

**УДК 616.831-005-089**

М.Ю. Бирючков (д.м.н., проф.), В.Е. Кенжебаев (к.м.н.), З.К. Сулейменов, А.С. Адилова, Р.А. Кундубаев

НАО ЗКМУ имени Марата Оспанова, г. Актобе, Казахстан

## **АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМ ВНУТРИМОЗГОВЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ В СТАЦИОНАРЕ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ ЗА ГОД**

**Цель:** определение ключевого фактора влияющего на исход заболевания и оптимизация тактики ведения больных со спонтанным внутримозговым кровоизлиянием.

**Материалы и методы.** В ретроспективный анализ клинических исходов хирургического вмешательства были включены 46 пациентов, поступивших в стационар третьего уровня за 2019 год.

**Результаты.** Исследование позволило выявить ряд факторов влияющих на конечный результат лечения. Самым решающим среди них оказался неврологический статус на момент прибытия в стационар. Так, треть пациентов с тяжёлой степенью нарушения сознания составили 60% смертельных исходов. У большинства из них было подтверждено наличие прорыва крови в желудочки мозга.

**Заключение.** Согласно результатам проведённой работы, мы выделили три ключевых аспекта, влияющих на исход заболевания: тяжесть состояния, определяемая уровнем сознания пациентов. В итоге 59% смертей составили пациенты с уровнем сознания в 6-7 и 4-5 баллов по шкале комы Глазго. Уровень летальности возрастает соответственно объёму кровоизлияния, до 50 мл - 17,3%; 50-100 мл - 24,4 %; и 100 мл и более - 35,5%. Летальность в зависимости от сроков операции снижается от 21,5% на 5-7 сутки до 19,0% на 3-4 сутки, 13,9% в первые 48 часов и 11,8% при операциях, выполненных в первые 24 часа от начала заболевания, что свидетельствует о влиянии временного промежутка на исход оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** геморрагический инсульт, эпидемиология, экономический эффект, фоновые заболевания, тампонада желудочков, смертность.

### **ВВЕДЕНИЕ**

Частое возникновение столь серьёзного патологического состояния среди нашего населения обусловлено как широкой встречаемостью сахарного диабета и гипертонической болезни (1236,4 и 204,2 на 100 тыс. соответственно) [1], так и непреувеличенным отрицательным влиянием внешних факторов вроде курения, что крайне распространено в общей популяции [2]. Более того, в настоящее время нередким явлением стало бессимптомное недиагностированное наличие скрытых предрасполагающих состояний, к примеру, артерио-венозных мальформаций или аневризм [3, 4], которые к тому же зачастую присутствуют не только изолированно, но и сопутствуют вышеперечисленным фоновым состояниям. Значительная вероятность смерти без своевременного оказания медицинской помощи диктует необходимость неотлагательных оперативных

вмешательств, даже при проведении которых, в результате, всё же сохраняется относительно высокая частота неблагоприятного исхода (21,2%) являющаяся чуть ли не спецификой, отражающей тяжесть самого заболевания [5, 6]. Более того, несмотря на оказание своевременного качественного оперативного пособия и заметное количественное преобладание максимально возможных благоприятных исходов, подавляющее число пациентов, а именно 75%, в результате всё равно оказываются обречёнными быть инвалидами [7], неся колоссальный отрицательный экономический эффект своим социально отягощающим состоянием [8]. Потери государства неисчерпываются стоимостью самого лечения (27,9% от общей суммы), реабилитационными мероприятиями и выплатой пособий по инвалидности [9]: так как возраст жертв внутричерепных кровоизлияний нетравматического генеза с неутешительны-



ми темпами становятся моложе (18–44 лет), всё чаще поражаются лица трудоспособного возраста (68%) [10, 11].

Всё вышесказанное обуславливает большую актуальность настоящей проблемы и постоянную необходимость приложения дополнительных усилий с целью дальнейших поисков более эффективных методов борьбы с данным патологическим состоянием.

### ЦЕЛЬ

Анализ данных хирургического лечения больных со спонтанным внутримозговым кровоизлиянием в стационаре третьего уровня за год, путём рассмотрения результатов открытых вмешательств с энцефалотомией и гемостазом источника, а также дренирующих операций с тромблизом, как двух самых распространённых хирургических методик в пределах нашей организации, с целью определения и калибровки оптимальной тактики ведения.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Суммарное количество всех больных с кровоизлиянием в головной мозг нетравматического происхождения, поступивших в больницу скорой медицинской помощи Актюбинской области за 2019 год составило 46 человек. Соотношение мужчин и женщин составило 3/1 (34/12 человек). Принято считать, что преобладание мужчин,

при равных прочих, является следствием следующих причин: нехватка физиологического ангиопротекторного эффекта эстрогена [12, 13], более высокая склонность быть жертвами пагубных привычек [14, 15] и относительно низкий уровень ответственности за личное здоровье [16]. Этническая принадлежность слагалась из лиц казахской (33), славянской (11) и корейской этнических групп (2), 71,7%, 23,9% и 4,3% соответственно, что отражает примерное средневзвешенное соотношение населения и здесь отсутствуют очевидные корреляции.

Соотношение жителей города против таковых доставленных из района составляет 1:1. Количество летальных исходов среди городского и сельского населения также было распределено одинаково. Это говорит о том, что логистика последних в специализированный стационар по линии санитарной авиации не могла определять неблагоприятный исход. Временной отрезок от дебюта симптомов неврологического дефицита до хирургического вмешательства с привлечением таковой в среднем укладывался в 44 часа.

В общей сложности, 76% всех больных были подвержены оперативному лечению в пределах 24 часов с момента возникновения первых признаков заболевания и ещё в 15% - в пределах 48 часов; лишь 9% случаев были прооперированы в более позднем сроке (до 7 суток).

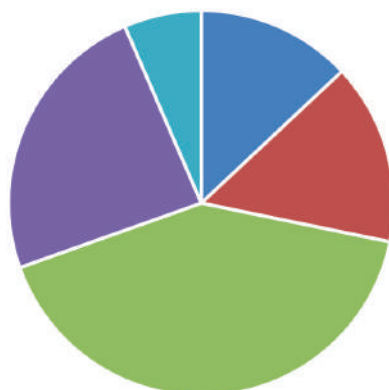
Таблица 1

### ЛЕТАЛЬНОСТЬ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ОПЕРАЦИИ

Срок операции	Процент летальности
Первые 24 часа	11,8 %
Первые 48 часов	13,9 %
3-4 сутки	19,0 %
5-7 сутки	21,5 %

Летальность в зависимости от сроков операции (табл. 1): снижается от 21,5% на 5-7 сутки до 19,0% на 3-4 сутки, 13,9% в первые 48 часов и 11,8% при операциях, выполненных в первые 24 часа от начала заболевания, что свидетельствует

о влиянии временного промежутка на исход оперативного вмешательства. Как правило, самыми частыми причинами смерти у данных больных явились тромбоэмболия, инфаркт миокарда или неконтролируемая гипертензия.



### Возрастная группа

- 30-39 лет - 13%
- 40-49 лет - 15,2%
- 50-59 лет - 41,3%
- 60-69 лет - 23,9%
- 70-79 лет - 6,5%

Диаграмма 1

Официально трудоспособная часть населения с возрастным разбегом от 30 до 59 лет составляет внушительные 70%. Не менее пугающим является тот факт, что в 13% случаев жертвами спонтанных внутримозговых кровоизлияний оказались лица

достаточно молодого возраста (30-39). Относительно трудоспособный контингент с разбегом в 60-69 лет, составляет 23,9% и лишь 6,5% составили люди преклонного возраста (диаграмма 1).

### Фоновое заболевание

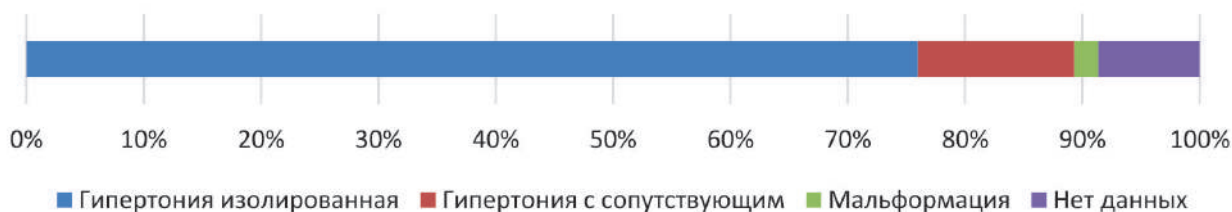


Диаграмма 2

Гипертоническая болезнь, сопровождая практически всех пациентов, в общей сложности составляет 90% задокументированных случаев, однако, с учётом наличия 8,6% случаев с недостаточными в этом отношении сведениями, вероятно, что эта цифра занижена (диаграмма 2). 13% пациентов помимо повышенного артериального давления имели ещё и состояния, которые в большей или меньшей степени дополнительно усугубляли их положение (гипертония с аневризмой - 4,3%, с диабетом - 4,3%, с пороком сердца - 2,1%, с состоянием после лучевой терапии - 2,1%). Следует иметь в виду, что не исключается вероятность присутствия последних среди пациентов из группы с изолированной гипертонией (76%) в виде недиагностированных и неподдающихся проверке задним числом фоновых патологий, что опять же вынуждает допустить вероятность неабсолютной достоверности приведённой цифры.

В отношении тактики имели место быть 2 позиции: костно-резекционная трепанация черепа с последующим удалением очага и дренирующая

операция с предварительным тромболизисом. На основании результатов предоперационной КТ-визуализации головного мозга производился отбор пациентов на тот или иной оперативный метод. Практически в 90% случаев выбор был сделан в пользу костно-резекционной трепанации черепа, так как неизбежно подразумевалась необходимость создания декомпрессии за счёт широкого окна дефекта, играющего роль буфера внутричерепного давления, не позволяющего базальным структурам головного мозга вклиниться в большое затылочное отверстие или в ограниченный наметом просвет. В остальных случаях, при обнаружении гиперинтенсивных очагов в просвете желудочковой системы, было выставлено показание к дренированию последних и, как следствие, к малоинвазивному вмешательству через отверстие диаметром не более чем в 1 см. Доступ во всех случаях избирался прецизионно на основании данных КТ-исследования.

В целом, объём кровоизлияния в большинстве случаев не достигал 110 мл (63%). Чаще всего

объём излившейся крови был в пределах 76-99 мл, обнаруживаясь у трети больных. Вслед за этим находятся жертвы кровоизлияний больших объ-

ёмов (максимальное 180 мл), составляя 1/4 часть от общего количества. Очаги кровоизлияния до 50 и до 75 мл представлены 14 и 17,3 процентами.

Таблица 2

### РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ОБЪЕМУ КРОВОИЗЛИЯНИЯ

Объем кровоизлияния в мл	Процентное соотношение
50 мл и менее	13,8 %
51-75 мл	18,3%
76-99 мл	32,6%
100 мл и более	26%

В результате проведенного оперативного лечения (табл. 2), пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от объёма кровоизлияния: 1 группа - до 50 мл составили 13,8 %, пациентов; 2 группа - 50-100 мл, составили больше полови-

ны пациентов - 50,9%; 3 группа - 100 и более, соответственно 26%. Из этого следует, что средний объём кровоизлияний приходится на значения в 50-100 мл.

Таблица 3

### РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЁМА КРОВОИЗЛИЯНИЯ

Объём кровоизлияния	Процент летальности
1 группа- до 50 мл	17,3 %
2 группа- 50-100 мл	24,4%
3 группа- 100 мл и более	35,3%

Исходя из вышеупомянутых данных (табл. 3), можно сделать следующий вывод, что определенное влияние на исход операции оказывал объем гематомы, чем он больше, тем соответственно

и неблагоприятен исход оперативного лечения. Наиболее высокий уровень летальности отмечен в 3 группе пациентов с объёмом кровоизлияния 100 мл и более, что составило 35,3%.

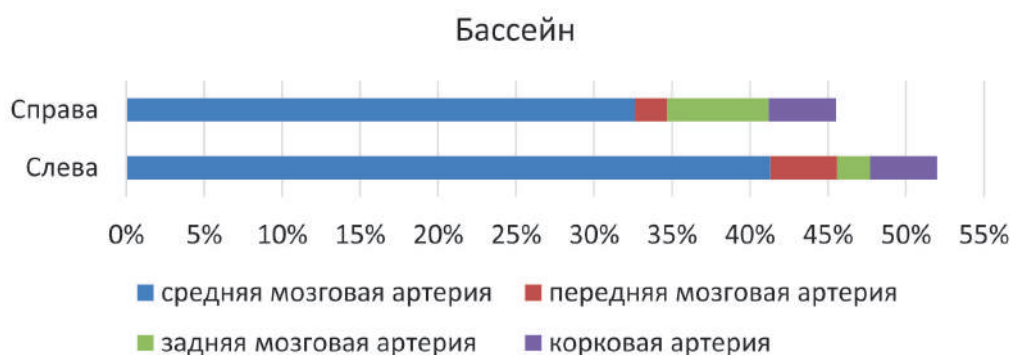


Диаграмма 3

В трёх из четырёх случаев источником экстравазата являлась средняя мозговая артерия, при этом слева геморрагия возникала чаще, чем справа (41,3 против 32,6%). То же было справедливо для бассейна передней мозговой артерии (4,3 против 2,1%). Вопреки предыдущим, задняя мозговая артерия с большей частотой поражалась справа (6,5%), нежели слева (2,1%). Корко-

вые сосуды в общей сложности страдали в 8,6% случаев одинаково с обеих сторон (диаграмма 3). Статистическая обработка на двустороннем точном тесте Фишера подтвердила наличие зависимости частоты прорыва крови в желудочки мозга от источника кровоизлияния: задние мозговые артерии в сравнении с остальными, очевидно, оказались более склонными давать прорывы в желу-

дочки ( $F=0,009686$ ;  $\chi^2=8,6$ ). В данном отношении,

совокупность сосудов правой и левой сторон не показали между собой достоверной разницы.



Диаграмма 4

Более чем в половине случаев (56,5%) выход крови ограничивался веществом головного мозга над мозжечковым наметом (диаграмма 4). В 36,9% кровоизлияние сопровождалось прорывом в желудочки мозга, 30,4% которых пришлось супратенториально, 4,3% инфратенториально и 2,1% в субарахноидальное пространство. Столько же излилось в субарахноидальное пространство изолированно. У 4,3% больных отсутствуют какие-либо сведения о локализации очага экстравазации.

Характер очага в 70% был представлен смешанным содержимым. Остальные 20% и 10% были распределены между изолированно жидким и изолированно сгусткообразным содержимыми. Общеизвестно, что характер очага находится в прямой зависимости от срока давности кровоизлияния, причём с закономерной тенденцией к его разжижению, что в какой-то степени даёт повод использовать данный факт в качестве ориентировочного критерия при суждении о миновавшем отрезке времени до момента операции. Тем не менее, будет ошибочным строго судить о сроке геморрагии, отталкиваясь исключительно от физического состояния патологического очага, поскольку не существует жесткой взаимной связи явлений фибринолиза с продолжительностью его внесосудистого сосредоточения. На данный момент, в связи с большим количеством неконтролируемых факторов, способных оказывать влияние на скорость настоящего процесса, не пред-

ставляется разумным пытаться искать какие-либо логические совпадения из того, что мы имеем на руках. Сложность многокаскадного процесса фибринолиза с участием как сосудистых, так и высвобождающихся при разрушении вещества головного мозга специфических компонентов, диктует необходимость проведения развёрнутых клинических анализов и лишь после этого можно будет сделать адекватные выводы, а сейчас же это остаётся только почвой для дальнейших исследований.

Дренирование желудочков головного мозга производилось во всех случаях с установленным прорывом в них, в совокупности составляя 17,3% против 82,6%.

Дооперационные фибринолитические мероприятия имели место быть только при верифицированном прорыве в желудочковую систему, и всё же, показания к их проведению были выставлены не каждому. Так, если число пациентов подвергнутому дренированию составило 17,3%, то к растворению сгустков обратились лишь у 10,8% от общего количества больных.

Отмечается прямая зависимость тяжести нарушения уровня сознания от наличия прорыва крови в желудочки мозга. Если при уровне сознания в 10-14 и 8-9 баллов по шкале комы Глазго случаи с тампонадой желудочков составляют только по 25%, то при 6-7 и 4-5 баллов эти показатели равны 50 и 100% соответственно.

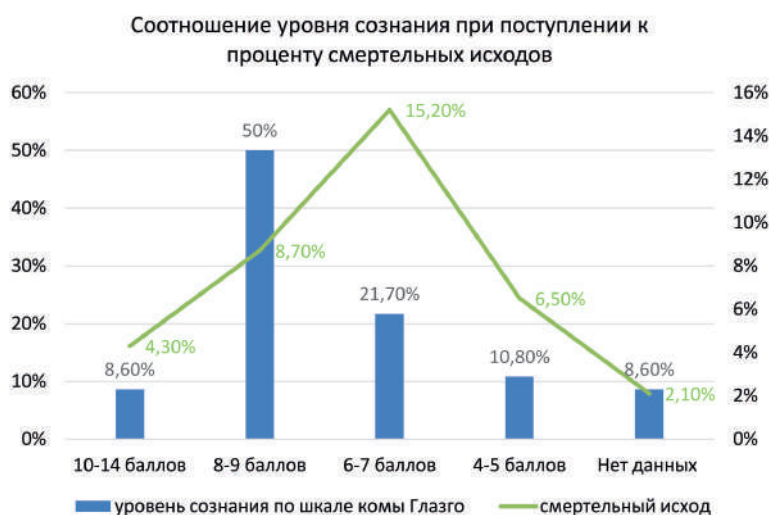


Диаграмма 5

Пациенты со сравнительно лёгкой степенью нарушения сознания при поступлении в совокупности составили 58,6% от общей массы: только 8,6% пациентов имели оценку 10-14 баллов по шкале комы Глазго; уровень сознания у 1/2 контингента поступивших был оценен в 8-9 баллов, справедливо занимая львиную долю в структуре поступивших (диаграмма 5). Изначально тяжелый уровень нарушения сознания с результатами в 6-7 и 4-5 баллов был зафиксирован у 21,7% и 10,8% больных соответственно. Это определено наиболее значимым фактором, который положительно коррелирует с большинством дальнейших развитий неблагоприятных исходов (2/3 смертей среди больных с уровнем сознания 6-7 и 4-5 баллов или 59% от общего количества смертей).

## ОБСУЖДЕНИЕ

В мире, общепринято, наибольшее распространение получили следующие операции: открытые вмешательства с энцефалотомией и удалением очага кровоизлияния; закрытые перкутанные дренирующие операции; эндоваскулярные вмешательства, и варианты перечисленных операций с тромболизисом или без. По данным некоторых авторов [17] невозможность проведения адекватной ревизии с гемостатической целью, а также быстрое развитие отёка и вторичного повреждения головного мозга вынуждают хирургов отдать предпочтение традиционным, открытым техникам нежели малоинвазивным, считая, что последние демонстрируют себя как гораздо менее эффективные. Однако, мы вынуждены не согласиться со столь категоричным заявлением, в связи

с чем наша точка зрения относительно планирования минимального объёма хирургической интервенции встречает существенную поддержку. Мы придерживаемся мнения, что в зависимости от ряда обстоятельств, каждая тактика имеет свою обоснованность и, как следствие, потенциально лучший результат. То же справедливо для малых вмешательств [18].

Так, открытые вмешательства являются очевидным выбором для случаев с крупными очагами кровоизлияния, когда сопровождение масс-эффекта явлениями отёка мозга является скорее правилом, нежели исключением, что при любых обстоятельствах подразумевает необходимость делать выбор в пользу максимально адекватной декомпрессии. С другой стороны, если верифицирован факт внутрижелудочкового прорыва крови, то это определено делает миниинвазивный способ более целесообразным, так как открытое вмешательство, здесь, чревато необоснованным разрушением значительного объёма интактного вещества головного мозга при доступе к сгустку, приводя к более высоким показателям когнитивных нарушений и прочих неврологических выпадений из-за повреждения соседних структур, а более неблагоприятные полученные результаты в подобных случаях просто напросто объясняются тем, что ситуация, по сути, представляет собой более тяжелый вариант развития событий, а не являются следствием неуместно щадящего объёма операции.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализируя данные исследования, отмечаем произошедший критический сдвиг влево, когда



возрастные показатели значительно сместились по направлению к молодому трудоспособному контингенту, превзойдя все ожидания. В долгосрочной перспективе результаты у выживших не являются удовлетворительными в плане сохраняющегося неврологического дефицита, являясь в большинстве своём перманентным и влекущим за собой неизбежные затраты на обязательную последующую реабилитацию.

Статистически обоснованным предиктором потенциального исхода явилась, как ни странно, не длительность от момента возникновения заболевания до начала лечения, а уровень нарушения сознания на момент поступления в стационар. Глубокое изменение последнего, с большей вероятностью влекущее неблагоприятный прогноз, преимущественно отмечалось у больных с возникнувшей тампонадой желудочковой системы мозга. К последнему чаще приводил очаг, источником которого являлся сосуд из системы задней мозговой артерии.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Согласно результатам проведённой работы, мы выделили три ключевых аспекта, влияющих на исход заболевания:

Тяжесть состояния, определяемая уровнем сознания пациентов: операции, которые проводились пациентам со спонтанным внутримозговым кровоизлиянием с уровнем сознания по ШКГ 10-14 баллов - 8,6%; 8-9 баллов - 50%; 6-7 баллов - 21,7 %; 4-5 баллов - 10,8%. В итоге 59% смертей составили пациенты с уровнем сознания в 6-7 и 4-5 баллов по шкале комы Глазго (диаграмма 5).

Объём кровоизлияния оказал также значительное влияние: уровень летальности возрастает соответственно объёму кровоизлияния, до 50 мл - 17,3%; 50-100 мл - 24,4%; и 100 мл и более - 35,5%. (таблица 3).

Временной промежуток от дебюта заболевания до оперативного вмешательства: летальность в зависимости от сроков операции (таблица 1) снижается от 21,5% на 5-7 сутки до 19,0% на 3-4 сутки, 13,9% в первые 48 часов и 11,8% при операциях, выполненных в первые 24 часа от начала заболевания, что свидетельствует о влиянии временного промежутка на исход оперативного вмешательства.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2017 году (статистический сборник). Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Астана. - 2018. - 354 с.
2. Lindbohm J.V., Kaprio J., Korja M. Survival bias explains improved survival in smokers and hypertensive individuals after aSAH // *Neurology*. - 2019 Dec. - 3;93(23). - P. e2105-e2109. doi: 10.1212/WNL.0000000000008537.
3. Puente A.B., de Asís Bravo Rodríguez F., Bravo Rey I., Romero E.R. Intracranial developmental venous anomaly: is it asymptomatic? // *Radiologia*. - 2018 Nov. - 60(6). - P. 512-516. doi: 10.1016/j.rx.2018.02.004.
4. Thien A., See A.A., Ang S.Y., Primalani N.K., et al. Prevalence of Asymptomatic Unruptured Intracranial Aneurysms in a Southeast Asian Population // *World Neurosurg*. - 2017 Jan. - 97. - P. 326-332. doi: 10.1016/j.wneu.2016.09.118.
5. Lee H.C., Chang K.C., Huang Y.C., Hung J.W., Chiu H.H., Chen J.J., Lee T.H. Readmission, mortality, and first-year medical costs after stroke // *J Chin Med Assoc*. - 2013 Dec. - 76(12). - P. 703-14. doi: 10.1016/j.jcma.2013.08.003.
6. Шамрай В.Ю., Махмутова А.М., Еруббаева Б.Б. Сравнительный анализ основных факторов риска инсульта // *Нейрохирургия и неврология Казахстана*. - 2019.
7. Dobkin B.H. Rehabilitation after Stroke // *N Engl J Med*. - 2005. - 352(16). - P. 1677-1684. doi: 10.1056/NEJMc043511.
8. Alvarez-Sabín J., Quintana M., Masjuan J., Oliva-Moreno J., et al. Economic impact of patients admitted to stroke units in Spain // *Eur J Health Econ*. - 2017 May. - 18(4). - P. 449-458. doi: 10.1007/s10198-016-0799-9.
9. Fattore G., Torbica A., Susi A., Giovanni A., Benelli G., Gozzo M., Toso V. The social and economic burden of stroke survivors in Italy: a prospective, incidence-based, multi-centre cost of illness study // *BMC Neurol*. - 2012. - 12. - P. 137. doi: 10.1186/1471-2377-12-137.
10. Ахметжанова З.Б., Медуханова С.Г., Жумабаева Г.К., Адильбеков Е.Б. Инсульт в Казахстане //

- Нейрохирургия и неврология Казахстана. - 2019.
11. Tong X., George M.G., Gillespie C., Merritt R. Trends in hospitalizations and cost associated with stroke by age, United States 2003-2012 // Int J Stroke. - 2016 Oct. - 11(8). – P. 874-881. doi: 10.1177/1747493016654490.
  12. Ogola B.O., Zimmerman M.A., Sure V.N., Gentry K.M., et al. G Protein-Coupled Estrogen Receptor Protects From Angiotensin II-Induced Increases in Pulse Pressure and Oxidative Stress // Front Endocrinol (Lausanne). – 2019. - 10:586. doi: 10.3389/fendo.2019.00586.
  13. Zhang D., Hong X., Wang J., Jiang Y., Zhang Y., Chen J., Niu X. Estradiol-17 $\beta$  inhibits homocysteine mediated damage by promoting H2 S production via upregulating CBS and CSE expression in human umbilical vein endothelial cells // J Cell Biochem. - 2019 Nov. doi: 10.1002/jcb.29527.
  14. Parekh T., Pemmasani S., Desai R. Risk of Stroke With E-Cigarette and Combustible Cigarette Use in Young Adults // Am J Prev Med. - 2020 Mar. - 58(3). – P. 446-452. doi: 10.1016/j.amepre.2019.10.008.
  15. Wang S., Chen J., Wang Y., Yang Y., Zhang D., Liu C., Wang K. Cigarette Smoking Is Negatively Associated with the Prevalence of Type 2 Diabetes in Middle-Aged Men with Normal Weight but Positively Associated with Stroke in Men // J Diabetes Res. - 2019 Sep. - 1853018. doi: 10.1155/2019/1853018.
  16. Mathieson A., Mullan D. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. World Health Organization, 2018, ix + 116 p.
  17. Sindelar B.D., Patel V., Chowdhry S., Bailes J.E. A Case Report in Hemorrhagic Stroke: A Complex Disease Process and Requirement for a Multimodal Treatment Approach // Cureus. – 2018. - 10(7). – P. e2976. doi: 10.7759/cureus.2976.
  18. Moradiya Y., Murthy S.B., Newman-Toker D.E., Hanley D.F., Ziai W.C. Intraventricular thrombolysis in intracerebral hemorrhage requiring ventriculostomy: a decade-long real-world experience // Stroke. - 2014 Sep. - 45(9). – P. 2629-35. doi: 10.1161/STROKEAHA.114.006067.

*М.Ю. Бирючков (м.ф.д., проф.), В.Е. Кенжебаев (м.ф.к.), З.К. Сулейменов, А.С. Адилова, Р.А. Кундубаев*

*Марат Оспанов атындағы БҚМУ КАҚ, Ақтөбе қ., Қазақстан*

## ҮШІНШІ ДЕҢГЕЙЛІ СТАЦИОНАРДАҒЫ КЕНЕТТЕН БАС МИЫНА ҚАН ҚҰЙЫЛУЫ ЖАҒДАЙЫНДА ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМ КӨРСЕТІЛГЕН НАУҚАСТАРҒА ЖЫЛДЫҚ ТАЛДАУ ЖҮРГІЗУ

**Мақсаты:** аурудың нәтижесіне әсер ететін негізгі факторды анықтау және спонтанды миішілік қан құйылулары бар науқастарды жүргізу тактикасын оңтайландыру.

**Материалдар және әдістер.** Хирургиялық араласудың клиникалық нәтижелерін ретроспективті талдауға 2019 жылы үшінші деңгейдегі стационарға түскен 46 пациент енгізілді.

**Нәтижесі.** Зерттеу емдеудің соңғы нәтижесіне әсер ететін бірқатар факторларды анықтауға мүмкіндік берді. Олардың ішінде ең бастысы стационарға келген кездегі неврологиялық статус болды. Осылайша, сананың ауыр дәрежедегі бұзылуы бар пациенттердің үштен бірі өлімге әкеп соқтырудың 60% құрады. Олардың көпшілігінде мидың қарыншасына қан жарылуы расталды.

**Қорытынды.** Біздің жұмысымыздың нәтижелері бойынша біз аурудың нәтижесіне әсер ететін үш негізгі аспектіні анықтадық; науқастың сана деңгейімен анықталатын жағдайдың ауырлығы. Нәтижесінде өлім-жітімнің 59% Глазго кома шкаласы бойынша 6-7 және 4-5 балл деңгейіндегі науқастар болды. Өлім деңгейі қан кету көлеміне сәйкес жоғарылайды, 50 мл дейін - 17,3%; 50-100 мл - 24,4%; және 100 мл немесе одан да көп - 35,5%. Операцияның ұзақтығына байланысты өлім-жітім 5-7-ші күндердегі 21,5%-дан 3-4-ші күндерде 19,0%-ға, алғашқы 48 сағатта 13,9%-ға және алғашқы 24 сағат ішінде орындалған операцияларда 11,8%-ға төмендейді, бұл хирургия нәтижесіне уақыт кезеңінің әсерін көрсетеді.

**Негізгі сөздер:** геморрагиялық инсульт, эпидемиология, экономикалық әсер, салдарлық аурулар, қарыншалардың тығындалуы, өлім-жітім.





*M.Yu. Biryuchkov (D.Med.Sci, Prof.), V.E. Kenzhebeyev (Cand.Med.Sci.), Z.K. Suleimenov, A.S. Adilova, R.A. Kundubayev*

*Marat Ospanov WKMU NJSC, Aktobe, Republic of Kazakhstan*

## **ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SPONTANEOUS INTRACEREBRAL HEMORRHAGE IN THE THIRD LEVEL HOSPITAL**

**Aim:** To determine the key factor influencing the outcome of the disease and optimization of management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage.

**Materials and methods.** A retrospective analysis of the clinical outcomes of the surgical intervention included 46 patients admitted to the third level hospital in 2019.

**Results.** The study revealed a number of factors affecting the results of treatment. The most decisive among them was the neurological status at the time of arrival at the hospital. So, a third of patients with a severe degree of impaired consciousness accounted for 60% of deaths. Most of them confirmed the presence of a breakthrough of blood in the ventricles of the brain.

**Conclusion.** According to the results of our work, we identified three key aspects that affect the outcome of the disease: the severity of the condition, determined by the level of consciousness of patients. As a result, 59% of deaths were patients with a consciousness level of 6-7 and 4-5 points on the Glasgow Coma Scale. The mortality rate increases according to the volume of hemorrhage, up to 50 ml - 17.3%; 50-100 ml - 24.4%; and 100 ml or more - 35.5%. Mortality, depending on the duration of the operation, decreases from 21.5% on days 5-7 to 19.0% on days 3-4, 13.9% in the first 48 hours and 11.8% in operations performed in the first 24 hours the onset of the disease, which indicates the influence of the time on the outcome of surgery.

**Keywords:** intracerebral hemorrhage, epidemiology, economical effect, concomitant diseases, ventricular plugging, mortality.