

ДИНАМИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТНЫХ ГЕМАТОМАХ

БАШ МЭЭНИН ГЕМОРРАГИЯЛЫК КАН КУЮЛУУЛАРЫН ДАРЫЛООНУН ДИНАМИКАСЫ ЖАНА НАТЫЙЖАЛАРЫ

DYNAMICS AND MANAGEMENT RESULTS IN HEMORRHAGIC STROKE HEMATOMAS

Аннотация: Представлен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 140 больных с геморрагическим инсультом с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями в полушария большого мозга (мужчин 82, женщин 58). Хирургическое лечение показано при нетравматических супратенториальных внутримозговых кровоизлияниях лобарной и латеральной локализации объемом более 40 см³ и смешанных - более 30 см³.

Аннотация: Гипертензивдик мээ кан куюлуусу менен жабыркаган 140 бейтапты (эркектер - 82, аялдар - 58) хирургиялык дарылоонун натыйжаларына сереп жасалган. Жарааттык эмес супратенториалдык мээ ичиндеги кан куюлууларда лобардык жана латералдык жайгашууда көлөмү 40 см³, ал эми аралаш түрүндө 30 см³ ден ашык болсо хирургиялык дарылоо көрсөтүлгөн.

Abstract: Retrospective analysis of 140 cases (male - 82, female - 58) with hypertensive intracerebral hemorrhage underwent surgical management was presented. Surgical treatment for non-traumatic supratentorial intracerebral bleeding indicated in lobar and lateral locations more than 40 cm³ and in miscellaneous locations more than 30 cm³.

Ключевые слова: геморрагический инсульт, внутримозговая гематома, хирургическое лечение, исходы.

Түйүндүү сөздөр: геморрагиялык инсульт, мээ ичиндеги гематома, хирургиялык дарылоо, акыбет.

Key words: hemorrhagic stroke, intracerebral hematoma, surgical management, outcome.

Актуальность. Лечение нетравматических внутримозговых кровоизлияний у больных с геморрагическим инсультом в связи с большой их частотой, высокой летальностью и инвалидизацией больных является актуальной медицинской и важной социальной задачей. Среди всех кровоизлияний в мозг наибольшую частоту (до 80%) составляют кровоизлияния супратенториальной локализации [1-5].

Различные аспекты хирургического лечения нетравматических супратенториальных внутримозговых кровоизлияний представлены во многих отечественных и зарубежных исследованиях [6-10].

Предупреждение повторных кровоизлияний, составляющих наибольшую частоту (более 50%) в структуре летальных исходов как при открытом, так и при стереотаксическом методах, с помощью хирургических технических приемов не обеспечивает снижения частоты этого осложнения. Устранение внутрочерепной гипертензии путем вентрикулярного дренирования, используемое сравнительно широко при травматических поражениях мозга и субарахноидальных кровоизлияниях, не получила достаточного обоснования для применения при внутримозговых кровоизлияниях нетравматического генеза [11-15].

Материал и методы. Работа включает в себя результаты анализа данных комплекса клинических, диагностических обследований и лечения 140 больных с геморрагическим инсультом с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями в полушария большого мозга (мужчин 82, женщин 58). Группу хирургического лечения составили 59 больных. Открытое удаление внутримозговых гематом произведено 30 больным (17 мужчин и 13 женщин). Вторую группу составили 29 больных, которым было произведено пункционное удаление внутримозговых гематом (19 мужчины и 10 женщины). Третью группу составили

больные, у которых проводилось консервативное лечение. В этой группе был 81 больной (мужчин 42, женщин 39).

В числе всех наблюдений возрастную группу 20-39 лет составили 10,7% больных, от 40 до 59 лет - 20,7%, от 60 до 79 лет - 26,4%, от 80 лет и старше - 42,1%. В 125 (89,2%) случаях кровоизлияния были гипертензивными, а остальные были обусловлены артериальными аневризмами (8 - 5,7%) и артериовенозными мальформациями (5 - 3,8%), а в 2 наблюдениях этиологический фактор остался неизвестным.

При неврологическом исследовании у большинства больных выявлялась стволовая симптоматика, свидетельствующая о воздействии патологического очага на структуры среднего мозга. Симптомокомплексы определялись в различных сочетаниях и включали четверохолмные симптомы, нарушения мышечного тонуса, патологические симптомы, нарушения функции витальных органов. В наших наблюдениях вторичный стволовый синдром (ВСС) различной степени выраженности определялся в 49 (60,3%) случаях в группе консервативного лечения, в 23 (76,7%) открытого удаления и в 28 (96,5%) случаях пунксионного удаления.

Динамика и результаты лечения. Сопоставление методов лечения (открытого удаления, пунксионного удаления и консервативного лечения) произведено в послеоперационном и раннем восстановительном периодах по динамике ряда показателей (шкалы ком Глазго, объема поражения, смещения срединных структур головного мозга, деформации ствола мозга и восстановление движений пораженных конечностей). Сравнение этих показателей в различные сроки и статистическое сопоставление их в различных группах лечения позволили выявить некоторые закономерности, характерные для того или иного вида лечения.

Необходимо отметить, что у выживших больных групп хирургического лечения чаще встречались гематомы, превышающие 40 см³, в то время как в группе консервативного лечения преобладали гематомы объемом до 20 см³. Так среди выживших больных группы с лобарными гематомами у 33 (80,3%) больных гематомы были объемом до 20 см³ и у остальных - от 21 до 40 см³. Другое соотношение по объемам было у больных группы открытого удаления - в 70,4% наблюдений гематомы были объемом более 40 см³ и у остальных до 40 см³. В группе выживших больных с глубокими латеральными и смешанными гематомами, лечившихся методом пунксионного удаления, несколько чаще встречались гематомы объемом более 40 см³ (58%), чем при открытом удалении глубоких латеральных гематом (46,7%). В то же время у больных группы консервативного лечения все глубокие (кроме медиальных) гематомы были менее 40 см³, причем в 84,6% до 20 см³.

При лобарных гематомах сравнивались группы открытого удаления (30 больных) и консервативного лечения (11 больных). По исходному среднему показателю шкалы ком Глазго больные группы открытого удаления были тяжелее, чем в группе консервативного лечения, однако этот параметр быстрее нарастал у больных группы открытого удаления и выравнивался с показателями группы консервативного лечения на 4-5 сутки после операции (поступления). При сравнении объема поражения, деформации ствола мозга до и после открытого удаления гематом выявлено одинаково часто увеличение и уменьшение этих изменений, а то время как при консервативном лечении во всех случаях обнаруживалось увеличение объема поражения в течение 3-х недель после операции. Смещение срединных структур головного мозга у больных группы открытого удаления в большинстве случаев в течение 1-3 суток после операции соответствовало исходному, а у больных группы консервативного лечения этот показатель не менялся в течение всего срока оценки (3-х недель).

Изучение динамики индекса социальной адаптации Бартела в группах ОУ и ПУ в сравнении с группой КЛ показало (рис. 4.2), что тенденция к хорошему восстановлению функций самообслуживания отмечена во всех трех группах пациентов. Но ни одна из контрольных точек не достигла уровня достоверности. Результаты группы пациентов КЛ на 20-сутки заболевания оказались близкими к уровню достоверности в сравнении с группой

ОУ. Статистически значимые различия между этими группами не получены.

Деформация ствола мозга в группе открытого удаления также уменьшалась, причем с первых суток после операции у 25 больных и только в 2 наблюдениях с начала 3-й недели, в то время как в группе консервативного лечения деформации ствола мозга превышала исходные значения в первые 2 недели наблюдения и возвращалась к исходным значениям на 3-й неделе.

Заметное превышение темпа восстановления движений в пораженных конечностях отмечено при открытом удалении гематом по сравнению с консервативным лечением. Так если исходные значения этого показателя не отличались, то на 6-й неделе наблюдения степень пареза у больных группы открытого удаления была значительно меньше, чем при консервативном лечении. К концу 3-го месяца наблюдения навыки ходьбы полностью восстановились после открытого удаления у 10 из 27 больных и после консервативного лечения - у 3 из 13.

Среди выживших больных с латеральными гематомами, у которых проведено сравнение в динамике, были 15 из группы открытого удаления, 35 - пункционного удаления и 20 - консервативного лечения. Исходное состояние больных по показателю шкалы ком Глазго в группе пункционного удаления было наиболее тяжелым по сравнению с открытым удалением и, особенно с консервативным лечением. Однако у больных группы пункционного удаления уровень бодрствования на 1-3 сутки быстро возрастал, в группе консервативного лечения оставался на прежнем уровне, а в группе открытого удаления снижался. Начиная с 3-4 суток уровень бодрствования возрастал во всех группах, однако темп его был значительно выше при пункционном удалении, несколько ниже при открытом удалении гематом и значительно ниже при консервативном лечении. К концу 2-й недели наблюдения уровень бодрствования во всех группах приближался к норме.

Статистически достоверные данные получены при сравнении динамики объема поражения у больных групп открытого и пункционного удаления. Так если в группе пункционного удаления у всех больных этот показатель уменьшался или оставался на прежнем уровне, то в группе открытого удаления он чаще увеличивался и реже оставался на прежнем уровне. В группе же консервативного лечения этот показатель оставался увеличенным в течение 3-х недель наблюдения. Такие же статистически достоверные закономерности выявлены в сроки 1-3, 4-7, 8-14 сутки после операции при сравнении групп открытого и пункционного удаления по показателям смещения срединных структур головного мозга и деформации ствола мозга. В то же время при консервативном лечении эти показатели нарастали или оставались на прежнем уровне в те же сроки оценки. При сравнении показателя динамики пареза было установлено, что если исходные нарушения при пункционном удалении превышали нарушения у больных группы открытого удаления и особенно консервативного лечения, то вследствие более высокого темпа восстановления степень пареза к концу 2-го месяца в группе пункционного удаления выравнивалась с группой консервативного лечения и превышала группу открытого удаления. К концу 3-го месяца наблюдения навыки ходьбы у больных группы пункционного удаления были достоверно выше, чем после открытого удаления и несколько лучше, чем при консервативном лечении.

Со смешанными гематомами выжили 15 больных группы пункционного удаления и 8 - консервативного лечения. Уровень бодрствования, имевший более низкие показатели в группе пункционного удаления по сравнению с консервативным лечением, выравнивался на 3-и сутки наблюдения и в последующие сутки темп восстановления этого показателя был одинаковым. Показатели объема поражения, смещения срединных структур головного мозга, деформации ствола мозга при пункционном удалении гематом в целом на 1-3 сутки после операции уменьшались или оставались на прежнем, дооперационном уровне, а с 4-7 суток уменьшались у всех больных. В то же время при консервативном лечении эти показатели оставались увеличенными на протяжении 3-х недель наблюдения. Исходные нарушения движений также были выражены у больных группы пункционного удаления, однако темп их

восстановления был существенно выше, чем при консервативном лечении и к концу 6-й недели лечения уровни пареза выравнивались. К концу 3-го месяца наблюдения в группе пункционного удаления чаще встречались более легкие степени нарушения навыков ходьбы, чем у больных группы консервативного лечения.

С медиальными гематомами выжили 9 больных группы консервативного лечения и 2 больных, которым производилось вентрикулярное дренирование. По уровню бодрствования выжившие больные группы консервативного лечения с медиальными гематомами превосходили больных с латеральными, смешанными гематомами и приравнивались к уровню бодрствования больных с лобарными гематомами. Однако темп восстановления этого показателя был медленнее, чем при латеральной, смешанной и особенно лобарной локализации гематом. Из 3 больных, имевших контрольные исследования, произведенные в динамике, у 2 выявлено нарастание объема поражения, смещения срединных структур головного мозга, деформации ствола мозга в сроки до 2-х недель и уменьшение значений этих параметров на 3-й неделе наблюдения. Движения в конечностях у этих больных восстанавливались постепенно и к концу 3-го месяца у половины больных оставались выраженные нарушения навыков ходьбы, у 4-х - легкие нарушения и только один больной не имел нарушений.

У одного из выживших больных после вентрикулярного дренирования была гематома таламо-капсулярной локализации и у второй больной кровоизлияние распространялось на средний мозг. У первого больного, находившегося в крайне тяжелом состоянии при уровне бодрствования 3 балла, сознание восстанавливалось до нормы только к концу 4-й недели наблюдения и у второй больной при исходном уровне бодрствования 6 баллов, полное восстановление сознания наступило на 3-й неделе наблюдения. У обоих этих больных показатели объема поражения, смещения срединных структур головного мозга, деформации ствола мозга начали уменьшаться к концу 3-й недели. У первого больного некоторое восстановление движений в конечностях началось только через 3 месяца после инсульта, однако возможности передвижения он не приобрел и в отдаленном (через 1 год и более) периоде наблюдения. У второй больной движения в конечностях начали восстанавливаться через полтора месяца после инсульта и через 3 месяца она стала передвигаться с опорой на палку. В отдаленном периоде эта больная имела возможность обслуживать себя.

В отдаленные сроки наблюдения (через один год после инсульта) сравнительная оценка по видам лечения, произведенная по показателям уровня навыков ходьбы, позволила выявить, что при открытом удалении и консервативном лечении лобарных гематом статистически достоверной разницы восстановления этих навыков нет, при латеральных гематомах восстановление после пункционного удаления превосходит результаты открытого удаления и консервативного лечения, а последние два способа между собой по результатам не различались. При смешанных гематомах результаты были несколько лучше при пункционном удалении по сравнению с консервативным лечением. Из 10 больных с медиальными гематомами у 4 оставались выраженные, у 5 легкие нарушения навыков ходьбы и у одного больного наступило полное выздоровление.

Сопоставление уровня восстановления трудовых и бытовых навыков через один год после инсульта у оперированных и неоперированных больных в зависимости от стороны расположения гематомы (левое и правое полушарие) не выявило статистически значимой разницы в уровнях этих показателей.

Итак, через один год после инсульта из 25 больных с лобарными гематомами, у которых производилось открытое удаление гематом, у 3 наступило полное выздоровление, и они вернулись к работе, у 16 оставались легкие (степени 1-2) и у 6 выраженные (степени 3-4) нарушения трудовых и бытовых навыков. Из 13 больных после консервативного лечения один вернулся к работе, у 5 оставались легкие, у 8 выраженные нарушения навыков и один больной нуждался в посторонней помощи.

Из 14 больных с латеральными гематомами, у которых производилось открытое удаление гематом ни один не вернулся к работе, у 2 оставались легкие, у 11 - выраженные

нарушения и один нуждался в помощи. После пункционного удаления латеральных гематом из 35 больных полное выздоровление наступило у 4, имели легкие нарушения 13 и выраженные нарушения - 18 больных. В группе консервативного лечения из 19 больных 2 вернулись к работе, у 6 определялись легкие и у 1 выраженные нарушения. Из 19 больных со смешанными гематомами ни один больной полностью не восстановился. После пункционного удаления этих гематом из 15 больных легкие нарушения удерживались у 4 и выраженные у 11 и после консервативного лечения - у 2 легкие и у 2 выраженные нарушения трудовых и бытовых навыков.

Нарушения сознания, а также перифокальные изменения, деформация ствола и смещение прозрачной перегородки (по данным КТ/МРТ) в целом уменьшаются в более высоком темпе у оперированных больных, несмотря на более выраженные исходные нарушения по сравнению с неоперированными больными. При лобарных гематомах регресс этих нарушений более быстрый при открытом удалении гематом, чем при консервативном лечении. После пункционного удаления глубоких гематом уменьшение перифокальных изменений, деформации ствола и смещения прозрачной перегородки заметно опережает уменьшение этих показателей при сравнении с открытым удалением, и особенно, с консервативным лечением.

Повторные кровоизлияния встречаются в 3 раза чаще при удалении гематом путем ограниченной краниотомии и трепанации по сравнению с костнопластической трепанацией. Кроме того, при краниотомии, выполняемой без ушивания твердой мозговой оболочки, формируется очаг инфаркта мозга вследствие пролапса его в отверстия оболочки и черепа.

Заключение. Хирургическое лечение глубоких гематом открытым способом ограничено возможностью удаления гематом латеральной локализации, однако такие операции по данным исследования сопровождаются значительной летальностью. Удаление гематом смешанной и особенно медиальной локализации этим способом следует считать непоказанным вследствие глубокого их расположения и травматичности операции.

С целью предупреждения повторных кровоизлияний показана установка баллона в полости гематомы при обоих способах хирургического лечения, особенно при операциях, выполняемых в первые сутки после инсульта.

Литература:

1. Крылов, В. В. Хирургия геморрагического инсульта [Текст] / В. В. Крылов, Г. Дашьян // Тезисы докладов, каталог участников выставки. Здоровье столицы. VII Московская ассамблея. - М., 2008. - С. 157.
2. Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Джамгырчиева А.А. Геморрагические инсульты (Учебно-методическое пособие). – Бишкек: Алтын тамга, 2009. – 26с.
3. Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мамытова Э.М. Нейрохирургические проблемы очаговых поражений головного мозга. – Бишкек: Алтын тамга, 2010. – 190с.
4. Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Турганбаев Б.Ж. Дифференцированный подход в хирургическом лечении геморрагического инсульта // Российский нейрохирургический журнал им. А. Л. Поленова, 2013. – Том V. – С.48-51.
5. Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Уматалиев Р.А. Нейрохирургические аспекты сосудистых заболеваний головного мозга (Учебно-методическое пособие под ред. акад. М. М. Мамытова). – Бишкек: Алтын Тамга, 2013. – С.68.
6. Хирургия геморрагического инсульта [Текст] / В. В. Крылов, В. Г. Дашьян, С. А. Буров, С. С. Петриков. - М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2012. – С.336.
7. Ырысов К.Б., Джамгырчиева А.А., Турганбаев Б.Ж. Значение прогностических критериев в лечении больных с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2010. - №2. – С. 56-59.
8. Ырысов К.Б., Джамгырчиева А.А., Турганбаев Б.Ж. Критерии прогноза у больных с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2010. - №2. – С. 53-56.

9. Ырысов К.Б., Каримов С.К. Прогностические критерии при гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева, 2013. – Том 1. – С.16-19.
10. Ырысов, К.Б. Дифференцированное хирургическое лечение нетравматических супратенториальных внутримозговых гематом [Текст] / К.Б. Ырысов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2017. - №1. – С.105-110.
11. Ырысов, К.Б. Прогностические критерии исхода при гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях [Текст] / К.Б. Ырысов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2015. - №1(1). – С.99-102.
12. Эсенбаев, Э.И. Дифференцированная тактика в лечении геморрагического инсульта [Текст] / Э.И. Эсенбаев, К.Б. Ырысов // Медицина Кыргызстана, 2018. - №4. – С.95-99.
13. Thalamic hemorrhage. A prospective study of 100 patients / E. Kuniral et al. // Stroke. - 2015. - Vol 26. N 6. - P. 964-970.
14. Treatment of spontaneous intracerebral hemorrhage - operative or conservative? / K. Deianang et al. // Radiologie, 2016. - Vol. 29, N 9. - P. 423 426.
15. Yoshinaga S. Sequential changes of cerebral blood flow in hypertensive putaminal hemorrhages // No Shinkei Geka. - 2017. - Vol. 22, N3. - P. 223-229.