

УДК 617.518

DOI: 10.18101/2306-1995-2019-1-13-22

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТРУДНОСТИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
И РАЗРЫВА АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

© Шевченко Николай Васильевич

подполковник медицинской службы
начальник филиала № 1 ФГКУ «425-ВГ»,
Министерство обороны Российской Федерации
Россия, 664009, Иркутск, ул. Госпитальная, 1
Тел.: 8 (3952) 77-85-41; 89646552851
E-mail: S.M.Kusnetzov@yandex.ru

© Худяков Сергей Николаевич

подполковник медицинской службы
заместитель начальника по медицинской
части, начальник части филиала №1 ФГКУ «425-ВГ»,
Министерство обороны Российской Федерации
Россия, 664009, Иркутск, ул. Госпитальная, 1
Тел.: 8 (3952) 77-85-41; 89646552851
E-mail: sergey-hydov@mail.ru

© Мицкевич Антон Сергеевич

капитан медицинской службы,
врач-анестезиолог,
начальник отделения анестезиологии и реанимации
филиала № 1 ФГКУ «425-ВГ»,
Министерство обороны Российской Федерации
Тел.: 8 (3952) 77-85-41
E-mail: mits.oar38@mail.ru

© Кузнецов Сергей Миронович

кандидат медицинских наук,
доцент кафедры факультетской хирургии
Иркутский государственный медицинский университет,
врач-хирург высшей категории,
заведующий операционным отделением
филиала № 1 ФГКУ «425-ВГ»,
Министерство обороны Российской Федерации
Россия, 664009, Иркутск, ул. Госпитальная, 1
Тел.: 8 (3952) 77-85-41; 89646552851
E-mail: S.M.Kusnetzov@yandex.ru

© Дармаев Андрей Дашиевич

врач-невролог высшей категории
филиала №1 ФГКУ «425 ВГ» МО РФ
Россия, 664009, Иркутск, Госпитальная, 1
Тел.: 8(3952)77-85-41
E-mail: darmaevad@mail.ru

© **Косолапов Юрий Леонидович**
подполковник медицинской службы,
старший ординатор,
врач хирург высшей категории
филиала №1 ФГКУ «425-ВГ»,
Министерство обороны Российской Федерации
Россия, 664009, Иркутск, ул. Госпитальная, 1
Тел.: 8 (3952) 77-85-41
E-mail: Y.Kosolapov@mail.ru

© **Стручков Александр Геннадьевич**
майор медицинской службы,
начальник отделения,
врач-хирург высшей категории
филиала № 1 ФГКУ «425-ВГ»,
Министерство обороны Российской Федерации
Россия, 664009, Иркутск, ул. Госпитальная, 1
Тел.: 8 (3952) 77-85-41
E-mail: alexthruchkov@mail.ru

© **Шинкоренко Виктория Станиславовна**
начальник неврологического отделения
филиала № 1 ФГКУ «425-ВГ»,
Министерство Обороны Российской Федерации
Россия, 664009, Иркутск, ул. Госпитальная, 1
Тел.: 8 (3952) 77-85-41
E-mail: vikstan24@mail.ru

© **Макарова Наталья Александровна**
врач-невролог, отделение первичной
специализированной медико-санитарной
помощи ОГБУЗ «ИГКБ № 3»
Россия, 664003, Иркутск, Тимирязева, 31
8(3952)26-06-03
E-mail: mak.na@list.ru

© **Таргашина Татьяна Борисовна**
подполковник медицинской службы
начальник терапевтического отделения
филиала №1 ФГКУ «425-ВГ»,
Министерство обороны Российской Федерации
Россия, 664009, Иркутск, ул. Госпитальная, 1
Тел.: 8 (3952) 77-85-41
E-mail: targashina.t@mail.ru

© **Чепинога Елена Игоревна**
подполковник медицинской службы
старший ординатор терапевтического отделения
филиала № 1 ФГКУ «425-ВГ»,
Министерство обороны Российской Федерации
Россия, 664009, Иркутск, ул. Госпитальная, 1
Тел.: 8 (3952) 77-85-41
E-mail: Lcher@mail.ru

© **Онищук Юлия Владимировна**

начальник приемного отделения

филиала № 1 ФГКУ «425-ВГ»,

Министерство обороны Российской Федерации

Россия, 664009, Иркутск, ул. Госпитальная, 1

Тел.: 8 (3952) 77-85-41

E-mail: onishchuk.y@inhox.ru

В клинической практике часто возникают ситуации, когда под видом черепно-мозговой травмы, могут протекать разрывы аневризм сосудов головного мозга. Их верификация остается достаточно сложной, несмотря на наличие высоко визуализирующей лучевой аппаратуры. Мы приводим три подобных наблюдения, когда разрыв аневризмы сосуда головного мозга не была верифицирована при первичном обследовании, даже после трепанации.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, разрыв аневризмы, лечебная тактика.

Для цитирования:

Шевченко Н. В., Худяков С. Н., Мицкевич А. С., Кузнецов С. М., Дармаев А. Д., Стручков А. Г., Косолапов Ю. Л., Шинкаренко В. С., Макарова Н. А., Таргашина Т. Б., Чепинога Е. И., Онищук Ю. В. Некоторые аспекты трудности в дифференциальной диагностике черепно-мозговой травмы и разрыва аневризм головного мозга // Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. 2019. Вып. 1. С. 13–22.

Инсульты и черепно-мозговая травма играют важное медико-социальное значение. Это проявляется в частой смертности населения, значительными трудовыми потерями, высоким уровнем выхода на инвалидность [9, 12]. В связи с тем, что данная патология занимает высокое место в структуре общей заболеваемости и важное значение играет проведение адекватной дифференциальной диагностики и четкой верификации патологии, так считают авторы [7]. Зачастую по данным литературных источников встречаются сведения о том, что травма может провоцировать ОНМК [2, 11]. Механическая травма черепа и инсульт иногда могут существовать и predispose одна к другому.

Важную роль в проведении дифференциальной диагностики между травматическим повреждением головного мозга и инсультом являются анамнестические данные [1]. Нередко и судебно-медицинская экспертиза опирается на клинику и данные анамнеза.

Однако, существует и постоянно увеличивающаяся группа пациентов, у которых данные анамнеза собрать невозможно в связи с тяжестью состояния, алкогольной и наркотической интоксикацией, речевыми нарушениями, психомоторным возбуждением, нарушениями сознания [3, 6]. В литературе достаточно широко представлена клиническая и компьютерно-томографическая дифференциальная диагностика внутри группы ОНМК [2, 4], как и отдельных клинических форм ЧМТ между собой [3, 6]. Однако сравнение клинических и компьютерно-томографических данных ушибов мозга с каждым из типов ОНМК представлено недостаточно, на что ссылаются многие авторы [6, 7].

Травматическое субарахноидальное кровоизлияние наиболее часто сопутствует ушибу мозга [10]. Тем не менее, под видом травматического субарахноидального кровоизлияния может протекать разрыв аневриз-

мы/интракраниального мозгового сосуда. Аневризматическое и травматическое субарахноидальное кровоизлияние требуют принципиально разного лечения, в связи с этим, необходим поиск клинито-томографических критериев, позволяющих максимально рано заподозрить разрыв аневризмы интракраниального сосуда.

Проблема дифференциальной диагностики инсультов и ушибов головного мозга, является междисциплинарной. Нередко от своевременности и правильности ее решения зависит время доставки пациента в специализированный стационар. На сегодняшний день в России далеко не во всех клиниках одновременно имеются отделения неврологии и нейрохирургии. При этом, сама транспортировка больного (как и перевод в другую клинику) являются дополнительным безусловным фактором неблагоприятного прогноза [12].

Современные методы лучевой диагностики (КТ-ангиография, МР-ангиография, транскраниальная ангиография), не смотря на свою специфичность, не всегда позволяют провести дифференциальную диагностику видов сосудистой патологии головного мозга и черепно-мозговых травм. Иногда в остром периоде черепно-мозговой травмы наступает длительный церебральный ангиоспазм, в следствии чего аневризму сосуда головного мозга можно невозможно диагностировать при имеющихся высокочувствительных методах исследования и высококвалифицированном медицинском персонале.

В нашей клинической практике были подобные ситуации, которые заканчивались как с благоприятным, так и с летальным исходом. Мы приводим их порой как казуистические случаи, потребовавшие долгого и дополнительного исследования.

Пациент Г. 22 года, 25 ноября 2018 г. около полуночи был обнаружен прохожими на улице без сознания. Бригадой скорой медицинской доставлен в городскую больницу г. Иркутска. По результатам проведенной МСКТ-ангиографии было выявлено субарахноидальное и внутрижелудочковое кровоизлияние. На основании физикального и инструментального обследования выставлен диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга тяжелой степени. Травматическое субарахноидальное кровоизлияние. Тампонада желудочковой системы. Оклюзионная внутренняя гидроцефалия. Параорбитальная гематома справа. Ссадины нижнего века справа. Ушиб мягких тканей носа. По экстренным показаниям выполнено оперативное вмешательство в объеме вентрикулостомии переднего рога правого бокового желудочка. По тяжести состояния пациент переведен в палату отделения анестезиологии и реанимации.

За четверо суток нахождения пациента в отделении анестезиологии и реанимации состояние расценивалось как тяжелое, стабильное, сознание от сопора до оглушения, дыхание самостоятельное эффективное, гемодинамика стабильная без инотропной поддержки.

В последующем на фоне стабильного состояния пациент переведен в палату интенсивной терапии нейрохирургического отделения. К исходу девятых суток нахождения в нейрохирургическом отделении появилась очаговая неврологическая симптоматика в виде глубокого левостороннего гемипареза с угнетением сознания до сопора. В связи с отрицательной динамикой пациент был переведен в палату отделения анестезиологии и реанимации (повторно). По результатам проведенной МСКТ-ангиографии выявлена аневризма правой задней нижней мозжечковой артерии, остаточная геморрагическое содержимое в боковых желу-

дочках, очаговое поражение правой лобно-теменной области (предположительно ишемического характера), выраженный ангиоспазм.

С этого момента произведено изменение основного диагноза: Фузиформная аневризма правой задней нижней мозжечковой артерии, осложнённая разрывом от 25.11.2018 г. с формированием субарахноидального кровоизлияния и внутречелюточного кровоизлияния. Тотальный ангиоспазм, в том числе в вертебробазилярном бассейне и сегментарным спазмом правой задней нижней мозжечковой артерии. Ангиоспастический ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии. Глубокий левосторонний гемипарез. Парез мимической мускулатуры слева. Появление отрицательной неврологической динамики произошло по причине нарастания явления ангиоспазма правого полушария до тотального ангиоспазма, следствием чего явилось ишемическое повреждение головного мозга.

Спустя трое суток после изменения диагноза произведен перевод пациента в отделение реанимации регионального сосудистого центра Иркутской областной клинической больницы для решения вопроса о оказании высокотехнологической нейрохирургической помощи. Лечение в отделение реанимации проводилось в объеме консервативной терапии ввиду отсутствия технической возможности выполнения эндоваскулярного вмешательства. Результатом консервативного лечения стало снижение выраженности ангиоспазма. Состояние пациента оставалось соматически тяжелым, сознание — оглушение, дезориентация во времени и пространстве, глубокий левосторонний гемипарез. Причина невозможности проведения хирургического лечения и высокая вероятность повторного разрыва аневризмы при проведении только консервативного лечения были сообщены родственнику пациента и по его настоянию произведен перевод в клинику (кафедру) нейрохирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова по предварительному согласованию. Эвакуацию в течение 16 часов авиационным транспортом с использованием медицинского модуля перенес удовлетворительно.

27 декабря 2019 г. (спустя 32 дня с момента разрыва аневризмы) в клинике (кафедре) Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова успешно проведено нейрохирургическое вмешательство: открытое клепирование аневризмы правой нижней мозжечковой артерии.

Через месяц после операции состояние пациента расценивалось как стабильное, сознание поверхностное оглушение, дезориентация во времени, пространстве и собственном заболевании, незначительная положительная динамика в отношении регресса неврологического дефицита. Планировался перевод больного в реабилитационный центр для дальнейшего проведения комплекса лечебных мероприятий.

Пациент М. 44 года, во время следования из командировки в военнотранспортном самолете со слов очевидцев «уснул» и по прилету на аэродром Б. сослуживцы не смогли его разбудить. В бессознательном состоянии был доставлен в лазарет части. Оттуда скорой медицинской помощью доставлен в ЦРБ г. Усолье-Сибирское, где выявлена гематома правого полушария головного мозга. Аналогично первому случаю причиной потери сознания и наличия кровоизлияния в головной мозг послужил разрыв аневризмы сосуда головного мозга. 27.12.2015 г. выполнена операция: резекционная трепанация черепа в правой теменно-височной области, удаление гематомы правого полушария головного мозга объемом 150 см³. Спустя сутки на контрольной МСКТ головного мозга выяв-

лена выраженная дислокация срединных структур головного мозга, остаточная гематома правого полушария головного мозга с формированием отека обеих затылочных долей. По экстренным показаниям выполнена ретрепанация с увеличением костного окна. В последующем на контрольной КТ отмечалось появление очагов ишемии в бассейне обеих задне-мозговых артерий. Пациент 18.01.2015 г. направлен в филиал № 1 ФГКУ «425 ВГ» Минобороны России в тяжелом состоянии, сознание кома I. За время лечения в военном госпитале уменьшилась выраженность пирамидной недостаточности до уровня тетрапареза, больше справа, выход из комы до стадии акинетического мутизма.

31.01.2016 г. пациент переведен в ФГБУ «3 ЦВГК им. А. А. Вишневого» Минобороны России на восстановительное лечение и освидетельствование ВВК. На фоне проводимого лечения в последующие семь месяцев заметного улучшения не наступило, требовал постоянного ухода окружающих. 07.09.2016 г. пациент переведен авиационным транспортом в филиал № 1 ФГКУ «425 ВГ» Минобороны России. В последующем неоднократно пациент, ввиду стойкого неврологического дефицита (акинетического мутизма, выраженный тетрапарез с акцентом слева с элементами горметонии, псевдобульбарный синдром, нарушение функции тазовых органов по центральному типу, корковая слепота) лечился в Иркутском военном госпитале от инфекционных осложнений, которые стали причиной смерти в июле 2018 г.

Пациентка П. 24 года, доставлена в больницу родственниками в бессознательном состоянии. Со слов родственников переступая через порог запнулась и упала, ударившись головой о порог, после чего потеряла сознание. Пациента находилась на 32 недели беременности. При поступлении объективно сознание кома I, дыхание самостоятельное эффективное, гемодинамика с тенденцией к гипертензии. Неврологически: зрачки слегка расширены, симметричные, реакция на свет прямая и содружественная замедлена. С диагностической целью выполнена люмбальная пункция. Ликвор насыщенно окрашен кровью, поступает под давлением, которое на момент процедуры превышало 250 мм вод. ст. Выставлен диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма, контузия головного мозга тяжелой степени. Субарохноидальное кровоизлияние. Беременность 32 недели.

Проводилась гемостатическая, церебральная гипотермия, антибиотикотерапия, общие мероприятия по снижению внутричерепного давления, седатация. Регулярно проводилась санационная спинномозговая пункция при этом отмечалась положительная динамика: снижалось ликворное давление, цвет из красного переходил в розовый. На пятые сутки пациентка пришла в сознание, сохранялась стойкая ретроградная амнезия. С учетом диагноза и клинической ситуации сохранялся постельный режим до 35 суток. Ликвор полностью санирован. Назначены биогенные амины, витамины группы В. На 39 сутки пациентка в удовлетворительном состоянии выписана из лечебного учреждения.

В последующем родила здорового ребенка. И лишь через год при обследовании в центральном ЛПУ в связи с головными болями, у пациентки была выявлена аневризма сосуда головного мозга. Прооперирована в плановом порядке с благоприятным успехом.

Выводы:

1. В момент разрыва аневризмы может произойти внезапная потеря сознания и падение человека на твердую поверхность (асфальт, кафель и т. д.), что

может привести к получению травмы мягких тканей головы. На первоначальном этапе диагностики данные повреждения могут трактоваться подавляющим большинством специалистов исключительно как черепно-мозговая травма, не принимая во внимание, что могло иметь место сосудистое событие не травматического генеза.

2. Не следует забывать об аневризме сосудов головного мозга у пациентов с черепно-мозговой травмой и геморрагическим инсультом, длительно находящихся в тяжелом состоянии.

3. Повторная церебральная ангиография позволяет выявить сосудистую аневризму после купирования ангиоспазма у данной категории больных.

4. Уровень оказания медицинской помощи (квалифицированная или специализированная) и наличие сверх чувствительных методов лучевой диагностики не всегда является залогом своевременной и точной постановки диагноза ввиду физиологических изменений в месте разрыва аневризмы (наличие крови, спадание аневризм, ангиоспазм);

5. Несмотря на оказание высокотехнологичной помощи исходом может служить глубокий неврологический дефицит, приводящий к инвалидизации и существенно снижающий качество жизни.

6. Решающую роль в сохранении жизни и улучшения прогнозов для исхода заболевания играет организация лечебного-диагностического процесса и эвакуации к местам оказания высокотехнологичной помощи в кратчайшие сроки от постановки диагноза.

Литература

1. Верещагин Н. В. Гетерогенность инсульта: взгляд с позиций клинициста // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2003. № 9. С. 8–9.
2. Виленский Б. С. Инсульт. СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. 288 с.
3. Воробьев Д. П. Неврологические и компьютерно-томографические изменения при травматических очаговых поражениях головного мозга у взрослых: дис. ... канд. мед. наук. Тюмень, 2004. 183 с.
4. Гусев Е. И. Проблема инсульта в России // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2003. № 9. С. 3–5.
5. Измайлов И. А. Этиология, патогенез, клиническая диагностика, дифференциальная диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения // Русский медицинский журнал. 2003. № 10. С. 571–577.
6. Крылов В. В., Талыпов А. Е. Повреждение структур задней черепной ямки // Неврологический журнал. 2000. Т. 7, № 6. С. 4–10.
7. Лебедев В. В., Крылов В. В. Неотложная нейрохирургия: руководство для врачей. М.: Медицина, 2000. 568 с.
8. Лебедев В. В., Галян Т. Н. Особенности КТ и МРТ — диагностики при внутримозговых кровоизлияниях и инфарктах мозга // Нейрохирургия. 2006. № 4. С. 40–48.
9. Никифоров А. С., Коновалов А. Н., Гусев Е. И. Клиническая неврология: в 3 т.; под ред. А. Н. Коновалова. М.: Медицина, 2004. Т. 3. Ч. 1. 602 с.
10. Триумфов А. В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. Л.: Медицина, 1974. 247 с.
11. Чучин М. Ю., Наumenко Л. Л. Травматический ишемический инсульт в детском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2004. № 12. С. 3–13.
12. Шатохин А. В. Аспект диагностики ЧМТ у пострадавших в состоянии алкогольного опьянения // Здоровье и болезнь как состояние человека: материалы республиканской науч.-практ. конф. Ставрополь, 2000. С. 219–221.

13. Шукри А. А., Берснев В. П., Рябуха Н. П. Эпидемиология черепно-мозговой травмы (г. Аден, Йемен) // Нейрохирургия. 2006. № 1. С. 50–52.

SOME ASPECTS OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS
OF CRANIAL INJURY AND BREACH OF BRAIN ANEURISM

Nikolay V. Shevchenko

Lieutenant Colonel of Medical Service
Branch №1,
Federal State Institution "425-Military Hospital",
Ministry of Defense of the Russian Federation,
1, Gospitalnaya Street, Irkutsk, 664009, Russia,
Tel.: +73952778541
E-mail: S.M.Kusnetzov@yandex.ru

© *Sergey N. Khudyakov*

Lieutenant Colonel of medical service
the Deputy Chief of the medical
part, the Chief part
Branch № 1,
Federal State Institution "425-Military Hospital",
Ministry of Defense of the Russian Federation,
1, Gospitalnaya Street, Irkutsk, 664009, Russia,
Tel.: +73952778541
E-mail: sergey-hydov@mail.ru

Anton S. Miscavige

The captain of Medical Service,
Head of the Department of anesthesiology and intensive care,
Branch №1,
Federal State Institution "425-Military Hospital",
Ministry of Defense of the Russian Federation,
1, Gospitalnaya Street, Irkutsk, 664009, Russia,
Tel.: +73952778541
E-mail: mits.oar38@mail.ru

Sergei M. Kuznetsov

Candidate of Medical Sciences,
A/Professor of the Department of Surgery,
Irkutsk State Medical University,
doctor -surgeon, higher category,
Head of the operational Department
Branch №1,
Federal State Institution "425-Military Hospital",
Ministry of Defense of the Russian Federation,
1, Gospitalnaya Street, Irkutsk, 664009, Russia,
Tel.: +73952778541
E-mail: S.M.Kusnetzov@yandex. ru

Yuriy. L. Kosolapov

Senior Intern of the Department of Surgery,
Lieutenant Colonel of Medical Service
Branch №1,
Federal State Institution "425-Military Hospital",
Ministry of Defense of the Russian Federation,
1, Gospitalnaya Street, Irkutsk, 664009, Russia,
Tel.: +73952778541
E-mail: Y.Kosolapov@mail.ru

Aleksandr G. Struchkov

Head of the Department of Surgery,
Major of Medical Service
Branch №1,
Federal State Institution "425-Military Hospital",
Ministry of Defense of the Russian Federation,
1, Gospitalnaya Street, Irkutsk, 664009, Russia,
Tel.: +73952778541
E-mail: alexthruchkov@mail.ru

Andrey. D. Darmaev

doctor, neurologist, higher category,
Branch №1,
Federal State Institution "425-Military Hospital",
Ministry of Defense of the Russian Federation,
1, Gospitalnaya Street, Irkutsk, 664009, Russia,
Tel.: +73952778541
E-mail: darmaevad@mail.ru

Viktoria. S. Shinkarenko

Head of the Department
Branch №1,
Federal State Institution "425-Military Hospital",
Ministry of Defense of the Russian Federation,
1, Gospitalnaya Street, Irkutsk, 664009, Russia,
Tel.: +73952778541
E-mail: vikstan24@mail.ru

Natalya. A. Makarova

Doctor, neurologist, primary offices
specialized health services help of the Department of neurology
Regional State Budgetary Institution of health care
«Irkutsk City Clinical Hospital № 3»
31, Timiryazeva Street, Irkutsk, 664003, Russia,
Tel.: +7 (3952)26-06-03
E-mail: mak.na@list.ru

Tatyana. B. Targashina

Lieutenant Colonel of medical service
Head of the therapeutic Department
Branch №1,
Federal State Institution "425-Military Hospital",
Ministry of Defense of the Russian Federation,

1, Gospitalnaya Street, Irkutsk, 664009, Russia,
Tel.: +73952778541
E-mail: targashina.t@mail.ru

Elena. I. Chepinoga
Lieutenant Colonel of medical service
senior intern therapeutic Department
Branch №1,
Federal State Institution "425-Military Hospital",
Ministry of Defense of the Russian Federation,
1, Gospitalnaya Street, Irkutsk, 664009, Russia,
Tel.: +73952778541
E-mail: Lcher@mail.ru

Yu. V. Onishchuk
the Chief of staff
Branch №1,
Federal State Institution "425-Military Hospital",
Ministry of Defense of the Russian Federation,
1, Gospitalnaya Street, Irkutsk, 664009, Russia,
Tel.: +73952778541
E-mail: onishchuk.y@inhox.ru

In clinical practice, there are often situations when under the guise of cranio-cerebral trauma, may be tears of cerebral aneurysms. Their verification remains quite difficult, despite the availability of highly imaging radiation equipment. We present three such surveillance when a vessel in the brain aneurysm rupture was not verified when the primary survey, even after trepanation.

Keywords: brain injury, ruptured aneurysm, therapeutic tactics.