

УДК: 616.714.1-089.874.5

Г.М. Кариев¹, Б.М. Исаков², Ф.Н. Ташланов³, А.Б. Мамадалиев², У.О. Мадаминжонов³

¹ Республиканский научный центр нейрохирургии, г. Ташкент, Узбекистан

² Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

³ Андижанский филиал Республиканского центра экстренной медицинской помощи, г. Андижан, Узбекистан

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Целью данного исследования явился анализ опыта открытого транскортикального удаления нетравматических внутримозговых гематом (НВМГ) в условиях областного стационара экстренной медицинской помощи. Материалом послужил ретроспективный и непосредственный анализ 31 пациента, оперированного по поводу НВМГ в отделении нейрохирургии Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с января 2015 по май 2018 года. В качестве показаний к хирургическому лечению нами учитывались объём гематомы, её локализация, степень оглушения, общее состояние больного, а также наличие сопутствующих патологий. Результаты оценивались как хорошие и удовлетворительные у 27 больных (87,1%), летальный исход в первые 30 суток наблюдался у 4 пациентов (12,9%). Таким образом, при строгом учете показаний и противопоказаний к хирургическому лечению можно добиться улучшения результатов лечения.

Ключевые слова: нетравматические внутримозговые гематомы, микрохирургическое лечение, показания к операции.

Введение.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) входит в тройку самых частых причин летальности наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими патологиями. Геморрагический инсульт являясь, по сути, результатом гипертонической болезни, становится, в большинстве случаев, и конечным этапом данного заболевания. В структуре нарушений мозгового кровообращения нетравматические внутримозговые гематомы (НВМГ) составляют 4-27%. Смертность при геморрагическом инсульте, даже при адекватном лечении, достигает 40-50%, а инвалидизация - 70-80% [1].

Немаловажен и тот факт, что до сих пор, при немалом развитии нейровизуализации и критериев оценки состояния больного, не выявлены чёткие показания к оперативному вмешательству. Некоторыми авторами упор делается на объём кровоизлияния и его локализацию, кто-то оценивает уровень сознания и осложнения НВМГ, большинство специалистов пытается сочетать вышеуказанные критерии [2]. Наибольшую популярность среди нейрохирургов и невропатологов стран постсоветского пространства получила концепция отбора больных, предложенная В.В. Крыловым и В.Г. Дашьяном в 2005 году. По ней критериями отбора явились:

1. Объём гематомы (при лобарной локализации свыше 30 см³, при путаменальной – 20 см³, при медиальной и мозжечковой локализации – 15 см³)
2. Уровень сознания по Шкале комы Глазго (от 6 баллов и выше)
3. Отсутствие тяжелых сопутствующих патологий (сахарный диабет, почечная недостаточность и т.д.)
4. Контролируемая гемодинамика
5. Препятствием к немедленному оперативному вмешательству являлось также то, что объём гематомы в течение 4 суток имеет тенденцию к увеличению почти в два раза (продолжающееся кровотечение), чему способствуют выраженная артериальная гипертензия, наличие анемии, снижение уровня кальция в плазме крови. В дальнейшем течение ОНМК как правило осложнялось отеком мозга, смещением срединных структур, прорывом крови в желудочковую систему, а также острой окклюзионной гидроцефалией (ООГ), с последующим нарушением витальных функций [3].



В данной ситуации перед врачом-нейрохирургом встает нелегкий выбор тактики дальнейшего лечения, что может усугубляться недостаточной материально-технической оснащённостью лечебного учреждения, недостатком опыта или квалификации специалиста [1], что нередко в условиях экстренной медицинской службы, пусть даже и областного значения.

Известно, что основные принципы медикаментозного лечения ОНМК по геморрагическому типу в остром периоде включают наряду с гемостатической терапией, оптимизацией артериального давления, лечением внутричерепной гипертензии –осмотерапией, также и коррекцию уровня глюкозы, температуры тела, профилактику эпилепсии, введение ноотропных и нейропротективных средств [4].

В отношении хирургического лечения предпочтение отдаётся принципу малоинвазивной нейрохирургии: микрохирургические, стереотаксические, эндоскопические операции, пункционно-аспирационный способ с локальным фибринолизом [5]. Выбор хирургической тактики, в принципе, является прерогативой нейрохирурга, который должен исходить из личного опыта и возможностей, а также материально-технической базы ЛПУ [6, 7].

Несмотря на успехи медикаментозного и хирургического лечения, в мировой нейрохирургической практике летальность в остром периоде достигает 30–52% в течение первых 30 суток [3].

Целью данного исследования был анализ результатов открытого транскортикального оперативного лечения больных с НВМГ в условиях областного центра экстренной медицинской помощи.

Материалы и методы исследования.

Аналізу, в том числе ретроспективному, подвергли 163 больных, с диагнозом ОНМК по геморрагическому типу различной локализации, поступивших в отделения неврологии и нейрореанимации Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2015 по 2017 год. 31 пациенту согласно рекомендациям В.В. Крылову было проведено хирургическое лечение. Данный контингент и был отобран в качестве материала нашего исследования. Возраст больных варьировал от 21 до 77 лет. При распределении по полу: мужчин – 24 (77,4%), женщин – 7 (22,6%). При сборе анамнеза выявлено, что 27 больных (87%) страдали гипертонической болезнью, сроком давности от 3 до 20 лет. У 5 (16,1%) пациентов в анамнезе гипертоническая болезнь не наблюдалась, либо максимальное артериальное давление не превышало 140/100 мм. ртутного столба. У данного контингента предполагалось наличие артериальной аневризмы или артериовенозной мальформации.

Всем больным при поступлении был проведён клинико-неврологический осмотр. Уровень нарушения сознания определяли по Шкале комы Глазго (ШКГ). Оценивались общемозговые, очаговые и менингеальные симптомы. Исход заболевания оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ). Из инструментальных методов исследования применялась МСКТ головного мозга при поступлении и в динамике на третьи седьмые сутки после операции. Регулярно исследовалась кровь на общий и биохимический состав, ПТИ и коагулограмму. Проводился мониторинг функции сердечно-сосудистой системы

По уровню нарушения сознания до операции больные распределились следующим образом: ясное сознание — 2 (6,5%) пациента, умеренное оглушение — 10 (32,3,0%), глубокое оглушение — 13 (41,9%), сопор — 4 (12,9%), умеренная кома — 2 (6,5%). Апоплексия отмечалась у 7 (22,6%) пациентов. Течение с постепенным угнетением сознания и нарастанием неврологического дефицита наблюдалось у 3 (9,7%) больных, у 2 пациентов (6,5) заболевание протекало с прогрессированием неврологического дефицита без угнетения сознания.

В аспекте объёма гематомы показаниями к хирургии геморрагических инсультов явились:

- лобарный инсульт (гематома объемом более 30 мл);
- путаменальный и мозжечковый инсульт (гематома более 20 мл).
- смешанный инсульт-гематома объёмом свыше 20 мл

Измерение объёма производилось на томографе или ретроспективно на дисплее томографа по формуле:

$$V=(A*B*C)/2$$

V- объём кровоизлияния,

A – наибольший диаметр гематомы

В – максимальный диаметр перпендикулярный размеру А.

С - число 10 мм срезов, на которых видна гематома. Если на срезе площадь гематомы занимает больше 75%, показатель равен 1, при площади 25-75% показатель равен 0,5, при площади менее 25% данный показатель не учитывался.

Развитие коматозного состояния у больных с геморрагическим инсультом является плохим прогностическим признаком и при длительности комы более 6-12 часов была рекомендована операция.

Этапы операции:

1. Разрез кожи и подкожных структур. С целью препаровки кожи и лучшего отслоения тканей в область разреза предварительно вводилось 30-70 мл изотонического раствора или стерильного раствора фурациллина. В целях локального гемостаза, в некоторых случаях в раствор добавляли 1 мл адреналина или 1%-1 мл атропина. Производился подковообразный, реже дугообразный разрез кожи с формированием кожного лоскута и отведением его к операционной дуге с помощью лигатуры. Рассекался мышечный слой и надкостница, которые отслаивались при помощи распатора и фиксировались аналогично кожному лоскуту.
2. Краниотомия. Производилась классическая резекционная трепанация черепа с наложением фрезевого отверстия и расширением его кусачками в теменно-затылочном направлении до 4-8 см.
3. Удаление гематомы. Под микроскопической ассистенцией крестообразно либо дугообразно вскрывалась твердая мозговая оболочка и пункционной канюлей производилась пункция НМВГ с последующей аспирацией жидкого содержимого хирургическим отсосом [8]. Жидкое содержимое обычно не превышало 30% НМВГ и следующим этапом была энцефалотомия с помощью биполярного коагулятора, хирургического отсоса, шпателей и диссектора. После произведения энцефалотомии, шпателями фиксировалось вещество мозга с целью образования операционного канала. Глубина операционного канала как правило не превышала 30 мм. Далее хирургическим отсосом и окончатый пинцетом производилась эвакуация плотной части гематомы. Щадящим способом, с регулярным отмыванием сгустков раствором фурациллина удалялись сначала пристеночные, затем центрально расположенные сгустки [5]. Гемостаз производился термически – коагулятором, либо химико-механически – компрессией кровоточащих сосудов ватниками или смоченными в растворе перекиси водорода марлевыми салфетками и шариками.
4. Завершение операции. При необходимости полость гематомы дренировалась. Послойно ушивались твердая мозговая оболочка, подкожные структуры, кожа. Накладывалась асептическая повязка.

Важным в послеоперационном периоде является профилактика повторных кровоизлияний в ложе удаленной гематомы, которая в нашем случае наблюдалась у 1 пациента.

Результаты и их обсуждение: С использованием микронеурохирургической и оптической техники проведено 31 удаление внутримозговых инсульт гематом. В одном случае наблюдался рецидив кровоизлияния на третьи сутки. Объем удалённых НМВГ составил от 20 до 90 мм³. В раннем послеоперационном периоде больным проводилась соответствующая гемостатическая, противоотечная, ноотропная терапия с постоянным мониторингом артериального давления. В дальнейшем больные были направлены на восстановление утраченных функций и реабилитацию. Хорошие результаты получены у 6 больных (19,4%), удовлетворительные у 21 больного (67,7%) и летальный исход на 21 сутки наблюдался у 4 больных (12,9%). Следует отметить, что хорошие и удовлетворительные результаты были получены у больных строго отсеченных согласно критериям отбора

Выводы:

По нашему мнению, хирургическое лечение должно быть рекомендовано больным с геморрагическим инсультом, с уровнем бодрствования до сопора, без тяжелой соматической патологии.

Хирургическое лечение пациентов с геморрагическим инсультом, находящихся в коме или сопорозном состоянии, малоэффективно, и сопровождается высокой летальностью - до 66,6%.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Пирадов М.А. Геморрагический инсульт: новые подходы к диагностике и лечению // Атмосфера. Нервные болезни №1. – Москва, 2005 – С. 17-19.
2. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия – Руководство для врачей. - М: «Медицина», 2000. – С. 50-530.
3. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С. Неврология и нейрохирургия // Неврология и нейрохирургия: Учебник. – М: «Медицина», 2005. – С. 280-283.
4. Lechechka M., Laakso A., Hernisniemi J. Helsinki microneurosurgery basics and tricks // Druckerei Hohl GmbH & Co. KG, 2011. - P. 113-123
5. Sander Connolly Jr E., Meyer F.B., Spetzler R.F. Youmans neurological surgery // PA: Elsevier Saunders, 2011. – P.3706-3729.
6. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Буров С.А. Хирургия гипертензивных внутримозговых гематом // Геморрагический инсульт; под ред. В.И. Скворцовой, В.В. Крылова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - С.77–98.
7. Дзенис Ю.Л. Микрохирургическое удаление нетравматических внутримозговых гематом полушарий головного мозга // Украинский нейрохирургический журнал. – 2014. - №2. - С.48-54.
8. Campbell W.W. The neurological examination // Dejong's neurological examination. – PA: Lippincott Williams and Wilkins. - P. 720-726.

ТҮЙІНДЕМЕ

Г.М. Кариев¹, Б.М. Исаков², Ф.Н. Ташланов³, А.Б. Мамадалиев², У.О. Мадаминжонов³

¹ Республикалық ғылыми нейрохирургия орталығы, Ташкент қ., Өзбекстан

² Андижан мемлекеттік медицина институты, Андижан қ., Өзбекстан

³ Республикалық жедел медициналық көмек орталығының Андижандық филиалы, Андижан қ., Өзбекстан

АНДИЖАН ОБЛЫСЫНЫҢ ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК ҚЫЗМЕТІНІҢ ЖАРАҚАТТЫҚ ЕМЕС МИШІЛІК ГЕМАТОМАЛАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Бұл зерттеудің мақсаты облыстық жедел медициналық көмек ауруханасының жарақаттық емес мишілік гематомаларды (ЖЕМІГ) ашық транскортикалдық алып тастау тәжірибесін талдау болып табылады. Зерттеу материалы ретінде 2015 жылдың қаңтарынан бастап 2018 жылдың мамыр айына дейін Республикалық жедел медициналық көмек орталығының Андижандық филиалындағы нейрохирургия бөлімшесінде ЖЕМІГ бойынша ота жасалған 31 науқасқа жүргізілген ретроспективті және тікелей талдау қолданылды. Хирургиялық емге көрсетім ретінде гематома көлемі, оның орналасуы, қатандану деңгейі, науқастың жалпы жағдайы, сондай-ақ қосалқы аурулардың болуы ескерілді. 27 науқастың (87,1%) нәтижелері жақсы және қанағаттанарлық деп бағаланды, алғашқы 30 күнде өліммен аяқталу 4 науқаста (12,9%) тіркелді. Осылайша, хирургиялық емдеуге деген нұсқаулар мен қарсы көрсетімдерді қатаң ескерген жағдайда, емнің нәтижелерін жақсартуға қол жеткізуге болады.

Негізгі сөздер: жарақаттық емес мишілік гематомалар, микрохирургиялық ем, ота жасауға көрсетім.



SUMMARY

G.M. Kariev¹, B.M. Isakov², F.N. Tashlanov³, A.B. Mamadaliyev²,
U.O. Madaminzhonov³

¹ Republican Research Center of Neurosurgery, Tashkent, Uzbekistan

² Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

³ Andijan branch of Republican Emergency Care Center, Andijan, Uzbekistan

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF NON-TRAUMATIC INTRACEREBRAL HEMATOMAS IN CONDITIONS OF EMERGENCY MEDICAL SERVICE OF ANDIJAN AREA

The purpose of this study was to analyze the experience of open transcortical removal of non-traumatic intracerebral hematomas in the conditions of the regional hospital for emergency medical care. The material was a retrospective and immediate analysis of 31 patients operated on for non-traumatic intracerebral hematomas in the department of neurosurgery of the Andijan branch of the Republican Scientific center of emergency medicine in the period from January 2015 to May 2018. As indications for surgical treatment, we took into account the volume of the hematoma, its localization, the degree of stunning, the general condition of the patient, and the presence of concomitant pathologies. The results were evaluated as good and satisfactory in 27 patients (87.1%), lethal outcome in the first 30 days was observed in 4 patients (12.9%) and thus, with strict consideration of indications and contraindications for surgical treatment, it is possible to achieve improved treatment results.

Keywords: non-traumatic intracerebral hematomas, microsurgical treatment, indications for surgery.