

УДК 616.831-005.1-079.4-08

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ОТБОР БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ИНСУЛЬТНЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

У.А. Боржиев

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: keneshbek.yrysov@gmail.com

Аннотация. Предложенная методика отбора больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием для оперативного лечения, проводится по следующим критериям: по уровню сознания, по расположению и объему кровоизлияния в головной мозг, по уровню смещения срединных структур головного мозга. По предложенной методике отобранно 12 больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием и проведено оперативное лечение. Все прооперированные больные выписаны с улучшением.

Ключевые слова: субкортикальное кровоизлиянии, гемиплегия, тетрапарез.

ГИПЕРТЕНЗИВДИК ИНСУЛЬТТУК КАН КУЮЛУУНУ ОПЕРАТИВДИК ДАРЫЛООДОГУ ДИФФЕРЕНЦИРЛЕНГЕН ТАНДОО

У.А. Боржиев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Аннотация. Сунушталган гипертензивдик инсульттук кан куюлууну оперативдик жол менен дарылоонун дифференцирленген ыкмасы төмөнкү критерийлер аркылуу жүргүзүлөт: аң-сезиминин деңгээли, кан куюлуунун мээдеги жайгашуусу жана көлөмү, ортоңку структуралардын жылышуусунун чоңдугу. Сунушталып жаткан ыкма менен гипертензивдик инсульттук кан куюлуусу бар 12 бейтап тандалып оперативдик дарылоо аткарылды. дарыланган бейтаптардын бардыгы жакшы болуп уйго чыгарылды.

Негизги сөздөр: субкортикалдык кан куюлуу, гемиплегия, тетрапарез.

DIFFERENTIATED METHODOLOGY OF SELECTION OF PATIENTS WITH HYPERTENSIVE HEMORRHAGIC STROKE FOR OPERATIONAL TREATMENT

U.A. Borzhiev

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The proposed method of selection of patients with hypertensive stroke hemorrhage for surgical treatment is carried out according to the following criteria: according to the level of consciousness, according to the location and volume of hemorrhages in the brain, according to the level of mixing of the midline brain structures. According to the proposed method, 12 patients with hypertensive stroke hemorrhage were selected and operative treatment was carried out. All operated patients were discharged with improvement.

Key words: subcortical hemorrhage, hemiplegia, tetraparesis.

Актуальность. В мире более 10 миллионов человек болеют сосудисто-мозговыми заболеваниями. Инсульты являются главной проблемой среди них, каждый год болеют от 5,6 до 6,6 миллионов человек и умирают 4,6 миллиона человек. Многие остаются инвалидами. Очень высокая смертность среди пациентов с гипертензивным инсультным кровоизлиянием сохраняется и по сей день [1-7].

Инсультные кровоизлияния составляют от 70 до 80% от всех внутричерепных кровоизлияний и чаще всего связаны с разрывом мелких сосудов, стенка которых поражена вследствие артериальной гипертензии или церебральной амилоидной ангиопатии [2]. Во всем мире, несмотря на бич данной патологии, всемерное понимание и признание важности проблемы, значительное повышение научно-исследовательской активности в этой области за последнее десятилетие, до сих пор не выработан единый протокол тактики ведения

больных, отсутствуют общепринятые стандарты диагностики, лечения, прогнозирования исходов. Исходы же лечения пациентов с гипертензивным инсультным кровоизлиянием, несмотря на применение передовых методик консервативного и хирургического лечения, остаются неудовлетворительными во всем мире [8-15].

Цель исследования – разработка критериев отбора пациентов на оперативное лечение больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием на основании обоснованного анализа, оценки факторов влияющих на благополучный исход заболевания.

Материалы и методы исследования. В группу 1 в недифференцированного отбора вошли 90 больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием. Возраст больных от 42 лет до 77 лет. Пациенты мужского пола составили 60%, женского пола 40%. Во вторую группу дифференцированному отбору

вошли 12 больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием. Возраст больных варьировал от 41 до 75 лет. Пациенты мужского пола составили 59%, женского пола 41%. Пациентам проведена МРТ и КТ обследования. Во всех случаях причинами кровоизлияния была артериальная гипертензия.

Во вторую группу по предложенной методике отобрано 12 больных с гипертензивным кровоизлиянием. Всем больным первые 72 часа проведено оперативное лечение, средний возраст прооперированных больных составил 58 лет (самому молодому было 41 лет, самому старшему 75 лет). Среди прооперированных больных было 7 мужчин и 5 женщин. Костно-пластическая трепанация черепа с удалением внутримозговых гематом была проведена 8 больным, резекционная трепанация черепа с удалением гематом 4 больным.

Результаты и их обсуждение. Клиническое проявление больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием в неврологическом статусе было следующим: гемиплегия у 38 пациентов больных, гемипарез у 32 пациентов, тетрапарез у 1 пациента, гипертензионный синдром у 43 пациентов,

менингеальный синдром у 41 пациента, моторная афазия у 12 пациентов, сенсомоторная афазия у 9 пациентов, тотальная афазия у 2 пациентов, атактический синдром у 2 пациентов, вестибуло-атактический синдром у 2 пациентов, психомоторное возбуждение у 1 пациента, окклюзионный синдром у 1 пациента, гемианопсия у 1 пациента, нарушение органов малого таза по типу недержания мочи и задержка кала у 2 пациентов, судорожный синдром у 2 пациентов, амнезия у 1 пациента.

В группу 1 вошли больные от 42 лет до 77 лет. Пациенты мужского пола составили 60%, женского пола 40%. По уровни сознания пациенты были распределены по следующему: в ясном сознании были 17 пациентов, в заторможенном уровне сознания были 22 пациента, в сопорозном уровне сознания были 21 пациент, в коме были 14 пациентов. Уровень летальности у пациентов в ясном сознании не отмечалось, у пациентов заторможенном уровне сознания отмечалось летальность у 3 пациентов, у пациентов в сопорозном сознании отмечалось у 6 больных, самая высокая летальность отмечалась у 7 больных, находящихся в коме (рис. 1).

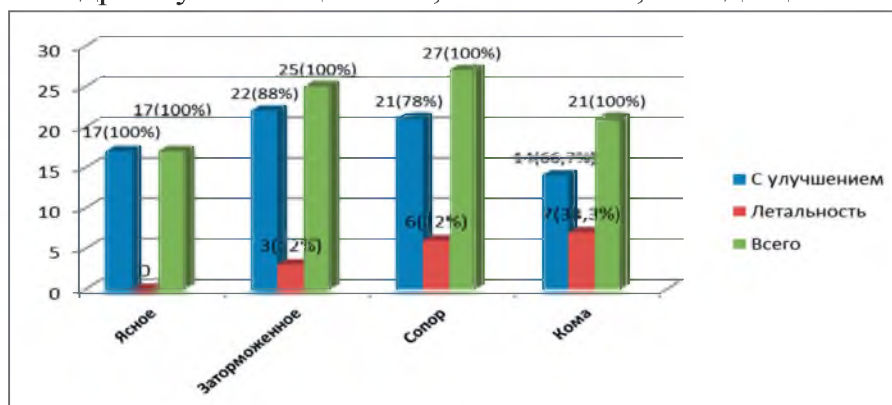


Рис. 1. Исходы оперативного лечения пациентов с кровоизлиянием в головной мозг в зависимости от уровня сознания.

В зависимости от расположения кровоизлияния в головной мозг пациенты разделены: с субкортикальное расположение кровоизлияния в головной мозг у 42 пациентов, где самые низкие показатели летальности у 10% и высокие показатели выживаемости у 90% больных

с кровоизлиянии в головной мозг, более глубокое расположение (медиальное) в область базальных ядер кровоизлиянии в головной мозг отмечалось у 9 пациентов, где летальность составила у 12% пациентов, выживаемость у 88% пациентов.

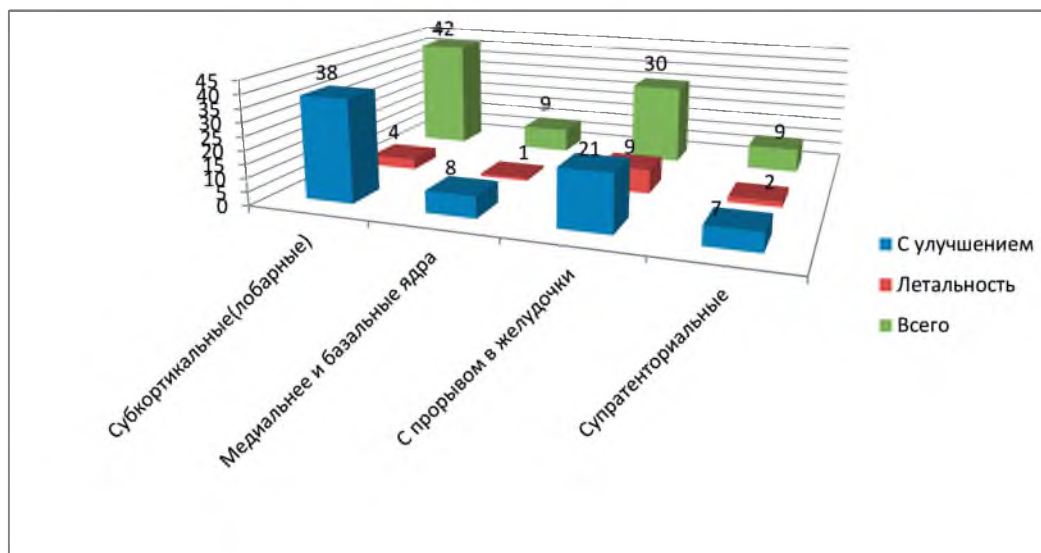


Рис. 2. Показатели исхода оперативного лечения в зависимости от расположения кровоизлияния в головной мозг.

Обширное кровоизлияние с прорывом в желудочки головного мозга отмечалось у 30 пациентов, где самая высокая летальность у 30% пациентов, выживаемость 70% пациентов, с супратенториальным расположением кровоизлияния в головной мозг был 7 пациентов, где летальность составило у 23% пациентов, выживаемость у 77% пациентов (рис. 2).

Все пациенты распределены на группы в зависимости от объема кровоизлияния в головной мозг. Пациенты с объемом до 60 см³ кровоизлияния в головной мозг было 26, где летальный исход отмечался у 3 пациентов, выжили 23 пациента. Кровоизлияние в головной мозг с объемом от 61 до 80 см³

было 21, летальный исход отмечался у 2 пациентов, выжили 19 пациентов. С объемом кровоизлияния в головной мозг от 81 см³ до 120 см³ было 31 пациентов из них умерло 7, выжили 24 пациента. С объемом кровоизлияния в головной мозг от 121 см³ и более было 12 пациентов из них 4 пациента умерло, 8 пациент выжил.

Из 90 пациентов с кровоизлиянием в головной мозг у 24 пациентов было смещение срединных структур головного мозга из них выжили 19 пациентов, летальный исход отмечался у 5 пациентов. Следующим критерием разделение больных было уровень смещения срединных структур головного мозга – смещения срединных структур

головного мозга до 2 мм отмечалось у 9 пациентов, с летальным исходом 1 пациент, выжили 8 пациентов. Смещение срединных структур головного мозга от 3 мм до 6 мм отмечалось у 10 пациентов, летальный исход у 2 пациентов, выжили 8 пациентов. Смещение срединных структур 10 мм и более отмечалось у 5 пациентов: летальный исход отмечался у 2 пациентов, а выжили 3 пациента.

Первые 72 часа было прооперировано 38 пациентов с кровоизлиянием в головной мозг из них 29 выжили и выписаны из стационара с улучшением, у 9 пациентов отмечался летальный исход. На 4-6 сутки прооперирована 18 пациентов с гипертензивным кровоизлиянием в головной мозг выжили 15 пациентов летальный исход у 3 пациентов. На 7-9 сутки прооперирована 16 пациентов, где отмечался летальный исход у 2 пациентов, выжили 14 пациентов. На 10 сутки и более прооперированы 18 пациентов, у 2 пациентов отмечается летальный исход, выжили 16 пациентов.

После анализа результатов в первой группе нами предложены дифференцированная методика отбора больных во вторую группу с гипертензивным кровоизлиянием для оперативного лечения. Производилась отбор больных по следующим критериям: по уровню сознания, по локализации и объему гематом, по дислокации срединных структур головного мозга. Благополучным для оперативного лечения первые 72 часа были больные с гипертензивным кровоизлиянием в головной мозг с субкортикальной локализацией с объемом менее 60 см³ и с угнетением сознания не ниже глубокого оглушения (более 10

баллов по ШКГ) и дислокацией срединных структур головного мозга до 2 мм.

Согласно критериям методики отбора кровоизлияние у всех больных было субкортикальной локализации, и объем гематомы не превышал 60 см³. Среди оперированных больных у 5 больных уровень бодрствования был 14-15 баллов по ШКГ, у 7 больных – от 11 до 13 баллов по ШКГ. Все прооперированные больные выписаны с улучшением.

Выводы:

1. Благополучным для оперативного лечения первые 72 часов являются больные с гипертензивным кровоизлиянием с субкортикальной локализацией с объемом менее 60 см³ и с угнетением сознания не ниже глубокого оглушения (более 10 баллов по ШКГ) и дислокацией срединных структур головного мозга до 2 мм.

2. Предложенная дифференцированная методика отбора больных с гипертензивным кровоизлиянием для хирургического лечения позволяет улучшить результаты исхода оперативного лечения и минимизировать послеоперационную летальность. А так же позволяет избежать экономически неоправданных хирургических затрат.

3. На основании результатов исследования разработана и внедрена в практику рационализаторское предложение: №4/2018 «Методика отбора больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием для оперативного лечения».

Литература

1. Ворлоу Ч.П. Инсульт: практическое руководство для ведения больных / Ч.П. Ворлоу, М.С. Денис ; пер с англ. - СПб.: Политехника, 1998. - 382 с.

2. Геморрагический инсульт: практическое руководство / под ред. В.И. Скворцовой, В.В. Крылова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 160 с.
3. Мамражапова Г.Т., Ырысов К.Б. Анализ результатов лечения больных с геморрагическим инсультом // Вестник КазНМУ. - 2015. - №2. - С. 421-423.
4. Мамражапова Г.Т., Ырысов К.Б. Прогностические критерии исхода при гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. - 2015. - №1(1). - С.99-102.
5. Ширишов А.В. Хирургическое лечение супратенториальных гипертензивных внутримозговых кровоизлияний, осложненных прорывом крови в желудочковую систему и острой обструктивной гидроцефалией: автореф. дис... д-ра мед. наук / А.В. Ширишов. М., 2006. - 36 с.
6. Ырысов К.Б., Мамражапова Г.Т. Дифференцированное хирургическое лечение нетравматических супратенториальных внутримозговых гематом // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаев. -, 2017. - №1. - С.105-110.
7. Эсенбаев Э.И., Мамражапова Г.Т., Ырысов К.Б. Дифференцированная тактика в лечении геморрагического инсульта // Медицина Кыргызстана. - 2018. - №4. - С.95-99.
8. Broderick J.P. The risk of subarachnoid and intracerebral hemorrhages in blacks as compared with whites / J.P. Broderick, T Brott, T Tomsick // N. Engl. J. Med. - 1992. - Vol. 326. - P. 733-736.
9. Castellanos M. Predictors of good outcome in medium to large spontaneous supratentorial intracerebral haemorrhages / M. Castellanos, R. Leira, J. Tejada // J Neurol. Neurosurg. Psychiatry. - 2005. - Vol. 76. - P. 691-695.
10. Flaherty M.L. Racial variations in location and risk of intracerebral hemorrhage / M.L. Flaherty, D. Woo, M. Haverbusch // Stroke. 2005. - Vol. 36. - P. 934-937.
11. Flemming K.D. Can we predict poor outcome at presentation in patients with lobar hemorrhage? / K.D. Flemming, E.F. Wijdicks, H. Li // Cerebrovasc. Dis. - 2001. - Vol. 11. - P. 183-189.
12. Mamytov M.M., Yrysov K.B. Optimal Times of Carrying Out of Operative Treatment of Patients with Hypertensive Hemorrhagic Stroke // Clinical Neurology and Neuroscience. - Vol. 3. - No. 4. - 2019. - P. 77-83.
13. Tursunov D., Yoshida Y, Yrysov K., Sabirov D., Alimova Kh., Yamamoto E., Reyer J.A., Hamajima N. Estimated costs for treatment and prophylaxis of newborn vitamin K deficiency bleeding in Tashkent, Uzbekistan // Nagoya Journal of Medical Sciences. - 2018 - V 80. - P. 11-20.
14. Yrysov K., Mamytov M., Kadyrov R. The effectiveness of additional methods of decompression in patients with supratentorial dislocation of the brain // Journal of Advance Research in Medical & Health Science. - 2018. - V 4(9). - P. 94-99.
15. Yrysov K., Tursunov D., Reyer JA., Yamamoto E., Yrysova M., Hamajima N. Multiple ruptured cerebral aneurysms at the National Hospital of the Kyrgyz Republic between 2008 and 2014: a departmental summary // Nagoya J. Med. Sci.. - 2019. - V 81. - P. 511-518.