



УДК 616.831-005.1(574)

А.Р. Халимов (к.м.н.), И.Т. Курмаев, В.А. Семеклитт, А.Ш. Мирзабеков, А.В. Николаева, А.С. Жайлаубаева,
Р.М. Кастей, К.А. Никатов, Ж.Б. Садыкова

Городская клиническая больница №7, кафедра нейрохирургии КазМУНО, г. Алматы, Казахстан

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ПО ДАННЫМ ИНСУЛЬТНЫХ ЦЕНТРОВ г. АЛМАТЫ

Работа основана на анализе результатов комплексного обследования и лечения 567 больных с геморрагическим инсультом (ГИ), находившихся на лечении в инсультных центрах г. Алматы в 2015 г. Возраст больных колебался от 20 до 82 лет. Женщин было 240 (42,3%), мужчин – 327 (57,7%). Хирургическое лечение проведено у 147 пациентов с ГИ. Общая хирургическая активность составила 25,9%. Процент летальности среди неоперированных больных составил 30,9%, среди оперированных больных – 21,8%. Сделан анализ результатов хирургического лечения ГИ, зависящих от различных факторов. Результаты исследования демонстрируют положительный аспект хирургического лечения.

Ключевые слова: геморрагический инсульт, хирургическое лечение.

Актуальность.

Высокая заболеваемость инсультом, которая составляет в различных регионах Казахстана от 2,5 до 3,7 случаев на 1000 человек, а также смертность от инсульта от 1 до 1,8 случаев на 1000 человек в год диктуют необходимость более активных действий в поиске путей улучшения этих показателей. В первую очередь, обращает на себя внимание то, что количество оперированных пациентов с геморрагическим инсультом (ГИ) остается низким, не превышая 15% от числа больных, кому показана операция [1, 2]. Главной причиной этого является то, что не везде существует налаженная система оказания специализированной помощи таким больным, отсутствуют подготовленные кадры. Операции проводятся открытым способом ограниченному контингенту пациентов, как правило, с субкортикальными и мозжечковыми гематомами. Большинство пациентов с ГИ составляют больные с глубинными кровоизлияниями, открытое вмешательство которым не показано в силу высокой травматичности операции. Отсутствие правильного отбора пациентов для операции и дифференцированного хирургического подхода к различным группам больных, приводит к значительному количеству неблагоприятных послеоперационных исходов, что ставит под сомнение целесообразность хирургического лечения.

С внедрением в инсультных центрах г. Алматы современных методов обследования, оснащения их необходимой аппаратурой и обученными кадрами нейрохирургов, прослеживается тенденция к более активной хирургической тактике в лечении ГИ. Этому способствуют организационные шаги Правительства РК и Министерства социальной защиты и здравоохранения РК по созданию «Дорожной карты» по организации инсультных центров и обучению медицинских работников международным стандартам лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения [3, 4].

Цель исследования. Провести анализ результатов хирургического лечения пациентов с геморрагическим инсультом, лечившихся в инсультных центрах г. Алматы с целью обоснования более активного применения хирургического лечения пациентов.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов комплексного обследования и лечения 567 больных с ГИ, находившихся на лечении в инсультных центрах г. Алматы (ЦКГБ, ГКБ№4, ГКБ№7, БСНП) с 01.01.2015 по 31.12.2015 г. Возраст больных колебался от 20 до 82 лет. Женщин было 240 (42,3%), мужчин – 327 (57,7%). Гипертоническая болезнь выявлена у 471 (83%) больного. В первые сутки от момента развития инсульта в инсультные цен-



тры были госпитализирован 421 (74,2 %) больной, на 2 сутки – 71 (12,6 %) больных, на 3-7 - 44 (7,8 %), позже 7 суток - 31 (5,4 %). Т.е. более 25,8% больных были доставлены в поздние сроки от начала инсульта. Соматическая патология была выявлена у 181 (32%) пациента.

Методы исследования: Клинико-неврологический осмотр. КТ. МРТ. КТ-ангиография. Электроэнцефалография. УЗДГ сосудов головного мозга и шеи. УЗИ внутренних органов. Электрокардиография. Лабораторное исследование. Рентгенография. По показаниям селективная церебральная ангиография.

Клинико-неврологический осмотр. У всех 567 больных с ГИ была выявлена общемозговая и оболочечная симптоматика. У 136 (24%) больных сознание не было нарушено, у 295 (52%) сознание было угнетено до оглушения, у 85 (15%) до сопора, у 51 (9%) - до комы. Очаговая симптоматика выявлена у всех больных и была представлена парезами и гипестезией различной выраженности и распространенности, речевыми нарушениями, односторонними и двухсторонними патологическими рефлексамии, гемианопсией, нарушениями поведения, мозжечковыми расстройствами. Дислокационная симптоматика в виде пареза зрения вверх, анизокории, дивергенции глазных яблок по вертикальной и/или горизонтальной оси, диссоциации мышечного тонуса по оси тела, двусторонних патологических стопных рефлексов выявлена у 147 больных (26,0%). Всем пациентам производилась КТ, МРТ головного мозга, по показаниям – КТ-ангиография.

Показания к хирургическому лечению: а) подкорковое и субкортикальное кровоизлияние объемом более 30-40 мл, сопровождающееся выраженным неврологическим дефицитом; б) кровоизлияние в мозжечок объемом более 15 мл, сопровождающееся дислокацией IV желудочка и/или ООГ; в) кровоизлияние в таламус, сопровождающееся гемотампонадой желудочков и/или острой окклюзионной гидроцефалией, при котором показано наложение вентрикулярного дренажа. Относительные противопоказания: а) возраст старше 70 лет; б) угнетение сознания до состояния комы (оценка по ШКГ до 8 баллов); в) тяжелые соматические заболевания

(почечно-печеночная, сердечно-сосудистая и легочная патология в стадии декомпенсации, коагулопатии, сепсис).

Целью проводимого оперативного вмешательства было устранение компрессии и дислокации мозга внутримозговой гематомой, а также ликвидация возникающей острой окклюзионной гидроцефалии. Открытые операции были произведены 12 больным, 26 пациентам операции были проведены эндоскопическим методом.

Результаты и обсуждение. Из 567 пациентов, госпитализированных в инсультные центры с ГИ, были прооперированы 147. Общая хирургическая активность по инсультным центрам составила 25,9%. Умерли после операций 32 пациента, т.е. послеоперационная летальность составила 21,8%.

Анализируя полученные данные по инсультным центрам можно отметить наиболее высокую хирургическую активность в ГКБ №7 – 31,7% и ГКБ №4 – 26,6%, и наиболее низкую хирургическую активность в БСНП и ЦГКБ (табл. 1). Послеоперационная летальность варьировала от 18,8% в ГКБ №7, 21,7% в БСНП до 26,6% в ГКБ №4 и 33,3% в ЦГКБ.

Таблица 1

Хирургическая активность и послеоперационная летальность у оперированных пациентов с ГИ в инсультных центрах

Наименование больницы	ГКБ №7	ГКБ №4	БС-НП	ЦГ-КБ	Всего
Количество пациентов с ГИ	268	102	132	65	567
Количество оперированных больных	85	30	23	9	147
Хирургическая активность (в %)	31,7	29,4	14,2	13,8	25,9
Умерли после операций	16	8	5	3	32
Послеоперационная летальность общая (в %)	18,8	26,6	21,7	33,3	21,8

Летальность среди неоперированных больных (табл. 2) в инсультных центрах варьировала

от 27,9 до 33,9%. Наиболее низкая летальность отмечалась в ГКБ №7 – 27,9%, наиболее высокая – в ГКБ №4 и БСНП. Средний процент летальности среди неоперированных больных составил 30,9%.

Таблица 2
Летальность среди неоперированных больных с ГИ

Наименование больницы	ГКБ №7	ГКБ №4	БС-НП	ЦГ-КБ	Всего
Количество пациентов с ГИ	268	102	132	65	567
Количество неоперированных больных	183	72	109	56	420
Умерли	51	24	37	18	130
Летальность (в %)	27,9	33,3	33,9	32,1	30,9

Открытые методы удаления внутримозговых гематом применялись у 121 больного с ГИ, эндоскопических операций было 26, безрамная нейронавигация использовалась у 74 пациентов.

После проведения эндоскопических вмешательств летальность была ниже, чем после открытых декомпрессивных операций на 10,2%. Кроме того, данный метод дал возможность применить его у пациентов с относительными противопоказаниями к операции.

Результаты хирургического лечения зависели от уровня бодрствования перед операцией, т.е. от фазы дооперационной клинической компенсации. Самая низкая послеоперационная летальность отмечалась у пациентов с ГИ, оперированных в фазе клинической компенсации и составила 7,7%. У оперированных в фазе клинической субкомпенсации летальность составила 23,9%, из оперированных в фазе клинической декомпенсации никто не выжил.

В зависимости от сроков проведения оперативных вмешательств наблюдалась следующая

закономерность: самая высокая послеоперационная летальность – 35% наблюдалась у пациентов, оперированных в первые сутки, самая низкая – 20,6% отмечалась у больных, оперированных позже трех суток. Это объясняется неблагоприятными условиями для проведения операции в ранние сроки, когда мозг находится в состоянии выраженного отека, продолжающегося кровотечения. После относительной стабилизации состояния пациента, регресса первичных гиперергических реакций мозга на излившуюся кровь, условия для проведения полноценного оперативного вмешательства приближаются к оптимальным.

Анализ возрастных показателей выявил наиболее подверженную хирургическому лечению группу пациентов с ГИ в возрасте 50-60 лет, которая составила 28,9% от общего числа оперированных больных. Проведенный анализ установил повышение послеоперационной летальности с увеличением возраста – от 9,1% до 40%.

Выводы

Летальность среди оперированных пациентов с геморрагическим инсультом в исследуемой группе была ниже на 9,1 %, чем у неоперированных больных. Наиболее высокая летальность и низкая хирургическая активность наблюдалась в инсультных центрах, не оснащенных соответствующими кадрами и аппаратурой.

Оптимальный отбор пациентов на операцию и своевременное оперативное вмешательство позволит в дальнейшем снизить летальность среди пациентов с геморрагическим инсультом.

Улучшение результатов хирургического лечения и снижение послеоперационной летальности у пациентов с геморрагическим инсультом напрямую связаны с применением минимально инвазивных методов хирургического лечения пациентов и раннем эндоваскулярном и открытом вмешательстве при выявлении сосудистых мальформаций головного мозга.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ли Е.Ю., Каменова С.У., Маханбетжанова Р.А. и др. Эпидемиологические показатели инсульта в Алматы // «Терапевтические чтения»: науч.-практ. конф. – 2008, нояб. – С. 44-46.
2. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Буров С.А., Петриков С.С. Хирургия геморрагического инсульта. М., 2012. - 336 с.
3. Государственная программа развития здравоохранения РК «Денсаулық» 2016-2020 гг.
4. Государственная программа развития и реформирования здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан», 2011-2015 гг.

ТҮЙІНДЕМЕ

А.Р. Халимов (м.ғ.к.), И.Т. Курмаев, В.А. Семеклитт, А.Ш. Мирзабеков, А.В. Николаева, А.С. Жайлаубаева, Р.М. Кастей, К.А. Никатов, Ж.Б. Садыкова

№ 7 Қалалық ауруханасы, ҚазМУББУ нейрохирургия кафедрасы, Алматы қ., Қазақстан

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ ИНСУЛЬТ ОРТАЛЫҚТАРЫНЫҢ МӘЛІМЕТТЕРІ БОЙЫНША ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТ АЛҒАН НАУҚАСТАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІНЕ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ

Бұл жұмыс 2015 жылғы Алматы қаласының инсульт орталықтарында ем қабылдаған геморрагиялық инсультпен ауыратын 567 науқасты кешенді зерттеу және емдеу нәтижелерін талдауға негізделген. Зерттеуге алынған науқастардың жас мөлшерлері 20-82 жас аралықтарында. Зерттеуге қатысушылардың 240 (42,3%) әйел адамдар, ал 327 (57,7%) ер адамдар. ГИ науқастардың 147-не хирургиялық ем жасалды, яғни хирургиялық белсенділік 25,9% құрады. Операция жасалмаған науқастардың

30,9%, ал операция жасалған науқастардың 21,8% қайтыс болды. Ашық операцияларды қолданудан азинвазивті әдістерді қолдану басымдырақ болып табылады. ГИ оперативті араласу нәтижелерінің әртүрлі факторларын талдау жүргізілген. Зерттеу нәтижесі бойынша ГИ белсенді хирургиялық әдіс қолдану керектігі анықталды.

Негізгі сөздер: геморрагиялық инсульт, хирургиялық ем.

SUMMARY

A.R. Khalimov (Cand.Med.Sci), I.T. Kurmaev, V.A. Semeklitt, A.Sh. Mirzabekov, A.V. Nikolayeva, A.S. Zhailaubayeva, R.M. Kastei, K.A. Nikatov, Zh.B. Sadykova

City Hospital №7, Department of Neurosurgery KazMUCE, Almaty, Republic of Kazakhstan

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF HEMORRHAGIC STROKE IN THE STROKE CENTERS OF ALMATY CITY

This work is based on the analysis of the results of complex examination and treatment of 567 patients with hemorrhagic stroke (HS), who were treated in stroke centers at Almaty city during 2015 year. The age of patients ranged from 20 to 82 years. Women were 240 (42.3%), men - 327 (57.7%). Surgical treatment was made for 147 patients with HS and the surgical activity was 25.9%. The percentage of

mortality among non-operated patients with HS was 30.9%, among operated patients was 21.8%. There is an advantage of minimally invasive operations. There was made analysis of the results of surgical treatment HS depending on various factors. Results of the study demonstrate the positive impact of surgical treatment.

Keywords: hemorrhagic stroke, surgical treatment