией зрачков на свет, диплопией, расходящим косоглазием, парезом отводящего нерва. Нистагм выявлен у 12 больных, в большинстве случаев нистагм был горизонтальным, крупноразмашистым, более четким на стороне очага. Парез VII и XII пары черепно-мозговых нервов у 10, бульбарный синдром у 4 больных. Двигательные расстройства в виде центрального гемипареза у 6 больных, гемигипестезия в 4 случаях, менингеальный синдром выявлен у 16, нарушение функции тазовых органов у

7 больных. Патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма определялись у 7 больных, однако они были непостоянными и не такими четкими, как обычно бывают при поражении ствола или полушарий большого мозга. Острая окклюзионная гидроцефалия выявлена у 5 больных проявляющаяся на 3 и 7 сутки заболевания, сильной головной болью, тошнотой, рвотой и нарастанием вторично стволовых симптомов, т. е., глазодвигательных, бульбарных, и пирамидных симптомов.

При поступлении в стационар больных на основании клиничко-неврологических и анамнестических данных был выставлен предварительный диагноз: кровоизлияние в мозжечок у 6 больных, кровоизлияние в ствол мозга у 5, субарахноидальное кровоизлияние у 7 больных, ишемический инсульт больших полушарий головного мозга в 7 случаях, и гипертонический церебральный криз в 4 наблюдениях.

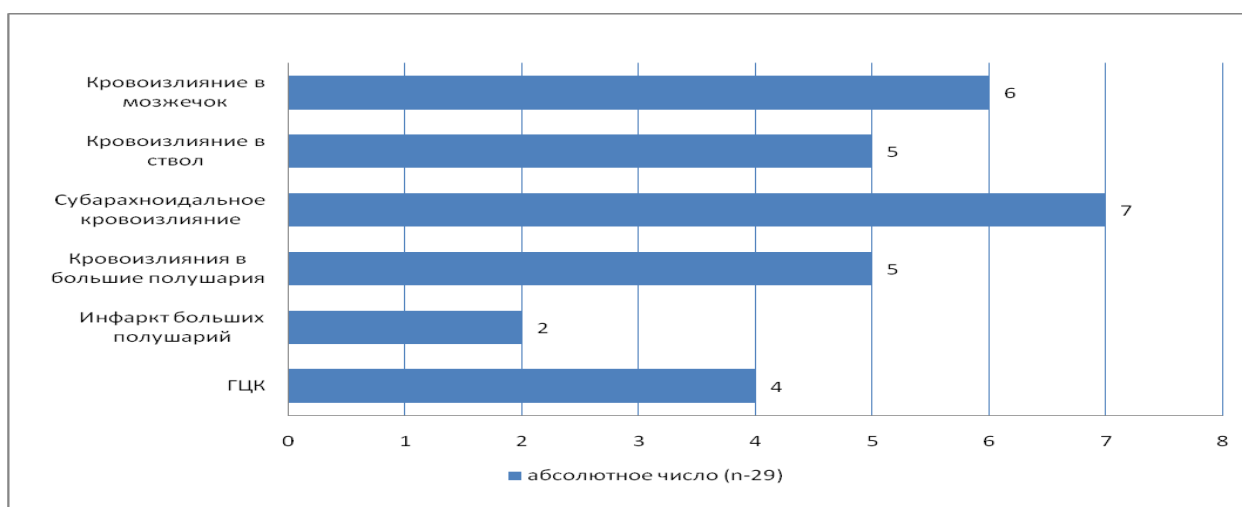


Рисунок 1. Распределение диагнозов, выставленных на основании клиничко-неврологических данных

В течение 3 суток с момента поступления больных в стационар, проведено МРТ или КТ исследования головного мозга. По нейровизуализационным данным у всех больных был установлен геморрагический инсульт мозжечка. Кровоизлияние в полушария мозжечка выявлен в 23 случаях, а в червь в 4 наблюдениях, объем гематом варьировал от 2,2 до 78,4 см³, в среднем составил – 29,9 см³. Прорыв крови в IV желудочек выявлен у 5, в субарахноидальное пространство у 2 больных. Признаки масс-эффекта

различной степени выраженности наблюдалось у 19 больных с деформацией IV желудочка в 12 случаях, из них в 4 случаях полной деформацией.

Приводим собственное наблюдение. Больной Р. 51 лет, история болезни № 1021/20, поступил на стационарное лечение в отделение нейрохирургии № 2 НГ МЗ КР 10.01.14 г. При поступлении состояние больного расценивалось как тяжелое. Со слов родственников и по предоставленной выписке из истории болезни установлено, что заболевание началось остро 02.01.14 вечером, у больного развилась многократная рвота, появились головные боли и головокружение, к утру 03.01.14 выросла спутанность сознания, больной был госпитализирован в отделение реанимации Токтогульской ГБ, где наблюдался в течение 7 дней с диагнозом: токсическое действие алкоголя. Острая ишемическая, гипоксическая энцефалопатия с явлениями отека мозга и правосторонним гемипарезом. Больной по линии санавиации был переведен в НГ. Ранее по поводу ГБ не обследовался. При поступлении АД 170\90 мм.рт. ст.

Неврологический статус: сознание оглушенное, поведение периодически неадекватное, возбужден. На вопросы отвечает правильно, но с опозданием, вяло. Обоняние не нарушено, глазные щели и зрачки D = S, фотореакции сохранены. Проверить глазодвигательную сферу не удалось из-за тяжести состояния. Конъюнктивальный и роговичный рефлексы в норме. Тригеминальные точки болезненны. Слух сохранен. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Небный и глоточный рефлексы сохранены D=S. Сухожильные рефлексы D=S снижен. Чувствительных расстройств нет. Диффузная мышечная гипотония. Брюшные и сухожильные рефлексы угнетены. Патологических знаков нет. Пальце-носовую и пяточно-коленную пробы выполняет с мимо попаданием с обеих сторон. В Позе Ромберга обследовать не удалось. Выражена ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Функцию тазовых органов контролирует.

Обследование при поступлении: общий анализ крови: Hb-144 г/л, Эр – 4, 4×10^{12} /л, ЦП – 0,92, Лейк – $7,3 \times 10^9$ /л., СОЭ – 29 мм/час. Общий анализ мочи: цвет – желт., прозрачность – мутная., белок – 0,099, уд.вес 1022, Лейк. 30–35,

эпит пл. – ед, слизь +. RW отрицательная. Спинальная жидкость: цвет – кровянистый, белок 0,003 реакция Панди + реакция Нонне Апелта отрицательная, цитоз 32, сахар – 4,2 ммоль/л, хлориды 110 ммоль/л. Протромбиновый индекс – 98 %. Сахар крови 5,6 ммоль/л. Общий холестерин – 3,2 ммоль/л. Билирубин общ – 26,6 мкмоль/л; непрямой 26,6, тимоловая проба – 8,0 единиц, АЛТ-0,16 мккат/л АСТ-0,10 мккат/л, мочевины – 8,6 ммоль/л, Креатинин 133 мкмоль/л.

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 72, Гипертрофия левого желудочка. Нарушение процессов реполяризации боковой стенки левого желудочка. Осмотр глазного дна: застойный сосок, ангиоретинопатия обоих глаз. МРТ головного мозга: в проекции червя и левой гемисферы мозжечка определяется участок измененного МР сигнала неправильной формы размером 52 x 42 x 35 мм с неоднородно усиленным МР сигналом на T2 ВИ и FLAIR на T1 ВИ изоинтенсивен очагами усиления сигнала и выраженным перифокальным отеком, компрессией 4 желудочка и умеренной компрессией ствола мозга, острая окклюзионная гидроцефалия (блок на уровне 4 желудочка). Отек мозга (рис. 2).

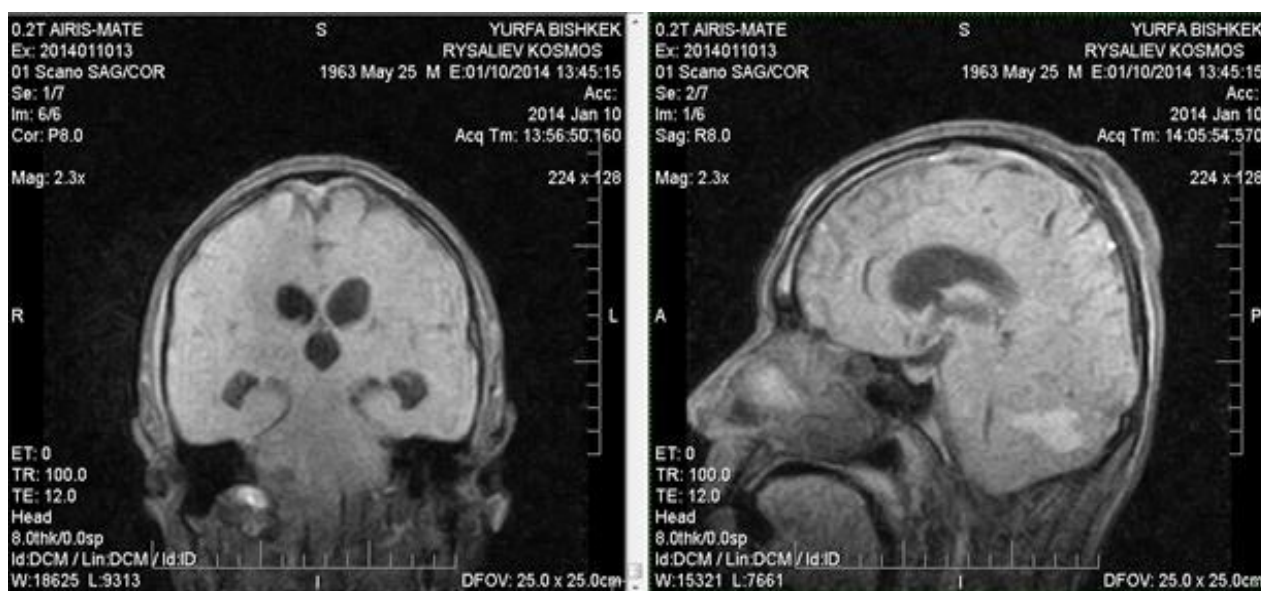


Рисунок 2. МРТ больного Р., 53 лет. А. Режим T1 ВИ в сагиттальной плоскости. В. Режим FLAIR в аксиальной плоскости

Выставлен клинический диагноз: Геморрагический инсульт: паренхиматозно-субарахноидальное кровоизлияние с формированием внутримозговой гематомы в левой гемисфере мозжечка, выраженный гипертензивный и вестибулоатактический синдром. ГБ III ст. очень высокого риска. Атеросклероз аорты, коронарных и мозговых сосудов. Хронический пиелонефрит в стадии обострения.

Больному произведена операция 11.01.14: декомпрессионная трепанация задней черепной ямки с удалением внутримозговой гематомы левой гемисферы мозжечка. Операция прошла без осложнений, после операции состояние больной улучшилось, гипертензивный синдром регрессировал, гемодинамика стабильная.

В отделении больной получал лечение: магния сульфат 10,0 + NaCl 0,9 % 200,0 в/в кап, мексигат 300 мг/сут, глиатилин 800 мг/сут, нимотоп 360 мг/сут, манит 150 мг/сут, метоклопрамид 2,0 в/м, коринфар ретард 40 мг/сут, диакарб 500 мг/сут, реланиум 10 мг/сут, этамзилат 750 мг/сут. При выписке 05.02.2014, состояние больного удовлетворительное, гипертензионный и вестибулоатактический синдромы регрессировали, послеоперационная рана зажила первичным натяжением, швы сняты.

Обсуждение. Таким образом, при кровоизлиянии в мозжечок в дебюте заболевания превалировала общемозговая симптоматика (93,13 %), стволовые симптомы выявлены у 55,17 % больных, а собственно очаговые мозжечковые симптомы выявлены только в 44,82 % случаях.

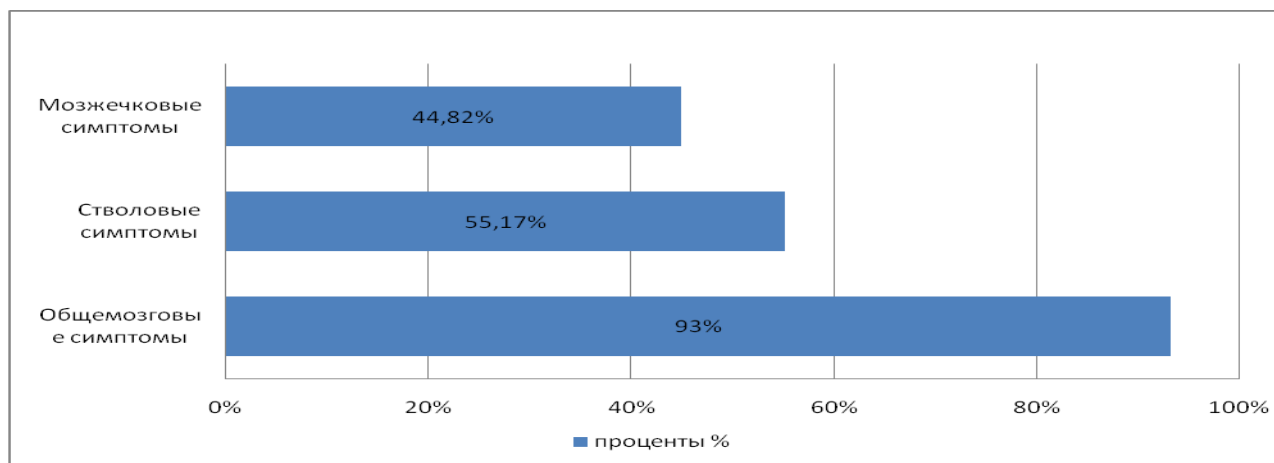


Рисунок 3. Соотношение общемозговых, стволовых и мозжечковых симптомов

Трудности выявления собственно мозжечковых симптомов в нашем исследовании было связано с тем, что у преобладающих больных имело место нарушение сознания (86,20 %) от оглушения до комы, что затрудняло или не представлялось возможным исследовать координаторную сферу. А также в остром периоде геморрагического инсульта мозжечка в клинической картине на первый план выступала общемозговая (93 %) и стволовая симптоматика (55,17 %), в результате чего при осмотре больных акцент был на указанные симптомы. Полученные нами результаты сопоставимы данными некоторых российских авторов [6; 7]. Так по данным исследования Крылова В.В. (2008), у 61 % пациентов с геморрагическим инсультом мозжечка в остром периоде имело место нарушение сознания от оглушения до комы, что затрудняло топическую диагностику, и в клинической картине отмечалось преобладание общемозговых и стволовых симптомов.

В нашем исследовании мы провели сопоставление предварительного диагноза выставленных на основании клинико-неврологического обследования с результатами нейровизуализационных исследований, которое у 6 (20,68 %) больных показало совпадение диагноза, и в 22 (79,32 %) случаях расхождение диагноза. Эти данные еще раз доказывают трудность, клинической диагностики геморрагических инсультов мозжечка в остром периоде. Все пациенты, у которых имело место совпадение клинико-неврологической и нейровизуальных данных, находились в ясном и умеренно оглушенном сознании. По литературным данным правильная клиническая диагностика среди больных с выраженным угнетением сознания удается только у 23 % [8]. В наших наблюдениях, с выраженным расстройством сознания установить правильный диагноз не удалось.

Выводы:

1. В остром периоде геморрагического инсульта мозжечка преобладает общемозговая симптоматика, а в случае сдавления ствола мозга,

присоединяется стволовая симптоматика, в виде глазодвигательных, пирамидных и бульбарных расстройств.

2. Выявить собственно мозжечковые симптомы в остром периоде геморрагического инсульта мозжечка представляет затруднение, связанное с нарушением сознания и вторично-стволовыми симптомами.

3. Сопоставление неврологических и нейровизуализационных данных показало, расхождение диагноза в 79,31 % случаях, что определяет необходимость нейровизуального обследования при кровоизлияниях в мозжечок.

Список литературы:

1. Верещагин Н.В. Патология вертебрально-базилярной системы и нарушения мозгового кровообращения. – М., 1980.
2. Ворлоу Ч.П., Деннис М.С., Гейн Ж. и др. Инсульт: практическое руководство для ведения больных: Пер с англ. – СПб: Политехника, 1998. – 629 с.
3. Жилова Л.Б. Острые нарушения мозгового кровообращения в мозжечке (клинико-компьютерно-томографическое исследование): Дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2003. – 151 с.
4. Дуус Петер Топический диагноз в неврологии. Анатомия. Физиология. Клиника – М: «Вазар-Ферро», 1995. – 400 с.
5. Коновалов А.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии / А.Н. Коновалов, В.Н. Корниенко, И.Н. Пронин. – М: Видар, 1997. – 560 с.
6. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Буров С.А., Мурашко А.А. Хирургическое лечение гипертензивных кровоизлияний в мозжечок. Невролог. журн. 2008; 3 (13): 26–32.
7. Лунев Д.К., Николаева И.Ф. К вопросу о клинической диагностике кровоизлияний в мозжечок и их хирургическое лечение. // Журн. невропатол. и психиатр. – 1962. – № 8. – С. 1167–1171.

8. Dunne J.W., Chakera T., Kermode S. Cerebellar hemorrhage diagnosis and treatment: a study of 75 consecutive cases // Q.J. Med. – 1987, Sep. – 64 (245). – P. 739–754.
9. Kirollos R.W., Tyagi A.K., Ross S.A. et al. Management of spontaneous cerebellar hematomas: a prospective treatment protocol. Neurosurgery 2001; 49 (6): 1378–86.
10. Van der Hoop R.C, Vermeulen M., J. Van Gijn. Cerebellar hemorrhage: diagnosis and treatment. // Surg. Neurol. – 1988. – Vol. 29. – P. 6–10.