

УДК 616.831-005.1-089

М.Ю. Бирючков

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Западно-Казахстанский Государственный медицинский Университет им. М. Оспанова, г. Актобе

Инсульт занимает одно из ведущих мест среди причин смертности населения. У каждого 7-го больного с инсультом имеется геморрагический характер апоплексии, летальность от которого составляет 40–50%, а инвалидизация достигает 75%, причем 10% инвалидизированных больных прикованы к постели. Заболевание носит большой социальный характер, поскольку распространено среди трудоспособного населения.

Несмотря на отсутствие до настоящего времени доказанного преимущества хирургического лечения над консервативным, в течение последних трех десятилетий нейрохирургами проводится активный поиск и внедрение в практику новых методов лечения первичных внутримозговых гематом. Внедрение пункционных операций позволяет свести к минимуму дополнительную травматизацию мозга при удалении гематомы, а следовательно, быстро приступить к восстановительному лечению, поскольку больные не нуждаются в длительном нахождении в отделении интенсивной терапии в отличие от пациентов, перенесших открытые операции. Именно пациенты с путаменальными кровоизлияниями имеют наиболее выраженный неврологический дефицит и требуют скорейшего принятия мер по его устранению.

Таким образом, при госпитализации пациентов в специализированные нейрохирургические отделения, правильном отборе больных для операции, использовании в хирургии инсульта малоинвазивных вмешательств и современных технологий послеоперационная летальность не превышает 25%, а время от постановки диагноза до возможности проведения полноценной реабилитационной терапии составляет 1,5–2 недели.

Ключевые слова: геморрагический инсульт, внутримозговая гематома, хирургическое лечение, мозг

Инсульт занимает одно из ведущих мест среди причин смертности населения. У каждого 7-го больного с инсультом имеется геморрагический характер апоплексии, летальность от которого составляет 40–50%, а инвалидизация достигает 75%, причем 10% инвалидизированных больных прикованы к постели. Заболевание носит большой социальный характер, поскольку распространено среди трудоспособного населения [1, 2, 4, 5, 9].

Несмотря на отсутствие до настоящего времени доказанного преимущества хирургического лечения над консервативным, в течение последних трех десятилетий нейрохирургами проводится активный поиск и внедрение в практику новых методов лечения первичных внутримозговых гематом [10, 13, 17].

Наиболее часто встречаются путаменальные кровоизлияния – в 54% случаев. Субкортикальные кровоизлияния обнаруживают у 17% больных, таламические – у 14%, мозжечковые – у 8% и мостовые – у 7% [1, 2, 3].

Основная цель хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом (ГИ) заключается в максимально полном удалении сгустков крови, с минимальным повреждением окружающей паренхимы мозга с целью уменьшения масс-эффекта, увеличения регионального мозгового кровотока, снижения локального и общего внутричерепного давления, уменьшения высвобождения из гематомы нейротоксических веществ [4, 5, 10, 15].

Проведение раннего хирургического лечения больных с ГИ имеет четкие патогенетические предпосылки. Чем раньше выполнена операция, тем лучше результат. Тем не менее известно и о положительном эффекте операций, проведенных даже на 3–4-й неделе после кровоизлияния. Подобная тактика также имеет под собой основу в свете современных знаний о токсическом и воспалительном процессах, связанных с длительным наличием у больного внутримозговой гематомы. Ставится под сомнение лишь необходи-

мость операций в первые 6–12 ч после кровоизлияния, когда наиболее высок риск повторных кровотечений [1, 7, 8, 9, 11].

Хирургическое лечение показано при субкортикальной и путаменальной гематоме объемом более 20–30 см³, сопровождающейся дислокацией мозга и выраженным неврологическим дефицитом; кровоизлиянии в мозжечок объемом более 10–15 см³, приводящем к компрессии IV желудочка и/или окклюзионной гидроцефалии. Обсуждается целесообразность хирургического вмешательства при гематомах таламуса объемом более 10 см³ и гематомах ствола, сопровождающихся грубым неврологическим дефицитом. [2, 3, 8, 10, 15, 16].

Внедрение малоинвазивных методов лечения расширило возможности нейрохирургов, позволило оперировать больных, которым раньше по различным причинам открытую операцию не производили (глубинное расположение кровоизлияния, тяжелое состояние пациента, соматическая патология, высокий риск общего обезболивания и продленная искусственная вентиляция легких и др.). Абсолютным противопоказанием к хирургическому лечению является глубокое угнетение сознания (менее 7 баллов по шкале комы Глазго), относительными – возраст более 70–75 лет, коагулопатия и другие тяжелые сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистая, почечно-печеночная недостаточность, сахарный диабет в стадии декомпенсации). Факторами, обуславливающими неблагоприятный исход в хирургии инсультов, являются максимальный диаметр гематомы – более 5 см или объем более 80 см³, сопровождающиеся развитием комы, наличие массивного вентрикулярного кровоизлияния (более 20 см³), поперечная дислокация мозга более 8 мм, рецидивирующий характер кровоизлияния [1, 3, 16, 17].

Операции по поводу ГИ можно разделить на 2 группы: жизнеспасающие и функциональные. В 1-м случае вмешательство направлено на устранение по-

ражений жизненно важных структур мозга (ствола), во 2-м – функционально важных проводящих путей, например внутренней капсулы. [2,17]

Открытые операции (краниотомия, энцефалотомия) показаны в 3 случаях: при субкортикальных гематомах, при гематомах мозжечка и при путаме-нальных кровоизлияниях, при которых быстро развивается ухудшение состояния – требуется немедленная декомпрессия. У больных с субкортикальными и мозжечковыми гематомами операцию производят только после выполнения церебральной ангиографии и исключения сосудистой мальформации. Открытая операция у них, как правило, не сопровождается значительным операционным повреждением мозга и не приводит к усугублению неврологического дефицита, а кроме того, позволяет производить полноценную ревизию полости гематомы и удаление возможной ангиографически негативной мальформации. [1, 2, 3, 17]

Послеоперационная летальность при открытых операциях у больных с субкортикальными гематомами составляет 16%, с кровоизлияниями в мозжечок – 25%.

У ранее компенсированного больного с путаме-нальной гематомой при быстро нарастающей дислокации ствола открытая операция рассматривается как этап реанимационного пособия и преследует цель спасения жизни. Во всех других случаях риск летального исхода или грубого неврологического дефицита после подобного открытого вмешательства такой же, как при консервативной терапии [6, 7, 11, 12, 14].

Совершенствование малоинвазивных технологий в нейрохирургии позволило проводить операции менее травматичные, чем традиционные открытые вмешательства путем энцефалотомии. К ним относят операции, заключающиеся в пункции гематомы через небольшое трепанационное отверстие и удаление ее одномоментно с применением различных аспираторов или нейроэндоскопа, а также операции с использованием локального фибринолиза кровоизлияния. В последнем случае в гематоме после пункции и аспирации жидкой части оставляют дренаж, через который в течение определенного времени вводят фибринолитик и выводят лизированную кровь. Такие операции в настоящее время получили широкое распространение. Использование нейроэндоскопа позволяет осуществлять удаление гематомы через небольшое отверстие, но под контролем зрения [1, 2, 3, 10, 17].

Таким образом, при госпитализации пациентов в специализированные нейрохирургические отделения, правильном отборе больных для операции, использовании в хирургии инсульта малоинвазивных вмешательств и современных технологий послеоперационная летальность не превышает 25%, а время от постановки диагноза до возможности проведения полноценной реабилитационной терапии составляет 1,5–2 недели [1, 2, 3, 4, 5, 17].

Цель исследования

На основе изучения результатов традиционных и минимально-инвазивных операций по поводу геморрагического инсульта, оптимизировать показания к хирургическому лечению.

Материалы и методы

В нашей клинике прослежены 33 пациентов, оперированных по поводу геморрагического инсульта. Доминировали смешанные (38,4%), латеральные (24,4%), лобарные (16,3%) и медиальные (15,1%) гематомы, осложненные прорывом в желудочковую систему в 41,9%. Средний объем гематомы составил 65,6–4,2 см³. Латеральная дислокация более 5 мм выявлена у 75,6% больных. Летальность составила 14 больных 42,4%. Проведен анализ взаимосвязи тяжести кровоизлияния, способа хирургического лечения и исхода заболевания.

Результаты

Декомпрессивная трепанация черепа выполнена в 28 случаях (85%). Наружная декомпрессия позволила эффективно снизить внутричерепное давление, что способствовало достоверному уменьшению летальности в хирургической группе в течение первой недели после операции. Пациенты, которым была выполнена декомпрессивная трепанация черепа, характеризовались наибольшей тяжестью заболевания. Так максимальный размер гематомы составил 6.0–0.2 см, объем гематомы – 75.6–5.0 см³, смещение срединных структур – 9.6–0.7 мм. Эти факторы наложили отпечаток на исход лечения больных и качество жизни выживших. У выживших больных выраженная и глубокая инвалидизация составила 21%, умеренная – 7%, легкая 12,3% случаев.

Костно-пластическая трепанация не выполнялась. Пункционно-аспирационное удаление гематом использовано в 5 случаях. Пункционно-аспирационное удаление гематом объемом более 65 см³ оказалась неэффективным-все пациенты погибли. Сроки оперативного вмешательства в купе с тяжестью состояния пациента оказали достоверное влияние на 30-суточную выживаемость. Следует отметить, что большинство операций, произведенных в первые сутки, выполнены по факту нарастающего гипертензионно-дислокационного синдрома. При оценке исходов операций в связи со сроками вмешательства и тяжестью состояния пациентов, доля выживших (14–42,4%) при отсроченных операциях оказалась выше, чем при ранних (5–15%). Что позволяет рекомендовать проведение оперативного вмешательства отсрочено после стабилизации при условии отсутствия показаний к экстренным операциям по факту нарастающего дислокационного синдрома.

Несмотря на значительную летальность хирургическое вмешательство, в целом, обеспечило тенденцию к улучшению результатов лечения больных по сравнению с прогнозом исхода консервативного лечения.

Выводы

Определение показаний к операции при геморрагическом инсульте на основании прогноза исхода консервативного лечения с подразделением на витальные и функциональные, обоснованное применением декомпрессивных форм трепанации, а также использования пункционно-аспирационного метода при небольших кровоизлияниях и отсутствия дислокационного синдрома позволит улучшить исходы данной патологии и как следствие прогнозы по дальнейшей реабилитации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Древаль О.Н. Нейрохирургия руководство для врачей. – В 2-х т. – М.: Литтерра, 2012. – 592 с. Том 1.
2. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия: В 2-х т. 2 издание. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 624 стр. Том 1.
3. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия: В 2-х т. 2 издание. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 420 стр. Том 2.
4. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия: учебник +СД. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2007.
5. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Гехт А.Б. Неврология и нейрохирургия: Клинические рекомендации. – М., 2008. – 368 с.
6. Кайшибаев С.К. Неврология. I, 2 часть.(рус) – Алматы, 2003.
7. Пузин М.Н., Степанченко А.В., Турбина Л.Г., Цукинов А.И., Нестеренко Г.М. Нервные болезни. – М., Медицина, 1997.
8. Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. – СПб., Политехника. 2002.
9. Иргер И.Я. Нейрохирургия. – М., Медицина, 1982.
10. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С. Неврология и нейрохирургия. – М., Медицина, 2000. – Стр. 222-230, 234, 396-427.
11. Баркер Р. И. др. Наглядная неврология: учебное пособие /пер. с англ. Под ред. В.И. Скворцовой. – 2-е изд. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006.
12. Михайленко А.А. Клинический практикум по неврологии. – СПб., 2001.
13. Неврологические симптомы, синдромы и болезни. Энциклопедический справочник. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2006.
14. Штульман Д.Р., Левин О.С. Справочник практического врача по неврологии. – М., Советский спорт, 2007.
15. Ермеков Ж.М., Тогандыков Т.Ж. Руководство по нейрохирургии. – Алматы «Гылым», 1998. – Стр. 135-189.
16. Коновалов А.Н. и др. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. – М. «Видар», 1997. – Стр. 9-311.
17. Практическая нейрохирургия / ред. Б.В. Гайдар. – Санкт-Петербург «Гиппократ», 2002. – Стр. 393-492.

ТҮЙІНДЕМЕ**ГЕМОРРАГИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУДЕУДІҢ ӘДІСТЕРІ ЖӘНЕ НӘТИЖЕЛЕРІН БАҒАЛАУ.**

Тұрғындар арасында өлім себептерінің алдыңғы орындарының бірін инсульт алады. Инсультты науқастың әр 7-де геморрагиялық сипаттағы апоплексия өлім-жітімнің 40-50% құрауда, ал мүгедектік 75%, оның ішінде 10% төсекке таңылған мүгедек науқастар. Ауыру жоғары әлеуметтік сипатта еңбекке жарамды тұрғындар арасында көптеп таралған. Қазіргі уақытқа дейін хирургиялық емнің консервативтік емнен артықшылығының дәлелденгендігі болмауына қарамастан, соңғы үш онжылдықтар барысында нейрохирургтер мидың гематомасының бастапқы сатысында емдеудің жаңа әдісін тәжірибеге ендіру және белсенді ізденістер жүргізуде. Пункциялық операцияларды ендіру гематоманы алып тастауда мидың қосымша зақымдалуын тіпті болдырмауға дейін апарды, бұл қалпына келтіре емдеуге тез кірісуге, өйткені

науқастар ашық операция жүргізілгендерге қарағанда қарқынды терапия бөлімінде ұзақ болуды қажет етпейді. Путаменальді қан құйылулары бар пациенттер неғұрлым айқын неврологиялық тапшылыққа ие болады да, оны жоюды тездетіп қолға алғанды талап етеді.

Сонымен, мамандандырылған нейрохирургия бөлімшесіне пациенттерді госпитализациялауда, операцияға науқастарды дұрыс таңдауда, инсульт хирургиясында кішіинвазивті араласуды және заманауи технологияларды қолданғанда операциядан кейінгі өлім-жітім 25% аспайды, ал диагнозды қою мен толық мәніндегі реабилитациялық терапияны жүргізу мүмкіндігі 1,5-2 аптаны құрайды.

Негізгі сөздер: геморрагиялық инсульт, ми ішілік гематома, хирургиялық емдеу, ми.

SUMMARY**SUMMARY OF EVALUATION AND SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHAGIC STROKE.**

Stroke is one of the leading causes of death. Every 7th patient with hemorrhagic stroke is the nature of apoplexy, from which the mortality rate is 40-50%, and disability of 75%, and 10% disabling patients are bedridden. The disease is great social nature, as is common among working-age population.

Despite the absence to date have proved the benefits of surgical treatment over conservative in the past three decades, neurosurgeons conducted an active search for and introduction of new methods of treatment of primary intracerebral hematomas. The introduction of puncture operations to minimize additional trauma of the brain during hematoma removal and, consequently, fast start-up

treatment because patients do not require long periods of time in intensive care, in contrast to patients who underwent open surgery. That is, patients with extravasations have the most pronounced neurological deficit and require prompt action to eliminate it.

Thus, the admission of patients to specialized neurosurgical department, the proper selection of patients for surgery, the use in surgery minimally invasive surgery and a stroke of modern technology postoperative mortality does not exceed 25%, and the time from diagnosis to the possibility of a complete rehabilitation therapy is 1.5-2 weeks.

Key words: hemorrhagic stroke, spontaneous intracerebral hematomas, surgical treatment, brain.