

В.Ф. Чернов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

ГККП «Костанайская областная больница», Республика Казахстан, г. Костанай

Острые мозговые инсульты – тяжелое и распространенное заболевание. Заболеваемость геморрагическим инсультом составляет 10-35 на 100 000 населения и увеличивается с возрастом. Основной причиной геморрагического инсульта является гипертоническая болезнь и связанная с ней микроангиопатия. Высокая смертность, доходящая при геморрагических инсультах до 85 %, а в случаях прорыва крови в желудочки мозга до 100 %, - всё это порождает неудовлетворённость существующими методами консервативного лечения таких больных. После внутримозгового кровоизлияния в перигематомной области снижается кровоток, однако благодаря сниженному метаболизму он не страдает от ишемии. Продукты распада кровоизлияния вызывают развитие цитотоксического, а после нарушения гематоэнцефалического барьера и вазогенного отёка. Формирование перигематомного отёка увеличивает сдавление и дислокацию головного мозга.

Основными целями хирургического лечения внутримозговых гематом являются – уменьшение масс-эффекта, вызванного гематомой; снижение локального и общего внутричерепного давления; уменьшение высвобождения из гематомы нейротоксических веществ. Оперировать следует всех больных с геморрагическим инсультом в первые часы и сутки после его возникновения, если нет прямых противопоказаний к операции. Прорыв крови в желудочковую систему мозга не является противопоказанием к оперативному лечению, т.к. операция это единственный способ спасения части больных, консервативное лечение которых практически 100 % случаев заканчивается смертью.

Задачами хирургического лечения внутричерепных гематом являются – максимально полное удаление сгустков крови; минимальное повреждение окружающей паренхимы мозга.

Показаниями к хирургическому лечению супратенториальных кровоизлияний являются:

- Субкортикальная или путаменальная гематома объёмом более 20 мл или диаметром более 3 см, сопровождающаяся неврологическим дефицитом или приводящая к дислокации мозга;

- Вентрикулярное кровоизлияние, приводящее к окклюзии желудочков мозга. Абсолютными противопоказаниями к хирургическому лечению являются:

- нарушение уровня сознания до комы
- нестабильная гемодинамика.

Относительные противопоказания:

- тяжелая соматическая патология (коагулопатия, сахарный диабет, сердечно-лёгочная и почечная недостаточность в стадии декомпенсации);
- высокое, некорректируемое артериальное давление;
- возраст больных старше 70 – 75 лет.

Выбор хирургической тактики лечения определяется с учетом данных предоперационного обследования, где принимаются во внимание тяжесть состояния больного, размер и локализация гематомы, отношение её к срединно-стволовым и базальным структурам.

У больных с внутричерепными гематомами с угнетенным сознанием до комы не доказано преимущество декомпрессивной трепанации по сравнению с костно-пластической. Тем самым, появляются аргументы в пользу расширения использования малоинвазивных способов удаления внутричерепных гематом, особенно при возможном динамическом невро-визуализационном мониторинге (КТ или МРТ) в раннем послеоперационном периоде.

В нейрохирургическом отделении Костанайской областной больницы в течение последних 5-и лет (2005 – 2009 гг.) пролечено 62 пациента с геморрагическим инсультом различной этиологии. Оперировано 26 больных с внутримозговыми супратенториальными кровоизлияниями. После операции умерло 2 больных. Послеоперационная летальность составила 3,8 %. Общая летальность – 3,2 %.

Таким образом, лечение больных с геморрагическим инсультом, в острой стадии формирования внутричерепной гематомы, требует срочной операции.

Операция удаления инсульт-гематомы должна расцениваться как реанимационное мероприятие.