

*Т.Т. Пазылбеков*

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ, ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ

*АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г.Астана*

### Введение

Лечение больных с внутримозговыми нетравматическими гематомами (ВНГ) остается одной из важнейших проблем современной медицины из-за высокой смертности и инвалидизации больных. Несмотря на достигнутые за последние 20 лет качественные успехи в диагностике и хирургическом лечении внутримозговых гематом, тактика лечения остается противоречивой и неопределенной [1, 2, 3]. Возможно именно эта неопределенность в показаниях к хирургическому лечению больных и высокая послеоперационная летальность, явились причиной низкой хирургической активности у данной категории больных, которая колеблется в диапазоне от 20 % до полного отказа от хирургического лечения [1, 2, 3, 4, 5]. Так, по данным В.В.Крылова и В.В.Лебедева (2002), в течение 1997 года в России, в 16 нейрохирургических стационарах было оперировано 454 больных, причем 200 из них в Москве и Санкт-Петербурге. В то же время, при десятипроцентной оперативной активности хирургическое лечение было показано, по крайней мере, 4340 пациентам с (ВНГ) [6].

В настоящее время используются несколько методов удаления внутримозговых гематом:

1. Открытый метод (транскеребральный, транссильвиевый, транскаллезный).
2. Метод пункционного удаления, в том числе с помощью стереотаксической техники.
3. Эндоскопическое удаление.

Каждый из выше перечисленных методов имеет ряд достоинств и недостатков. Открытое удаление транскеребральным способом позволяет наиболее радикально удалить свертки крови, произвести визуальный контроль гемостаза, однако является наиболее травматичным. Отрицательными сторонами транскаллезного доступа является развитие «вензных инфарктов» лобных долей, а также длительно сохраняющийся транскаллезный мутизм в послеоперационном периоде. Метод пункционного удаления является наименее травматичным, однако проблемы удаления плотных свертков крови и последующего гемостаза остаются нерешенными. С начала 90-х годов XX века этот метод дополнен локальной фибринолитической терапией [7, 8, 9, 10, 11, 12].

Сведения об эндоскопическом удалении внутримозговых гематом в отечественной литературе отрывочны и не систематизированы. По данным зарубежных авторов этот метод предпочтителен при лобарных субкортикальных гематомах объемом до 50 см [13].

Кроме того, данный метод требует дополнительного дорогостоящего оборудования.

По данным эпидемиологических исследований в Казахстане выявлена высокая заболеваемость инсультом и преобладание в структуре его гемморагических форм в сопоставлении с Западными странами, остаются высокими показатели смертности и летальности. Также надо принимать во внимание относительно молодой возраст больных этим грозным заболеванием, что еще более подчеркивает актуальность данной проблемы.

В настоящее время общепризнан тот факт, что не существует эффективных медикаментозных методов лечения внутримозговых гемморрагий, что определяет цель настоящего исследования - анализ хирургического лечения нетравматических внутримозговых гематом.

Целью хирургического удаления гематомы является уменьшение масс эффекта, блокирование выброса нейропатических веществ из гематомы и предотвращение взаимодействия между гематомой и нормальной тканью, которое может запустить каскад патологических процессов. Однако при гематомах глубинной локализации (базальные ганглии, таламус) польза от хирургического удаления гематомы через краниотомию нивелируется повреждением нервной ткани при осуществлении доступа к гематоме. Наилучшие результаты хирургического лечения достигаются у больных с мозжечковыми ВНК, у которых начальный бал по шкале Глазго составляет менее 14, и имеется крупная гематома, объемом 40 мл и более [14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23].

### Материал и методы исследования

Исследование проведено на основе сведений о 35 больных, которым произведены оперативные вмешательства по поводу нетравматических внутримозговых гематом в различных нейрохирургических отделениях Казахстана. Первичным материалом исследования

явились регистрационные карты больных с геморрагическим инсультом, составленные на основе стандартной карты ВОЗ «Регистр инсульта» и адаптированные к целям исследования.

С целью локализации внутричерепных гематом использовалась наиболее распространенная в странах СНГ классификация, предложенная НИИ Неврологии АМН СССР в 1980 году:

1. Латеральные кровоизлияния – только в базальных ядра, в базальные ядра с незначительным вовлечением внутренней капсулы и белого вещества полушарий большого мозга (лентиккуло и каудокапсулярные), в базальные ядра с массивным вовлечением внутренней капсулы и белого вещества полушарий большого мозга (стрикокапсулярные).

2. Лобарные кровоизлияния – белое вещество лобной, височной, теменной, затылочной доли и их сочетание.

3. Медиальные кровоизлияния – только в таламус, таламус и внутренняя капсула (таламокапсулярные), таламус, внутренняя капсула с распространением на средний мозг.

4. Смешанные кровоизлияния – в таламус, базальные ядра, внутреннюю капсулу, белое вещество полушарий (таламо – лентиккулокапсулярные).

5. Внутрижелудочковые.

6. Кровоизлияния в мозжечок.

7. Кровоизлияния в ствол.

### Результаты исследования

Всего проведены различные оперативные вмешательства по поводу нетравматической внутричерепной гематомы 35 больным. По характеру локализации и объему внутричерепной гематомы сведения представлены в таблице №1.

Таблица 1

### Объем и локализация внутричерепных нетравматических гематом

Локализация гематомы	Объем гематомы						Всего	
	до 20 мл		20 -40 мл		свыше 40 мл		п	%
	п	%	п	%	п	%		
латеральные	0	0,00%	5	14,29%	2	5,71%	7	20,00%
медиальные	0	0,00%	3	8,57%	1	2,86%	4	11,43%
лобарные	0	0,00%	7	20,00%	2	5,71%	9	25,71%
смешанные	0	0,00%	8	22,86%	4	11,43%	12	34,29%
гематомы задней черепной ямки (ЗЧЯ)	2	5,71%	1	2,86%	0	0,00%	3	8,57%
всего	2	5,71%	24	68,57%	9	25,71%	35	100,00%

Как видно из таблицы таламо – лентиккулокапсулярные внутричерепные гематомы являются самой частой локализацией – 12 (34,29%) в сопоставлении с гематомами ЗЧЯ – 3 (8,57%), медиальными – 4 (11,43%), латеральными – 7 (20,00%) и лобарными – 9 (25,71%) ( $P < 0,05$ ). Больным с объемом внутричерепной гематомы до 20 мл оперативное вмешательство не проводилось за исключением локализации в задней черепной ямке - 2 (5,71%). В группе больных с объемом гематомы 20-40 мл всего был один больной (2,86%), а с объемом более 40 мл данной локализации оперированных больных не было.

Данные о летальности больных после хирургического лечения представлены в таблице №2.

Таблица 2

### Летальность больных после хирургического лечения по поводу нетравматических внутричерепных гематом.

Локализация гематомы	Всего	Всего умерших	Летальность
латеральные	7	2	29%
медиальные	4	2	50%
лобарные	9	3	33%
смешанные	12	2	17%
гематомы ЗЧЯ	3	0	0%
всего	35	9	26%

Как видно из таблицы наибольшая летальность наблюдалась в группе больных с медиальным расположением внутричерепной гематомы – 2 (50%) в сопоставлении с лобарным расположением – 3 (33%), смешанным – 2 (17%) и латеральным – 2 (29%) ( $P < 0,05$ ). В группе оперированных больных с расположением внутричерепной гематомы в задней черепной ямке умерших больных не было.

### Выводы

1. Таламо – лентиккулокапсулярные внутричерепные гематомы являются самой частой локализацией внутричерепных нетравматических гематом при которых использовались хирургические методы лечения.

2. Наибольшая летальность наблюдается в группе оперированных больных с медиальным расположением гематом.

3. Наиболее благоприятные исходы хирургического лечения наблюдаются в группе больных с расположением гематомы в задней черепной ямке.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ворлоу Ч.П., Деннис М.С., ван Гейн и др. Инсульт: Практическое руководство для ведения больных: Пер. с англ.-СПб., 1996.
2. Карахан В.Б. Диагностическая и оперативная внутричерепная эндоскопия: Автореф. дисс. докт. -М., 1989.
3. Морозов С.А., Кондаков Е.Н. Эндокраниоскопия в хирургии хронических субдуральных гематом // Мат. V межд. симп. «Повреждения мозга». - СПб., 1999. - С.248-250.
4. Никифоров Б.М., Закарявичус Ж., Жуков А.Е. К диагностике и лечению кровоизлияний в мозжечок // Мат. V межд. симп. «Повреждения мозга». -СПб., 1999.- С.438-440.
5. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д. Хронические субдуральные гематомы. - М., 1997.
6. Крылов В.В. Принципы организации хирургического лечения больных с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями / В.В. Крылов, В.В. Лебедев // Журнал Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2002. - № 2.1. С. 62-65.
7. Сарибекян А.С., Пономарев В.А., Руруа В.Г. и др. Опыт хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом // Тез. докл. II съезда нейрохирургов РФ.- СПб., 1998. - С.160.
8. Случек Н.И., Жуков В.А., Скочкова В.М. и др. Принципы диагностики и лечения инсультов на догоспитальном этапе // Неврологический журнал. - 1997.- №4. - С.35-41.
9. Смирнов А.А. Нанаев Н.А. Клиническое значение компьютерной краниоскопии в диагностике внутричерепных гематом // Мат. V межд. симп. «Повреждения мозга». - СПб., 1999. - С.117-119.
10. Теплицкий Ф.С. К диагностике и хирургическому лечению кровоизлияний в зрительный бугор,- Из: Клиника и хирургическое лечение сосудистой патологии мозга при заболеваниях нервной системы. - Л., 1979. - Вып. 2.- С.75-78.
11. Труфанов Г.Е. Значение магнитно-резонансной томографии в диагностике внутристволовых гематом // Тез. докл. II съезда нейрохирургов РФ.- СПб., 1998.- С.319.
12. Чеботарева Н.М. Хирургическое лечение внутримозговых кровоизлияний, обусловленных артериальной гипертензией. - М.: Медицина, 1984.
13. Guidetty B. Burr-hole evacuation / B.Guidetty, W.Piotrowski // Spontaneous intracerebral haematomas / Ed. Y.W.Pia. Berlin ; Heidelberg ; New York : Springer-Verlag, 1980.-P. 382-383.
14. Allen C.M.C. Clinical diagnosis of acute stroke syndrome // Quartern. J. Med.- 1983.-Vol.43.- P.512-523.
15. Antiplatelet Trialists' Collaboration. Collaborative overview of randomized trials of antiplatelet therapy - I: prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients // Br. Med. J.- 1994.- Vol.308.- P.81-106.
16. Auer L.M., Deinsberger W., Niederkorn K. et al. Endoscopic surgery versus medical treatment for spontaneous intracerebral hematoma: a randomized study // J. Neurosurg.- 1989.- Vol.70.- P.530-535.
17. Bahemuka M. Primary intracerebral hemorrhage and heart weight: a clinicopathological case-control review of 218 patients // Stroke,- 1987,- Vol.18.- P.531-536.
18. Batjer H.H., Reisch J.S., Plazier L.J. et al. Failure of surgery to improve outcome in hypertensive putaminal hemorrhage: a prospective randomized trial // Arch. Neurol.-1990.-Vol.47.-P.1103-1106.
19. Bernstein M., Fleming J.F.R., Deck J.H.N. Cerebral hyperperfusion after carotid endarterectomy: a cause of cerebral hemorrhage // Neurosurgery,- 1984,-Vol.15,-P.50-56.
20. Broderick J.P., Brott T.G., Tomsick T. et al. Ultra-early evaluation of intracerebral hemorrhage // J. Neurosurg.-1990.-Vol.72.-P.195-199.
21. Broderick J.P., Brott T.G., Tomsick T. et al. Intracerebral hemorrhage more than twice as common as subarachnoid hemorrhage // J. Neurosurg.-1993.- Vol.78.-P.188-191.
22. Brott T., Thalinger K., Hertzberg V. Hypertension as a risk factor for spontaneous intracerebral hemorrhage // Stroke.-1986.-Vol.17.-P.1078-1083.
23. Caplan L.R., Neely S., Gorelick P. Cold-related intracerebral hemorrhage // Arch.Neurol.-1984.- Vol.41.-P.227.

## ТҰЖЫРЫМ

Зерттеу Қазақстанның әртүрлі нейрохирургиялық бөлімшелерінде жарақаттық емес бассүйекішілік гематомаларға операция жасалған 35 науқас туралы мәліметтер негізінде жүргізілді. Өлім-жітім

операциясынан кейінгі, гематомалар локализациясы мен көлемі туралы деректер алынды.

**Негізгі сөздер:** өлім-жітім, гематома, инсульт.

## РЕЗЮМЕ

Исследование проведено на основе сведений о 35 больных, которым произведены оперативные вмешательства по поводу нетравматических внутричерепных гематом в различных нейрохирургических отделениях Казахстана. Получены

данные об объеме и локализации гематом, послеоперационной летальности.

**Ключевые слова:** летальность, гематома, инсульт.