УДК 616.831—005.1—089:616.12—008.331.1

Диференційоване видалення внутрішньомозкової інсульт-гематоми, зумовленої артеріальною гіпертензією

Демчук С.А.

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України,
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Ключові слова: *внутрішньомозкова гематома, інсульт-гематома, аспірація, малотравматичні методи хірургії.*

Вступ. Судинні захворювання головного мозку становлять значну частину в структурі захворюваності, інвалідності та смертності населення.

За даними ВООЗ, частота виникнення інсульту в різних країнах коливається від 150 до 740 на 100000 населення, смертність від інсульту складає 12—15 % загальної смертності. В Україні у 1996 р. інсульт виявлений майже у 300 000 хворих [1,2]. Особливе місце серед цієї групи захворювань посідає внутрішньомозковий крововилив, зумовлений артеріальною гіпертензією, частота якого перевищує 50% усіх видів внутрішньомозкового крововиливу. Кількість хворих, у яких виявляють такий крововилив, за останні роки в Україні значно зросла, а в Києві у порівнянні з 1996-1997 рр. збільшилась майже вдвічі [2,9]. Внутрішньомозковий крововилив, зумовлений артеріальною гіпертензією, як правило, характеризується тяжким перебігом. Летальність при цьому сягає 90% [1,2,6,7]. Актуальним є питання про диференційований підхід до тактики ведення таких хворих.

В кожній конкретній ситуації потрібен індивідуальний підхід до вибору тактики лікування хворого з внутрішньомозковою інсульт-гематомою з огляду на її об'єм, локалізацію, вплив на навколишні тканини, ступінь набряку мозку, його стиснення, дислокації, вік та преморбідний стан хворого, динаміку захворювання, прогноз захворювання, зважаючи на всі фактори, в тому числі соціальні [3—8,10]. Диференційоване використання різних методик видалення гематоми сприяє значному покращанню результатів хірургічного лікування.

Матеріали і методи дослідження. У відділенні судинної нейрохірургії у 2001 р. лікували 311 хворих (186 чоловіків та 125 жінок) з геморагічним інсультом. Загальна летальність становила 39,8%. У 119 хворих здійснене хірургічне втручання, у 71% з них діагностовано артеріальну гіпертензію тривалістю від 1 року до 20 років.

Оперативні втручання в більшості (100) хворих виконували у гострому періоді, у 19 — в підгострій та хронічній стадіях. В перші години-добу після госпіталізації оперовані хворі, в яких спостерігали прогресивне погіршення стану, спричинене збільшенням вираженості симптомів внутрішньочерепної гіпертензії, виникненням симптомів дислокації і вклинення головного мозку. За наявності прориву крові в систему шлуночків та виникнення гідроцефалії проводили дренування одного з рогів бічних шлуночків.

У хворих з множинним ураженням головного мозку, за локалізації крововиливу в стовбурі мозку, при тяжкому ураженні інших органів та систем (серця, нирок) цукровому діабеті, уремії та вкрай тяжкому стані, а також при масивному прориві крові в тіло бічного та III шлуночків оперативні втручання не проводили.

Рішення про проведення оперативного лікування хворих з інсульт-гематомою в підгострій та хронічній стадії, крім клінічних даних, базувалось на оцінці даних ком'ютерної (КТ) та / або магніторезонансної (МРТ) томографії: виявленні стиснення, набряку речовини мозку в оточуючих гематому структурах мозку, відсутності значної резорбції гематоми в порівнянні з даними КТ в динаміці. Показання та протипоказання до виконання оперативного втручання, а також вибір методів і строків його здійснення встановлювали індивідуально у кожного хворого.

Для видалення гематоми застосовували два види операцій: декомпресійна або кістковопластична трепанація черепа з енцефалотомією та видаленням гематоми (при цьому іноді перед енцефалотомією здійснювали пункцію гематоми, відсмоктували її рідку частину для

зменшення напруження мозку); пункційне видалення інсульт-гематоми через фрезевий отвір — застосовували переважно в підгострій та/або хронічній стадіях.

Обстежені 19 хворих, яким проводили пункційне видалення внутрішньомозкової інсульт-гематоми. У 2 хворих оперативне втручання виконане у гострому періоді в зв'язку з тяжкістю їх стану, високим ризиком декомпресійної трепанації та енцефалотомії.

Чоловіків було 8, жінок — 11 , вік хворих від 31 до 70 років. На час госпіталізації рівень свідомості, визначений за шкалою ком Глазго (ШКГ), становив: в 1 хворого — 4 бали, у 18 — 11-14 балів.

У 9 хворих гематома локалізувалася в правій півкулі великого мозку, у 10 — в лівій. Інсульт-гематома містилася в лобовій частці (латеральний варіант) та медіально, іноді з поширенням до внутрішньої капсули (у 6 спостереженнях). Всі пацієнти живі.

Результати та їх обговорення. Пункційне видалення крововиливу проводили переважно в підгострій стадії (з 11-ї по 21-шу добу), частіше на 15 — 16-ту добу — у 10 (52,6 %) пацієнтів, у 2 — на 3-тю та 4-ту добу. Об'єм гематоми, видаленої під час операції, відповідав чи наближався до об'єму, визначеного за КТ та МРТ сканами. Об'єм гематоми обчислювали за формулою: V=ABC/2, де А — найбільший розмір крововиливу за даними КТ; В — розмір гематоми під кутом 90° до А; С — кількість КТ зрізів з гематомою, помножена на товщину зрізу [4,11]. У 13 (68,31%) хворих об'єм видаленої інсульт-гематоми становив 20—30 $см^3$, у 2 — 10—12 $см^3$, у 4 — більше 30 $см^3$. Оперативне втручання здійснювали, беручи до уваги процес фібринолізу, що відбувається у гематомі. Протягом перших 3 діб фібринолітична активність в ділянці внутрішньомозкової гематоми відсутня, наростає з 3—5-ї доби, з максимумом на 7—14-ту добу, та знижується з 20-ї доби [6,7,12]. Всім пацієнтам проводили контрольну КТ та МРТ після операції.

В усіх хворих після операції відзначений позитивний ефект: регрес цефалгії, відновлення свідомості, у більшості (13) хворих — зменшення пірамідної недостатності та розладів чутливості. За розташування інсульт-гематоми в проекції внутрішньої капсули та руйнування її структур значний позитивний ефект щодо неврологічної вогнищевої симптоматики не досягнутий (у 6 хворих).

При застосуванні пункційного методу видалення інсульт-гематоми в підгострій та/або хронічній стадії не спостерігали повторної кровотечі або інфекційних ускладнень, пов'язаних з виконанням оперативного втручання.

Видалення внутрішньомозкової інсульт-гематоми пункційним методом дозволяє аспірувати навіть глибоко розташовані гематоми з мінімальною травматизацією мозку.

Видалення вогнища крововиливу зумовлює зменшення вогнищевої неврологічної симптоматики, яка є наслідком не лише пошкодження речовини мозку, а й стиснення навколишніх анатомічних структур, гемо- й нейродинамічного порушення в сусідніх з вогнищем крововиливу ділянках мозку. У хворих знижується внутрішньочерепний тиск, значно зменшується вираженість цефалгії, тривалість госпіталізації, з'являється можливість проведення ранньої реабілітації після операції. Застосування методу пункційного видалення гематоми зменшує ризик виникнення повторного крововиливу у порожнину гематоми, нівелює "мас-ефект", який спричиняє гематома в проміжному та віддаленому періоді, сприяє зменшенню рівня інвалідизації хворих та поліпшенню якості їх життя.

Таким чином, у хворих з інсульт-гематомою навіть за незначних ознак внутрішньочерепної гіпертензії та дислокації мозку доцільне видалення гематом в підгострій стадії, це забезпечує зменшення летальності, поліпшення результатів лікування та якості життя хворих.

Список літератури

1. *Виленский Б.С.* Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. — СПб: Фолиант, 2002. — 397 с.
2. *Вінничук С.М.* Судинні захворювання нервової системи. — К.: Наук. думка, 1999. — 250 с.
3. *Данчин А.Г.* Отдалённые результаты хирургического лечения массивных супратенториальных лобарных, латеральных и смешанных гематом, обусловленных артериальной гипертензией. // Укр. журн. малоінвазив. та ендоск. хірургії. — 1998. — V.2, № 3. — С. 5 — 14.
4. *Данчин О.Г.* Малоінвазивні хірургічні втручання при супратенторіальних внутрішньомозкових гематомах, обумовлених артеріальною гіпертензією: Автореф.дис....д-ра мед.наук. — К., 2001. — 35 с.
5. *Переседов В.В.* Дифференцированное хирургическое лечение нетравматических супратенториальных внутримозговых кровоизлияний: Автореф.дис....д-ра мед.наук. — М., 1990. — 44 с
6. *Ромоданов А.П., Педаченко Г.А.* Мозговой геморрагический инсульт. — К.: Здоровья, 1971. — 227 с.
7. *Ромоданов А.П., Зозуля Ю.А., Педаченко Г.А.* Сосудистая нейрохирургия. — К.: Здоровья, 1990. — 312 с.
8. *Чеботарёва Н.М.* Хирургическое лечение внут-

римозговых кровоизлияний, обусловленных артериальной гипертензией. — М.: Медицина, 1984. — 175 с.

9. *Современная* диагностика и лечение острых ишемических нарушений мозгового кровообращения: Метод. рекомендации/ Сост. С.М. Винничук, Т.А.Довбонос. — К., 2000. — 32 с.
10. *Carter L.P., Spetzler R.F., Hamilton M.G.* Neurovascular surgery. — N. Y: McGraw-Hill.Inc., 1995. — 1446 p.
11. *Gebel J., Sila C., Sloan M., et al.* Comparison of the ABC/2 estimation technique to computer-assisted volumetric analysis of intraparenchymal and subohiral hematomas complicating the GUSTк-1 trial // Stroke. — 1998. — Vol.9. — P. 1799 — 1801.
12. *Kadioglu H., Aydin I.* Fibrinolytic activity in experimental intracerebral hematoma // Neurochirurg. — 1994. — V.55. — P. 35 — 41.

Дифференцированное удаление внутримозговой инсульт-гематомы, обусловленной артериальной гипертензией

Демчук С.А.

Удаление внутримозговой инсульт-гематомы пункционным методом в подосторой и/или хронической стадии позволяет свести к минимуму травматизацию мозга. Удаление инсульт-гематомы даже небольшого объема (10—30 см^3) способствует улучшению неврологического статуса больного за счет улучшения гемодинамики в окружающих тканях мозга, особенно при сохранении структур внутренней капсулы и подкорковых ядер.

Kifferent evacuation of spontaneous intracranial hematomas caused by an arterial hypertension

Kemtchuk S.A.

Practice of needle evacuation of subacute and chronic intracerebral hematomas improved eradication of spontaneous intracranial hematomas and minimized brain injury during intervention. Even aspiration of little hematomas (10—30 cm3) improved neurological status of patients because of increased activity of surrounding brain structures especially granting preservation of internal capsule and basal nuclei.

КОМЕНТАР

до статті С.А. Демчука «Диференційоване видалення внутрішньомозкової інсульт-гематоми, зумовленої артеріальною гіпертензією»

Геморагічний інсульт посідає істотне місце серед порушень мозкового кровообігу не тільки в розвинутих країнах, а й в країнах, що розвиваються. Через відсутність програм профілактики інсульту, складні соціально-економічні умови України внутрішньомозковий крововилив при артеріальній гіпертензії часто виявляють у пацієнтів молодого віку.

Сучасні методи обстеження дозволяють диференційовано підходити до лікування таких хворих. Безумовно, наростаюча внутрішньочерепна гіпертензія, компресійно-дислокаційний синдром є показаннями до раннього видалення гематоми, про що свідчать дані автора.

До цього часу обговорюється підхід до вибору хірургічної тактики у хворих з внутрішньомозковим крововиливом невеликих розмірів, або такого, що не спричиняє явних ознак стиснення та дислокації мозку.

Використовуючи диференційований підхід до лікування таких хворих, автор довів доцільність видалення внутрішньомозкової гематоми пункційним методом в підгострій та хронічній стадії, що значно зменшує неврологічний дефіцит — ознаки внутрішньочерепної гіпертензії, цефалгії, — частково вираженість вогнищевої симптоматики, що поліпшує якість життя хворих. Доцільність видалення гематоми в підгострому періоді диктується і зменшенням токсичної дії гемосидерину під час розпаду гематоми.

Робота заслуговує на увагу, доцільне продовження наукових досліджень в цьому напрямку.

Чл.-кор. АМН України проф. М.Є. Поліщук,
кафедра нейрохірургії,
Київська медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л.Шупика МОЗ України