

Г.Т. МАМРАЖАПОВА, К. Б. БЫРЫСОВ

Кыргызская Государственная Медицинская Академия
им. И. К. Ахунбаева, кафедра нейрохирургии. г. Бишкек, Кыргызстан

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Проведен анализ результатов лечения 362 больных с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями. Из 362 больных с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями гематомы путаменальной локализации выявлены у 202 (55,8%). Хирургическая активность у больных с геморрагическим инсультом путаменальной локализации составила 32,1%. Летальность среди оперированных больных с уровнем бодрствования 11-13 баллов по шкале комы Глазго (ШКГ) составила 45%, с 10-8 баллами - 55,5%. Среди неоперированных больных с уровнем бодрствования 11-13 баллов по ШКГ летальность составила 14,2%, с 8-10 баллами - 61,5%. Анализ показал отсутствие отчетливых преимуществ оперативного лечения больных с кровоизлияниями в путаменальной области над консервативным лечением.

Ключевые слова: геморрагический инсульт, путаменальное кровоизлияние, перифокальная ишемия.

Введение. Внутримозговые кровоизлияния путаменальной локализации (ПЛ) в структуре геморрагических инсультов занимают от 10 до 20%, одновременно с этим, больные с такими кровоизлияниями — это наиболее тяжелая группа больных, по тактике ведения которых до сих пор не прекращаются дискуссии [1-4, 6, 8-12].

Опыт лечения геморрагического инсульта ПЛ как при консервативном, так и при оперативном лечении имеет весьма неутешительные результаты [1,5, 9,10,12]. Несмотря на отсутствие доказанного преимущества хирургического лечения над консервативным, в течение последних десятилетий хирургическая активность колеблется от полного отказа от операций до 20% активности [1,4,5,9,10]. При этом среди практикующих врачей хирургия внутримозговых гипертензионных кровоизлияний ПЛ носит неформальный титул «хирургии разочарований» в связи с тем, что сопровождается высокой летальностью и инвалидизацией.

Сложность выбора хирургической тактики в каждом конкретном случае, при отсутствии данных о преимуществах того или иного метода, приводят к тому, что в отношении геморрагического инсульта ПЛ нет четко установленных показаний к объему и виду оперативного вмешательства [1, 3, 6, 11].

Целью настоящей работы явилось уточнение показаний к консервативному и оперативному лечению больных с геморрагическим инсультом и сравнительный анализ результатов лечения.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 362 больных с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями. Всем больным при поступлении выполняли компьютерную или магнитно-резонансную томографию с ангиопрограммой, УЗИ брахицефальных сосудов и доплерографию.

Результаты и обсуждение. Показаниями к оперативному лечению больных с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями ПЛ были:

1) Объем гематомы более 35 мл. 2) Наличие срединной дислокации от 5 мм и более.

Противопоказания к операции: 1) Снижение уровня бодрствования от 6 баллов и ниже по шкале ком Глазго (ШКГ). 2) Тяжелая сопутствующая соматическая патология в стадии декомпенсации. 3) Возраст больных старше 75 лет.

При объеме гематомы более 60 мл и дислокации срединных структур 7 мм и более проводили трепанацию черепа и удаление гематомы.

Показаниями к пункционному удалению гематомы были: 1) Объем гематомы ПЛ до 60 мл. 2) Дислокация срединных структур до 7 мм. 3) Уровень бодрствования не меньше 11 баллов по ШКГ.

Из 362 больных кровоизлияние ПЛ выявлено у 202 (55,8%). Среди всех больных с кровоизлияниями ПЛ прооперировано 65 больных, не оперированы 137 больных. Таким образом, оперативная активность среди больных с кровоизлияниями ПЛ составила 32,1%. Среди неоперированных больных средний возраст составил 66,4 года (самому молодому было 36 лет, самому старшему 89 лет). Мужчин было 48,7%, женщин 51,3%. Среди оперированных с уровнем бодрствования 11-13 баллов по ШКГ летальность составила 14,2%, при 10 баллах и меньше - 61,5%.

Средний возраст прооперированных больных составил 61 год (самому молодому было 39 лет, самому старшему 78 лет). Среди прооперированных больных было 58,5% мужчин и 41,5% женщин.

Среди оперированных больных у 47,6% уровень бодрствования был 11-13 баллов по ШКГ, у 52,4% - от 10 до 8 баллов. Летальность в группе больных с уровнем бодрствования 11-13 баллов по ШКГ составила 45%, при 8-10 баллах - 58,8%.

Из 65 прооперированных пациентов у 45 (69,3%) была выполнена трепанация черепа, удаление внутримозговой гематомы. Летальность в данной группе больных составила 64,4%. В первую очередь такая высокая летальность обусловлена тем, что у 34 из 45 больных уровень бодрствования был от 10 до 8 баллов по ШКГ.

У 20 (30,7%) больных было выполнено пункционное удаление внутримозговой гематомы. Летальность составила 16%. Значительно более низкие цифры летальности в данной группе, в сравнении с больными, оперированными с применением открытого доступа, в первую очередь обусловлены тем, что у всех этих больных уровень бодрствования был не менее 11 баллов по ШКГ. Таким образом, у тяжелых больных с внутримозговыми гематомами ПЛ и уровнем бодрствования 10-8 баллов по ШКГ метод лечения не оказывал существенного влияния на исход болезни (летальность в группе прооперированных - 58,8%, в группе пролеченных консервативно - 61,5%). При этом стоит заметить, что всем больным данной группы было выполнено только открытое удаление внутримозговой гематомы.

У больных с уровнем бодрствования, равным 11-13 баллам по ШКГ, летальность среди прооперированных значительно выше, чем в группе неоперированных - 45 и 14,2% соответственно. Большая летальность среди прооперированных больных обусловлена тем, что из всех больных (31 больной) с уровнем бодрствования 11-13 баллов по ШКГ пункционное удаление гематомы было выполнено у 20 пациентов, а 11 больных прооперировано открыто (больные с объемом гематомы более 60 мл). Летальность после пункционного удаления гематомы у данной группы больных составила 16%, после открытого удаления - 29%. Летальность при пункционном удалении гематомы у больных с уровнем бодрствования 11-13 баллов по ШКГ была почти равнозначна летальности у неоперированных пациентов (14,2%), в то время как у больных, оперированных открыто, летальность была выше в 2 раза - 29%. Проведен анализ частоты летальных исходов в зависимости от объема внутримозгового кровоизлияния ПЛ и степени дислокации срединных структур.

Среди умерших прооперированных больных распределение по объему гематомы ПЛ было следующим: до 40 мл - 18% случаев, от 40 до 60 мл - 22%, выше 60 мл - 60%.

Распределение умерших в группе оперированных больных по степени дислокации срединных структур было следующим: до 5 мм - в 15% случаев, от 5 до 10 мм - в 25%, свыше 10 мм - в 60%.

Таким образом, неблагоприятными критериями хирургического лечения нетравматических внутримозговых кровоизлияний ПЛ были: 1) Количество баллов по ШКГ от 10 и ниже. 2) Объем гематомы более 60 мл. 3) Дислокация срединных структур более 10

мм.

При определенном объеме внутримозговой гематомы (более 70 мл³), у всех больных было состояние декомпенсации и уровень бодрствования составлял 8 баллов и ниже по ШКГ. При этом в группе больных с объемом гематомы от 40 до 70 мл³ не отмечено четкой зависимости между уровнем бодрствования и объемом гематомы (хотя и имеется тенденция к уменьшению количества баллов по ШКГ при увеличении объема гематомы). Так, при объеме гематомы ПЛ от 40 до 70 мл 43,4% больных имели уровень бодрствования, равный 11-12 баллам по ШКГ, а 56,6% - от 10 до 6 баллов и меньше.

Корреляционный анализ между объемом внутримозгового кровоизлияния в путаменальной области в пределах 40-70 мл³ и уровнем угнетения сознания по ШКГ показал, что корреляционной зависимости между объемом путаменальной гематомы в пределах 40-70 мл³ и угнетением уровня бодрствования по ШКГ не обнаружено ($r=0,1$). То есть степень угнетения сознания зависит не только от самого кровоизлияния, но и от ряда других факторов, наиболее значительным из которых, по-видимому, является сопутствующая ишемия перифокальных структур.

Вопрос о том, чем обусловлена разная выраженность перифокальной ишемии у больных с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями, в настоящее время остается открытым [9, 10, 12].

Можно предположить, что при внутримозговом кровоизлиянии ПЛ выраженность перифокальной ишемии определяется как прямой механической компрессией лентиклостриарных артерий внутримозговой гематомой, так и возникающим на фоне токсического влияния излившейся крови ангиоспазмом.

На наш взгляд, оперативное вмешательство у лиц с геморрагическим инсультом ПЛ и выраженной перифокальной ишемией не дает положительного результата, а наоборот наносит дополнительную травму.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что для решения вопроса о тактике лечения больных с кровоизлияниями ПЛ показано проведение не только визуализирующих методов обследования (КТ, МРТ), указывающих на локализацию и объем кровоизлияния, но и методов, оценивающих состояние и компенсаторные резервы кровотока как в зоне инсульта, так и на отдалении.

Заключение. Открытые операции по поводу нетравматических внутримозговых гематом ПЛ у пациентов с угнетением уровня бодрствования от 10 баллов и ниже сопровождались высокой послеоперационной летальностью. У пациентов с уровнем бодрствования 11-13 баллов по шкале комы Глазго, объемом гематомы меньше 40 мл, при дислокации срединных структур менее 7 мм отказ от операции сопровождался лучшими результатами. Малоинвазивные пункционные методики удаления гематом у больных с уровнем бодрствования 11 и выше баллов по ШКГ являются перспективными в хирургии геморрагических инсультов путаменальной локализации. Корреляционной зависимости между объемом гематомы ПЛ и уровнем бодрствования по шкале комы Глазго нами не выявлено.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Берснев В.П., Иванова Н.Е., Агзамов М.К. Анализ различных методов удаления гипертензионных внутримозговых гематом // Российский нейрохирургический журнал им. проф. А.Л. Поленова. СПб. - 2009. - Т. I. - №3. - С. 37-43.
- 2 Дашьян В.Г., Ефремова Н.М., Скворцова В.И. Принципы отбора для операции больных с геморрагическим инсультом // IV Съезд нейрохирургов России. Москва, 18-26 июня 2006 г. - С. 258.
- 3 Елфимов А.В., Спирин Н.Н., Макеев В.В. Анализ различных методов лечения гипертензионных внутримозговых гематом // Неврологический вестник. - 2008. - Т. XI. - вып.3. - С. 95-98.
- 4 Крылов В.В., Дашьян В.Г. Выбор метода хирургического лечения гипертензивных гематом // Нейрохирургия. - 2005. - №2. - С. 10-16.
- 5 Крылов В.В., Дашьян В.Г., Парфенов А.Л. Рекомендательный протокол по ведению больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами // Журнал вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. - 2007. - № 2. - С. 3-9.
- 6 Сарибекян А.С. Хирургическое лечение геморрагического инсульта. - М., 2009. - 287 с.
- 7 Скворцова В.И., Крылов В.В. Геморрагический инсульт. - М., 2005. - 160с.
- 8 Fewel M.E. Spontaneous intracerebral hemorrhage: a review // Neurosurg. Focus. 2003 Oct 15(4). - P. 678-684.
- 9 Godoy D.A., Picero G. Predicting mortality in spontaneous intracerebral haemorrhage can odification to original score immrove the prediction // Stroke. - 2006. - Apr; 37(4). - P. 1038-1044.
- 10 Maira G, Anile C, Colosimo C. Surgial treatment of primary supratentorial intracerebral haemorrhage in stuporous and comatouse patient // Neurol. Res. 2002 Jan; 24(1). - 54 - 60.
- 11 Marquardt G, Wolf R. Multiple target aspiration technique of subacute stereotactic aspiration improves long-term outcome in comparison to purely medical treatment // Neurosurg. Rew. Jan; 28(1). P. 64-69.
- 12 Teernsta O.P., Evers S.M., Kessels A.H. Meta analyses in treatment of spontaneous intracerebral haemorrhage //Acta Neurochir. 2006 May; 148(5). - P 521-528.

Г.Т. МАМРАЖАПОВА, К. Б. ЫРЫСОВ

*И.К. Ахунбаев атындағы Кыргыз мемлекеттік медицина академиясы, нейрохирургия кафедрасы.
Бішкек қаласы, Кыргызстан*

ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТПЕН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІНЕ ТАЛДАУ ЖАСАУ

Түйін: Жарақаттық емес миішілік қан құйылумен 362 науқасты емдеу нәтижелеріне талдау жасалды. Жарақаттық емес миішілік қан құйылумен 362 науқастың ішінде путаменталды орналасқан гематома 202 (55,8%) науқаста анықталған. Путаменталды орналасқан геморагиялық инсультпен науқастардың хирургиялық белсенділігі 32,1% құрайды. Сергектік деңгейі Глазго шкаласы (ГШК) бойынша 11-13 балл ота жасалған науқастар арасында летальділік 45%, 10-8 балл - 55,5% құрайды. Ота жасалмаған науқастар арасында сергектік дейгейі ГШК бойынша 11-13 балл летальділік - 14,2%, 8-10 балл - 61,5% құрайды. Талдау путаменталды аймаққа қан құйылумен науқастарда консервативті еммен салыстырғанда оталық емнің тиімсіз екенін көрсетті.

Түйінді сөздер: геморагиялық инсульт, путаменальды қан құйылу, перифокальды ишемия.

G.T. MAMRAJAPOVA, K.B. YRYSOV

Kyrgyz State Medical Academy, Dpt of Neurosurgery. Bishkek, Kyrgyzstan

ANALYSIS OF PUTAMENAL HEMORRHAGIC STROKE MANAGEMENT RESULTS

Resume: The data of 362 clinical charts of patients with hemorrhagic stroke has been analyzed . Putamenal hemorrhage were revealed at 202 (55.8%) persons among 362 patients with hemorrhagic strokes. Surgical activity at patients with putamenal hemorrhage amounted to 32.1%. Lethality was 45% and 55.5% among operated patients with GCS 11-13 and 10-8 scores respectively. Mortality was 14.2% and 61.5% among nonoperated patients with GCS 11-13 and 10-8 scores respectively. Analysis revealed no predominance of surgical treatment at patients with PH comparing with conservative treatment. Puncture methods of PH removal may be advanced among patients with GCS 11 scores and more.

Keywords: hemorrhagic stroke, putamenal hemorrhage, perifocal ischemia.