

## ЗНАЧЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ВНУТРИМОЗГОВЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ.

**К.Б. Ырысов, А.А. Джамгырчиева, Б.Ж. Турганбаев.**

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

На основе ретроспективного анализа 249 случаев гипертензивных внутримозговых кровоизлияний изучена достоверность ICH шкалы при прогнозировании исхода заболевания с помощью шкалы Ком Глазго. Сравнительный анализ полученных данных показал, что увеличение балльной оценки по ICH шкалы прямо коррелировало с ухудшением исхода заболевания. Также проведен сравнительный анализ результатов хирургических и консервативных методов лечения в данной популяции больных. Полученные данные показали, что больных 0 баллов по оценке ICH шкалы следует лечить консервативным методом, больным с ICH 1 и 2 баллами необходимо решить вопрос об экстренном оперативном удалении инсульт-гематомы в раннем периоде заболевания.

**Ключевые слова:** внутримозговое кровоизлияние, хирургия, консервативное лечение, прогноз.

## THE VALUE OF PROGNOSIS CRITERIAS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH HYPERTENSIVE INTRACEREBRAL HEMORRHAGE.

**Keneshbek Yrysov, Anara Djamghyrcieva, Bakytbek Turganbaev.**

*Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev, department of Neurosurgery. Bishkek, Kyrgyz Republic.*

On the basis of retrospective analysis of 249 cases with hypertensive intracerebral hemorrhage, trustworthiness of ICH Score in the prognosis of disease outcome was tested using Glasgow Outcome Scale. Comparative analysis of data showed that increasing marks by ICH Score was correlating with worsening of disease outcome. Also comparative analysis of results of the surgery and conservative treatment methods is conducted. The data showed that patients with 0 point marked by ICH Score should be treated using conservative method, for patients with ICH 1 and 2 points necessary urgent surgery for extracting intracerebral hemorrhage in the early period of the disease.

**Key words:** intracerebral hemorrhage, surgery, conservative treatment, prognosis.

## БАШ МЭЭНИН ГИПЕРТЕНЗИВДИК КАН КУЮЛУУСУН ДАРЫЛООДОГУ ПРОГНОСТИКАЛЫК БЕЛГИЛЕРДИН МААНИСИ.

**К.Б. Ырысов, А.А. Жамгырчиева, Б.Ж. Турганбаев.**

*И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы, нейрохирургия кафедрасы. Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.*

Гипертензивдик мээ кан куюлуусу менен жабыркаган 249 бейтапты даарылоонун негизинде жана Глазго акыбет шкаласынын жардамы менен прогнозду аныктоодогу ICH шкаласынын баалуулугу изилденген. Салыштыруу аркылуу ICH шкаласындагы баллдын жогорулашы оорунун күчөөсү менен түз корреляцияда экендиги аныкталган. Ошондой эле даарылоонун хирургиялык жана консервативдик жолдорунун жыйынтыктары салыштырылып көрсөтүлгөн. ICH шкаласынын негизинде 0 баллдагы бейтаптар консервативдик жол менен, ал эми ICH шкаласы боюнча 1 же 2 баллдагы бейтаптар оперативдик инсульт-гематомасын алып салуу аркылуу даарылануу зарылдыгы далилденген.

**Ачкыч сөздөр:** мээге кан куюлуу, хирургия, консервативдик даарылоо, прогноз.

**Введение.** Гипертензивное внутримозговое кровоизлияние (ГВМК) составляет 4-14% всех инсультов и сопровождается высокой летальностью [1-11]. После перенесенного ГВМК у 32-50% больных отмечается летальный исход в течение первого месяца. Только 20 % больных после шести месяцев от начала заболевания излечиваются и возвращаются к прежнему образу жизни [4,5]. Имеются несколько клинических и рентгенологических, прогностически неблагоприятных факторов ГВМК. К ним относятся: возраст больного, уровень сознания, артериальная гипертензия, объем и локализация гематомы, объем перифокального отека, смешение срединных структур по данным первичной компьютерной томографии (КТ) и прорыв крови в желудочковую систему головного мозга [4,5]. Однако исследования по определению прогностически значимых факторов исходов при ГВМК встречаются в литературе редко [4]. Несмотря на достигнутые успехи в лечении ишемического инсульта и субарахноидального кровоизлияния, выбор терапии при ГВМК остается спорным. Изучение результатов хирургического и консервативного методов лечения ГВМК не показало четких преимуществ того или иного метода [3, 6-8]. Не решенным остается вопрос своевременного определения показаний к оперативному удалению инсульт-гематомы.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение доступных клиницисту прогностических факторов для определения тактики лечения и показаний к хирургическому вмешательству у больных с ГВМК.

**Материалы и методы.** Исследование основано на ретроспективном анализе исхода заболевания у больных с ГВМК, находившихся на лечении в период с 2003г. по 2008г., с помощью шкалы исходов Глазго (ШИГ).

По данным анализа историй, только в 249 случаях имела место возможность полной оценки ИСН шкалы. В изучаемой группе больных мужчин было 150, женщин - 99. Возраст больных колебался от 15 до 84 лет (средний возраст - 59,6 лет). Больные возрастом старше 80 лет - 9 (3,6%). По данным неврологического осмотра при поступлении больных, произведена оценка угнетения уровня сознания по шкале ком Глазго (ШКГ): 3-4 баллов - у 98 (39,3%) больных, 5-12 баллов - у 111 (44,6%) и только у 40 (16,1%) больных - 3-4 балла. Для вычисления объема гематомы исполь-

зована специальная программа - VOI measurement на компьютерном томографе по данным первичного КТ исследования головного мозга. Область локализации инсульт-гематомы, а также наличие прорыва крови в желудочки мозга также определены по данным первичного КТ исследования головного мозга.

Средний объем инсульт-гематомы в популяции больных составлял 31,8 см<sup>3</sup>. У 84 (33,8%) больных объем гематомы оказался больше 30 см<sup>3</sup>. В 89 (35,7%) случаях имел место прорыв крови в желудочки мозга. В 17 (6,9%) случаях гематома локализовалась субтенториально. 63 (25,3%) больным произведены оперативные вмешательства: в 50 случаях удаление инсульт-гематомы традиционным трансцеребральным методом и в 7 случаях дренирование желудочковой системы головного мозга. Общая летальность составляла 17,8%.

В группе больных с ИСН 0 баллов - 4 (80,0%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации и 1 (20,0%) больному установлен длительный наружный дренаж по Арндту через передний рог правого бокового желудочка, в связи с имеющейся окклюзионной гидроцефалией. Во всех случаях объем инсульт-гематомы, по данным КТ исследования, оказался менее 30,0 см<sup>3</sup>. При этом следует отметить, что отбор больных для проведения оперативного вмешательства не основался на определенных стандартах, а определялся по индивидуальным показаниям, с учетом объективных и субъективных показателей.

Сравнительный анализ результатов показал, что исход заболевания при консервативном лечении у больных с ИСН 0 баллов значительно благоприятнее, чем после хирургического вмешательства.

В группе больных с ИСН 1 балл, 16 (88,8%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы и 2 (11,2%) больным наружное дренирование по Арндту. А в группе больных с ИСН 2 балл 16 (100%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации. В результате сравнительного анализа результатов выяснено, что после оперативного удаления инсульт-гематомы благоприятный исход превалировал в отношении исхода у больных, пролеченных консервативно. В группе больных с ИСН 3 балла, 14 (82,3%) больным произведено опера-

тивное удаление инсульт-гематом разной локализации и 3 (17,7%) больным установлен длительный наружный дренаж по Арндту. В группе больных с ИСН 3 балл, исход заболевания оказался неблагоприятным и при консервативном лечении, и после удаления инсульт-гематомы.

Больные в группе с ИСН 4 балл, пролечены только консервативным методом, в связи с чем, провести сравнительный анализ результатов лечения консервативных и оперативных методов не удалось.

В популяции больных с ГВМК встретился только 1 больной с ИСН 5 баллов, которому проведено наружное дренирование боковых желудочков через передние рога по Арндту. В данном случае исход оказался летальным. В исследуемой популяции больные с ИСН 6 баллов не отмечались. В случаях с ИСН 5 и 6 баллов провести оценку результатов лечения не представлялось возможным, из-за недостаточного количества больных в исследуемых группах.

ИСН шкала действительно является простой, доступной для практикующего врача и достоверной при прогнозе исхода заболевания и лечения ГВМК.

Больных с 0 баллов по оценке ИСН шкалы следует лечить консервативным методом. Исключением является случаи окклюзионной гидроцефалии, при которых необходимо дренирование желудочковой системы головного мозга.

У больных ИСН 1 и 2 баллами необходимо решить вопрос об экстренном оперативном удалении инсульт-гематомы в раннем периоде заболевания, не допуская ухудшения общего и неврологического статуса больного.

Больным с ИСН 3 балла, следует рассмотреть эффективность применения новых малоинвазивных оперативных методов удаления инсульт-гематом. (КТ или УЗД навигационное дренирование гематомы с локальным фибринолизом, нейроэндоскопическое удаление гематомы и т.д.).

**Выводы:** ИСН шкала действительно является простой, доступной для практикующего врача и достоверной при прогнозе исхода заболевания и лечения ГВМК.

Больных с 0 баллов по оценке ИСН шкалы следует лечить консервативным методом. Исключением является случаи окклюзионной гидроцефалии, при которых необходимо дренирование желудочковой системы головного мозга.

У больных ИСН 1 и 2 баллами необходимо решить вопрос об экстренном оперативном удалении инсульт-гематомы в раннем периоде заболевания, не допуская ухудшения общего и неврологического статуса больного.

Больным с ИСН 3 балла, следует рассмотреть эффективность применения новых малоинвазивных оперативных методов удаления инсульт-гематом (КТ или УЗД навигационное дренирование гематомы с локальным фибринолизом, нейроэндоскопическое удаление гематомы и т.д.).

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Крылов В.В. Опыт хирургического лечения инсультов в крупном промышленном городе. - Москва, 2000. - 30с.

2. Лебедев В.В., Быковников Л.Д. Принципы неотложной хирургии // Вопросы нейрохирургии, 2000. - №4. - С. 3-7.

3. Мамытов М.М. Значение церебральной ангиографии в диагностике и выборе метода лечения больных с патологией сосудов головного мозга // В сб. Хирургия рубежа XX -XXI века. - Бишкек, 2000. - С. 99-101.

4. Мамытов М.М. Некоторые показатели нейрохирургической деятельности в Кыргызской Республике за 1999 год // В сб. Хирургия рубежа XX-XXI века. - Бишкек, 2002. - С. 729-739.

5. Мамытов М.М., Мендибаев К.Т. Хирургическое лечение артерио-венозных мальформаций головного мозга // Материалы V съезда нейрохирургов России. - М., 2006. - С.271-272.

6. Мамытов М.М., Мендибаев К.Т., Оморов Т.М. Нейрохирургические проблемы мозговых инсультов. - Бишкек, 2002. - С.97.

7. Парфенов В.А. XIV Европейская конференция по инсульту // Неврологический журнал, 2005. - №6. - С. 53-59.

1. Zhang H., Ju Z., Zhang Y. Admission blood pressure indexes and risk of in-hospital death and dependency among acute hemorrhagic stroke patients, Inner Mongolia, China. // Clin Invest Med., 2009. - Vol. 32(5). - E307-13.

2. Lim J.B., Kim E. Silent microbleeds and old hematomas in spontaneous cerebral hemorrhages. // J Korean Neurosurg Soc., 2009. - Vol. 46(1). - P. 38-44.

3. Marcus H., Jalloh I., Martin P. An unusual case of haemorrhagic stroke. // BMJ, 2009. - Vol. 26. - P. 3204.

4. Paciaroni M., Bogouslavsky J. How did stroke become of interest to neurologists: a slow 19th century saga. // Neurology, 2009. - Vol. 73(9). - P. 724-8.