

Шнякин П.Г. ©

Докторант кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, доцент кафедры хирургических болезней №2 им. проф. А.М. Дыхно Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ГЕМОМРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ПУТАМЕНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Аннотация

Проведено сопоставление клинического состояния и томографической картины у больных с геморрагическим инсультом путаменальной локализации и выявлено, что это очень неоднородная группа пациентов. Больные с одинаковым объёмом кровоизлияния и одинаковой дислокацией срединных структур могут иметь разную тяжесть клинического состояния.

Ключевые слова: геморрагический инсульт, гематома, неврологический статус.

Keywords: hemorrhagic stroke, hematoma, neurologic status.

Смертность от цереброваскулярной патологии находится на 3-ем месте во всех экономически развитых странах [9].

Основное место среди острых цереброваскулярных заболеваний занимают инсульты, каждый год поражающие от 5,6 до 6,6 млн человек и уносящие 4,6 млн жизней [8,9,16]. На сегодняшний день разработаны стандарты лечения больных с ишемическим инсультом, в то время как тактика ведения больных с геморрагическим инсультом остаётся самой спорной и неоднозначной, поэтому до сих пор не существует чётких алгоритмов лечения данной категории больных, а имеются лишь многочисленные рекомендательные протоколы [1,2,5,14,16].

В этой связи актуально изучение особенностей течения геморрагического инсульта в зависимости от возраста, пола, объёма гематомы и степени дислокации срединных структур.

Материалы и методы.

Обследовано 124 больных с геморрагическим инсультом путаменальной локализации, пролеченных на базе нейрососудистого центра краевой клинической больницы г.Красноярска за период 2010-2012гг.

Критерии включения в обследование:

Больные с впервые случившимся внутримозговым кровоизлиянием в путаменальной области, произошедшим не позднее 2 суток до момента поступления. **Критерии исключения из обследования:** 1. Наличие патологии сосудов головного мозга (артериовенозные мальформации, аневризмы, каверномы). 2. Кровоизлияние на фоне гемореологических нарушений (на фоне приёма антикоагулянтов, дезагрегантов). 3. Тяжёлая сопутствующая соматическая патология в стадии декомпенсации. 4. Больные в запредельной коме (3 балла ШКГ).

Все пациенты были осмотрены терапевтом, неврологом и окулистом для уточнения наличия сопутствующей соматической патологии, тяжести неврологической симптоматики.

Всем больным выполнялась компьютерная томография головного мозга в нативном режиме и ангиопрограмме (компьютерный томограф - «GE Light Speed»). Сканирование проводили параллельно орбито-меатальной линии шагом томографа 5мм и толщиной среза 5мм. Определяли объём гематомы, степень поперечной дислокации, проникновение крови в желудочковую систему.

Обработка полученных цифровых результатов осуществлялась с использованием программы Statistica for Windows 6.0.

Результаты и обсуждение.

Исследование показало, что возраст больных с геморрагическим инсультом путаменальной локализации колебался от 37 до 87 лет, при этом средний возраст мужчин составил $58,2 \pm 8,58$ лет, женщин - $62,6 \pm 6,97$ лет.

По половой структуре распределении больных с путаменальными кровоизлияниями было следующим: 63,7% мужчин и 36,3% женщин.

По уровню бодрствования при поступлении больные с геморрагическим инсультом путаменальной локализации распределились следующим образом: ясное сознание (15 баллов шкалы ком Глазго(ШКГ)) – 15% больных, оглушение I (13-14 баллов ШКГ) – 18% больных, оглушение II (11-12 баллов ШКГ) – 26% больных, сопор (9-10 баллов ШКГ) – 13% больных, кома I (7-8 баллов ШКГ) – 19% больных, кома II (5-6 баллов ШКГ) – 9% больных.

Объём гематомы у больных с путаменальными кровоизлияниями колебался в пределах от 30 до 110мл3. Средний объём гематомы составил $47,2 \pm 17,6$ мл3

В таблице 1 приведено распределение больных с геморрагическим инсультом путаменальной локализации с разным уровнем бодрствования при разных объёмах гематомы.

Таблица 1

Уровень бодрствования больных с геморрагическим инсультом (по ШКГ) путаменальной локализации в зависимости от объёма гематомы (n=124)

	Уровень бодрствования					
	Ясное (15)	Оглуш. I (13-14)	Оглуш. II (11-12)	Сопор (9-10)	Кома I (7-8)	Кома II (5-6)
Объём гематомы (мл)	$35,33 \pm 2,8$	$37,17 \pm 5,8$	$47,33 \pm 9,1$	$48,09 \pm 13,2$	$67,47 \pm 21,6$	$87,3 \pm 16,8$

Из данных представленных в таблице 1 видно, что существует зависимость между объёмом гематомы и угнетением уровня бодрствования: с увеличением объёма гематомы увеличивается количество тяжёлых больных. При этом стоит отметить нарастание стандартного отклонения от среднего значения при угнетении уровня бодрствования от ясного сознания до комы (в ясном сознании $\sigma = \pm 2,8$, в коме I $\sigma = \pm 21,6$). Так, с учётом разброса стандартного отклонения видно, что больные в коме I могли иметь объём гематомы от 45 до 90мл3. Этот факт говорит о том, что при угнетении уровня бодрствования объём гематомы является не единственным фактором определяющим тяжесть состояния больных.

Выявлено, что дислокация срединных структур у больных с геморрагическим инсультом путаменальной локализации колебалась от отсутствия дислокации до 20мм и составила в среднем – 5,5мм. В таблице 2 представлены средние значения уровня поперечной дислокации у больных с путаменальными кровоизлияниями при разном угнетении уровня бодрствования.

Таблица 2

Уровень бодрствования (по ШКГ) у больных с геморрагическим инсультом путаменальной локализации в зависимости от степени поперечной дислокации (n=124).

	Уровень бодрствования (ШКГ)					
	Ясное (15)	Оглуш. I (13-14)	Оглуш. II (11-12)	Сопор (9-10)	Кома I (7-8)	Кома II (5-6)
Дислокация (мм)	$1,8 \pm 0,8$	$2,64 \pm 1,67$	$4,66 \pm 1,25$	$6,18 \pm 0,94$	$7,8 \pm 1,9$	$11,88 \pm 3,7$

Из данных представленных в таблице 2 видно, что при снижении уровня бодрствования на 2 балла по ШКГ, дислокация срединных структур увеличивалась в среднем

на 1,5 – 2мм. Так, между больными в ясном сознании (15 баллов по ШКГ) и больными в коме II (5–6 баллов ШКГ) разница в уровне поперечной дислокации в пределах 10мм.

Среди больных с геморрагическим инсультом путаменальной локализации в 18,5% случаев отмечалось проникновение крови в желудочковую систему. Во всех случаях проникновения крови отмечалось при объёме гематомы более 50мл³. Стоит отметить, что проникновение крови в желудочковую систему, как правило, было незначительным (иногда только на уровне переднего рога бокового желудочка) и никогда не вызывало гемотампонады.

Таким образом, проведённый анализ показал выраженную вариабельность клинического течения геморрагического инсульта путаменальной локализации, при котором не всегда имеется чёткая зависимость между нейровизуальной картиной кровоизлияния и клиническим состоянием пациента. В этой связи больные с геморрагическим инсультом путаменальной локализации требуют более пристального внимания в плане диагностики и выбора метода лечения в каждом конкретном случае.

Литература

1. Буров С.А. Хирургическое лечение внутримозговых кровоизлияний методом пункционной аспирации и локального фибринолиза. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2008 – 48с.
2. Дашьян В.Г. Хирургическое лечение геморрагического инсульта. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2009. – 49с.
3. Елфимов А.В., Спирин Н.Н., Макеев В.В. Анализ различных методов лечения гипертензионных внутримозговых гематом // Неврологический вестник. – 2008. – Т. XL. – вып.3. – С. 95 – 98.
4. Зенков Л.Р. Функциональная диагностика нервных болезней. – М., 2004. – 488с.
5. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Буров С.А. Хирургия гипертензивных внутримозговых гематом. – М., 2005. – С. 99 – 118.
6. Крылов В.В., Дашьян В.Г. Выбор метода хирургического лечения гипертензивных гематом // Нейрохирургия. М. – 2005.- №2. – С. 10 – 16.
7. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Парфёнов А.Л. Рекомендательный протокол по ведению больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами // Журнал вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. – М., 2007. – №2. – С. 3 – 9.
8. Сарибекян А.С. Хирургическое лечение геморрагического инсульта. – М., 2009. – 287 с.
9. Скворцова В.И., Крылов В.В. Геморрагический инсульт. – М., 2005. – 160 с.
10. Chiquete E., Ruiz-Sandoval M.C. Hypertensive intracerebral hemorrhage in very elderly // Cerebrovascular Dis. 2007. – №. 24(2–3). – P. 196 –201.
11. Ferro J.M. Update on intracerebral haemorrhage // J. Neurosurg. – 2006. – № 253 (8). – P. 985 – 999.
12. Fewel M.E. Spontaneous intracerebral hemorrhage: a review // Neurosurg. Focus. – 2003. – № 15(4). – P. 678–684.
13. Godoy D.A., Picero G. Predicting mortality in spontaneous intracerebral haemorrhage can modification to original score improve the prediction // Stroke. – 2006. – №37(4). – P. 1038 – 1044.
14. Maira G., Anile C. Surgical treatment of primary supratentorial intracerebral haemorrhage in stuporous and comatose patient // Neurol. Res. – 2002. – №. 24(1). – P. 54 – 60.
15. Marquardt G., Wollf R. Multiple target aspiration technique of subacute stereotactic aspiration improves long-term outcome in comparison to purely medical treatment // Neurosurg. Rev. – 2005. – №. 28(1). – P. 64 – 69.
16. Teernstra O.P., Evers S.M. Meta analyses in treatment of spontaneous intracerebral haemorrhage // Act. Neurochir. – 2006. – №148(5). – P. 521 – 528.