

Кадыров Р.М., Мамытов М.М., Турганбаев Б.Ж.

ДИСЛОКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА (обзор литературы)

R.M. Kadyrov, M.M. Mamytov, B.Zh. Turganbaev

DISLOCATION SYNDROME AT BRAIN DEFEATS (the literature review)

В статье проведен анализ литературы, посвященной проблеме клинико-морфологических проявлений и лечебных тактик у пациентов с дислокационным синдромом при разнообразных очаговых поражениях головного мозга.

Ключевые слова: дислокационный синдром, ствол мозга, вклинение.

In article the analysis of the literature devoted to a problem of clinico-morphological displays and medical tactics at patients with dislocation by a syndrome at various очаговых defeats of a brain is carried out.

Key words: dislocation syndrome, a brain trunk, impaction.

Дислокационный синдром (ДС) - это комплекс патофизиологических и патоморфологических процессов, сопровождающихся определенными клиническими признаками, обусловленными смещением полушарий большого мозга с вторичным сдавливанием его ствольных структур [6,8].

Первые работы о дислокации появились на рубеже XIX и XX веков (Chiari, 1891; Arnold, 1894; Л.М. Пуссеп, 1913 и др.) Это были единичные, не систематизированные сообщения, носившие описательный характер. Лишь в 30-40-х годах были опубликованы более глубокие исследования, посвященные различным видам дислокаций мозга, раскрытию механизмов их возникновения, изучению клинических проявлений, морфологических изменений.

У больных с острыми нейрохирургическими заболеваниями и травмами дислокационный синдром, как и у больных с хроническими нейрохирургическими заболеваниями, развивается при образовании объемных внутричерепных процессов (внутричерепные травматические гематомы, ушибы мозга, спонтанные гематомы, различные опухоли мозга при нарастающем отеке мозга и острой гидроцефалии) [1,3,8,13,20]. Однако клинически и морфологически дислокация мозга при острых нейрохирургических патологиях проявляет себя по-разному. Так, при хронических процессах, например, медленно растущей опухоли, мозг имеет время адаптироваться к повышающемуся давлению. Поэтому симптоматика сдавливания мозга нарастает медленно, а сама дислокация мозга может достигать значительных степеней выраженности (например, смещение миндалин мозжечка может достигать позвонков

С1-С11) при относительно компенсированном состоянии больного [7,17,21].

На фоне острого патологического процесса неизбежна нехватка времени для адаптации мозга к повышению внутричерепного давления. На острое патологическое образование - возникает резкая реакция мозга в виде бурно развивающегося отека [2,4,19]. Само же смещение никогда не достигает величин, наблюдающихся при хронических процессах. Обычно это выражается в небольшом смещении, например, гиппокампа в щель Биша, прижатии отдельных участков мозга к твердым, неподатливым костным образованиям или отросткам твердой мозговой оболочки, при этом наблюдается их "вдавливание", которое вследствие своей внезапности протекает особенно тяжело [1,3,16].

При различных по этиологии острых патологических процессах в дислокационном процессе участвуют одни и те же анатомические структуры со стереотипным и клиническими проявлениями. Иными словами, клиническая картина острого дислокационного синдрома не зависит от этиологии острого процесса [1,6,8,16,18]. Она всегда протекает однотипно с включением общих механизмов. Разница же в ее клиническом проявлении у разных больных зависит от темпа развития патологического процесса, его локализации и объема. Прогноз для жизни пострадавшего зависит от вида дислокации и степени сдавливания мозгового ствола [3,9,11]. И даже при небольших степенях смещения большого мозга от средней линии или даже при отсутствии такого смещения, состояние больного может быть критическим. Смерть больного может наступить как непосредственно от нарушения витальных функций, так и от нарушений вегетативной деятельности и метаболизма, которые также обусловлены нарушением функции ствольных отделов на разных уровнях [6,10,19].

Острый ДС относится к частым осложнениям неотложных нейрохирургических заболеваний и травм. Так, по данным Г.А. Педаченко и соавт. (1992), из 405 больных, оперированных по поводу травматических внутричерепных гематом, осложненное течение наблюдалось у 124 (31%). Прогрессирующее нарастание внутричерепного давления с явлением дислокации, сдавливания

мозгового ствола наблюдалось у 104 из 124 больных (83,8%) с осложненным послеоперационным течением и у 25% от всех оперированных больных. Не реже ДС встречается и у больных с геморрагическими инсультами, а при декомпенсированных опухолях - практически у всех больных [7,21]. О тяжелом течении дислокационного синдрома и явной его опасности для жизни больного пишут все нейрохирурги. Однако, в последнее время лечению, в том числе и хирургическому, этого грозного осложнения уделяется мало внимания. И только в единичных сообщениях описываются попытки ликвидации дислокации [5,9,10,11,19]. Различают 2 основных вида дислокаций: простые и сложные. Простые дислокации представлены в виде деформаций того или иного участка мозга, но без странгуляционной борозды. Сложные дислокации представляются в виде грыжевых вклинений, сопровождающихся образованием странгуляционной борозды [1,6,12,20]. Большинство исследователей различают следующие виды дислокаций:

1. Височно-тенториальная, когда выпячивание парагиппокамповой извилины или участка язычковой извилины и перешейка сводчатой извилины происходит в тенториальное (пахионово) отверстие;

2. Мозжечково-тенториальная, когда верхнемедиальные отделы мозжечка, вклиниваются снизу вверх, в тенториальное отверстие (обычно при острых патологических процессах) задней черепной ямки (ЗЧЯ);

3. Вклинение миндалин мозжечка в затылочную дуральную воронку;

4. Вклинение медиальных отделов лобной и теменной долей под falx.

Дислокация является сложным динамическим процессом. С.М. Блинков и Н.А. Смирнов выделяют три морфологические фазы дислокации: выпячивание, вклинение и ущемление. Выпячивание характеризует начальную фазу дислокации. Она отличается тем, что здесь не образуется странгуляционная борозда. Второй фазой дислокации является вклинение. При этом высота смещенного участка мозга преобладает над его шириной. Образуется странгуляционная борозда. Эти две первые фазы дислокации в неотложной нейрохирургии встречаются наиболее часто. Ликвидация выпячивания или вклинения может произойти уже после удаления (ликвидации) сдавливающего мозг патологического очага. Ущемление может потребовать и дополнительных манипуляций для своего разрешения [4,6]. К настоящему времени предложены различные классификации супратенториального варианта ДС. В.М. Угрюмовым (1969) выделены диэнцефальная, экстрапирамидная, мезенцефалобуль-

барная и цереброспинальная формы ушиба головного мозга. В данной классификации не учитывается тот факт, что ДС является динамическим процессом. А.П. Фраерманом (1981) разработана схема, отражающая динамику нарушения компенсаторных механизмов мозга и организма в целом без четкого указания уровней поражения стволовых отделов. Общеизвестна схема деления супратенториального варианта ДС при интракраниальных объемных образованиях, разработанная Ф. Планом и Дж.Б. Познером (1986). Эти авторы выделяют раннюю и позднюю диэнцефальные, мезенцефало-верхнепонтинную, нижнепонтинно-верхнемедулярную и медулярную стадии дислокации. Без учета клиничко-неврологических проявлений ранней диэнцефальной стадии ДС данную схему использовал М.С. Greenberg (2001) для определения стадии ДС у больных тяжелой ЧМТ.

На основании схемы Ф. Плама и Дж.Б. Познера с учетом темпа развития дислокации и изменений гемодинамических показателей при тяжелой ЧМТ у больных со сдавливанием головного мозга Р.Д. Касумов (1989) выделил четыре степени /или стадии/ гипертензионно-дислокационного синдрома. В этом варианте характеристики ДС отсутствуют закономерности динамики такого важного клинического признака ДС, как сознание. В 2008 году Е.Н. Кондаков с соавт. предложили новую, пятистадийную классификацию, учитывающую большинство клинических проявлений при разных уровнях поражения ствола мозга.

Все формы сдавливания головного мозга с признаками вторичного поражения ствола мозга подлежат хирургическому лечению, целью которого является нормализация внутричерепного давления и устранение сдавливания стволовых структур [3,5,10,11,14,18]. Хирургическое вмешательство должно быть комплексным, направленным на достижение как наружной, так и внутренней декомпрессии. По-прежнему не прекращаются дискуссии по вопросу о необходимости и размерах декомпрессивной трепанации черепа и дополнительных методах реклинации [6,9,20].

Таким образом, в настоящее время актуальным и необходимым остается изучение клиничко-патоморфологических особенностей ДС, оптимизация путей лечения и улучшение исходов у категории тяжелых нейрохирургических больных.

Литература:

1. Дубчев Д.И. Дислокационный синдром в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы: Автореф. дисс. канд. мед. наук - Алматы, 2009.
2. Ермолаев Ю.Ф., Глотов С.Д. К вопросу о редислокации и ликвидации остаточных полостей при субдуральных гематомах во время операции // Первый съезд нейрохирургов России. - Екатеринбург, 1995. - С.49.

3. Зотов Ю.В., Кондаков Е.Н., Щедренко В.В., Кондратьев А.Н. Внутрочерпная декомпрессия мозга в хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы. - СПб, 1999. - С.142.
4. 4.Кондаков Е.Н., Климаш А.В., Баштияров А.К., Бокин В.Д. Супратенториальная травматическая дислокация головного мозга. Неврологический вестник - 2008 - Т. XL, вып. 3 - С. 19-24.
5. 5.Лебедев В.В., Быковников Л.Д. Руководство по неотложной нейрохирургии. - М., "Медицина", 1987.- С. 335.
6. 6.Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия. - М., "Медицина", 2000. - С. 257.
7. 7.Олюшин В.Е., Улитин А.Ю., Сафаров Б.И. Синдром сдавливания и дислокации головного мозга при опухолевом поражении. Практическая онкология -Т. 7, № 2-2006 - С. 113-116
8. 8.Проскурнина Т.С. Острый дислокационный синдром при черепно-мозговой травме и внутримозговых кровоизлияниях: Автореф. дисс. канд. мед. наук - Москва, 1980.
9. 9.Сарибекян А.С. Тактика хирургического лечения тяжелой ЧМТ и нетравматических внутрочерепных кровоизлияний в аспекте динамики внутрочерепной гипертензии: Автореф. дисс. докт. мед. наук - Москва, 1992.
10. 10.Сарибекян А.С. Тенториотомия и вентрикулярный дренаж при хирургическом лечении тяжелой ЧМТ: Автореф. дисс. канд. мед. наук - Москва, 1984.
11. 11.Соловьев А. Г. Способ малотравматичной тенториотомии при черепно-мозговой травме: Автореф. дисс. к. м. н., - М., 1978.
12. 12.Ari R. Joffe. Lumbar Puncture and Brain Herniation in Acute Bacterial Meningitis: A Review Journal of Intensive Care Medicine, 2007, Vol. 22, No. 4, 194-207.
13. 13.Bullock M.R., Chesnut R., Ghajar J., Gordon D., Hartl R., Newell D.W., Servadei F., Walters B.C., Wilberger J. Surgical management of traumatic parenchymal lesions. Neurosurgery. 2006;58:S25-4.
14. 14.Bhatoe H.S. Tonsillar herniation and syringomyelia secondary to a posterior fossa tumor. Br. J. Neurosurg. 2004;18:70-71.
15. 15.Conti C., Lungardi P., Bozzao A., Liccardo G., Fraioli B. Syringomyelia associated with hydrocephalus and Blake's pouch cyst: case report. Spine. 2003;28:E279-E283.
16. 16.Dorsch N., Branston N., Symon L., Jakubowsky J. Intracranial pressure in experimental subarachnoid haemorrhage. In: Hoff J.T., Betz A.I., eds. Intracranial pressure VII. Berlin, Springer Verlag, 1989; 715-718.
17. 17.Fox B.A., Muzumdar M.Ch., Franco DeMonte F., Resolution of Tonsillar Herniation and Cervical Syringomyelia Following Resection of a Large Petrous Meningioma: Case Report and Review of Literature Skull Base. 2005, February; 15(1): 89-97.
18. 18.Rabinovich E.S., Rabinovich S.S., Astrakov S.V., Yarokhno V.I. A Method of Diagnosis of Brain Dislocation in Severe Craniocerebral Trauma. Zh Vopr Neurokhir Im N N Burdenko. 1989 Jan-Feb;(1):13-6.
19. 19.Rehman T., Ali R., Tawil I., Howard Y. Rapid progression of traumatic bifrontal contusions to transtentorial herniation: A case report. Cases J. 2008; 1: 203-206.
20. 20.Whittle I.R., Vishwanathan R. Acute intraoperative brain herniation during elective neurosurgery: Pathophysiology and management considerations. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1996; 61: 584-90.
21. 21.Yasha T.C., Mohanty A., Radhesh S., Santosh V., Das S., Shankar S.K. Infratentorial dysembryoplastic neuroepithelial tumor (DNT) associated with Arnold-Chiari malformation. Clin Neuropathol. 1998;17:305-310.