

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.831-005.1-07 : 616.8-089

К.Б. Ырысов, Г.Т. Мамражапова, У.А. Боржиев, М.Б. Ырысова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Цель исследования: определение оптимальной техники хирургического удаления внутримозговых гематом, обоснование дифференцированных показаний к их применению.

Материал и методы исследования. Работа включает в себя результаты анализа данных комплекса клинических, диагностических обследований и лечения больных с геморрагическим инсультом с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями в полушария большого мозга. Группу хирургического лечения составили 59 больных. Открытое удаление внутримозговых гематом произведено 30 больным (17 мужчин и 13 женщин). Вторую группу составили 29 больных, которым было произведено пункционное удаление внутримозговых гематом (19 мужчин и 10 женщин). Третью группу составили больные, у которых проводилось консервативное лечение. В этой группе был 81 больной (мужчин 42, женщин 39).

Результаты. В целом среди причин летальности преобладали первичные кровоизлияния, они составили 53,5% среди всех причин летальных исходов (12,9% при открытом удалении, 7,1% при пункционном удалении и 66,0% при консервативном лечении). Второй по значимости причиной летальности были повторные кровоизлияния - 29,5% (при открытом удалении 41,9%, при пункционном удалении 50,0% и при консервативном лечении 16%). При сравнительной оценке причин летального исхода различных способов лечения установлено, что при консервативном лечении преобладали первичные кровоизлияния по сравнению с обоими способами хирургического лечения ($P < 0,01$). В то же время при сравнении открытого и пункционного удаления гематом причины летальных исходов статистически не различались и преобладали повторные кровоизлияния ($P < 0,01$).

Заключение: Дифференцированный подход к хирургическому лечению супратенториальных внутримозговых кровоизлияний нетравматической этиологии при отсутствии известных в нейрохирургии противопоказаний предполагает показанным удаление латеральных и смешанных гематом пункционным методом, а лобарных - открытым методом, выполненным путем костнопластической трепанации, обеспечивающей достаточный обзор операционной раны с обязательным герметичным закрытием твердой мозговой оболочки.

Ключевые слова: геморрагический инсульт, внутримозговая гематома, диагностика, консервативное и хирургическое лечение, результаты лечения.

Введение. Лечение нетравматических внутримозговых кровоизлияний у больных с геморрагическим инсультом в связи с большой их частотой, высокой летальностью и инвалидизацией больных является актуальной медицинской и важной социальной задачей. Среди всех кровоизлияний в мозг наибольшую частоту (до 80%) составляют кровоизлияния супратенториальной локализации [1-7].

Анализ литературных данных показывает, что проблема хирургического лечения нетрав-

матических супратенториальных внутримозговых кровоизлияний не может считаться решенной. Имеется ряд вопросов, представляющих важное научное и практическое значение и требующий своего изучения и решения. Разнообразная техника открытого доступа к внутримозговым гематомам не получила убедительного обоснования в плане обеспечения наименее травматичного и наиболее оптимального подхода к гематомам различной локализации [8-15].

Материал и методы исследования. Работа включает в себя результаты анализа данных обследования и лечения больных с геморрагическим инсультом с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями в полушария большого мозга. Группу хирургического лечения составили 59 больных. Открытое удаление внутримозговых гематом произведено 30 больным (17 мужчин

и 13 женщин). Вторую группу составили 29 больных, которым было произведено пункционное удаление внутримозговых гематом (19 мужчин и 10 женщин). Третью группу составили больные, у которых проводилось консервативное лечение. В этой группе был 81 больной (мужчин 42, женщин 39).

Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ПОЛУ И ВОЗРАСТУ

Возраст в годах	всего		мужчины		женщины		соотнош. муж/жен
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
20-39	15	10,7	9	11,0	6	10,3	1,5
40-59	29	20,7	18	22,0	11	19,0	1,6
60-79	37	26,4	20	24,4	17	29,3	1,2
80 и старше	59	42,1	35	42,6	24	41,4	1,5
Всего	140	100	82	58,6	58	41,4	1,4

В числе всех наблюдений возрастную группу 20-39 лет составили 10,7% больных, от 40 до 59 лет - 20,7%, от 60 до 79 лет - 26,4%, от 80 лет и старше - 42,1% (табл. 1). В 75 (53,6%) наблюдениях заболевание началось с очаговых симптомов, в 35 (25,0%) - с утраты сознания и в 28 (20,0%) - их сочетания. Основная часть больных (110 - 78,6%) поступила в острейшей стадии (до 3 суток) после начала инсульта (в группе открытого удаления - 21 (70,0%), пункционного удаления - 20 (68,9%) и консервативного лечения - 69 (85,2%).

При неврологическом исследовании вторичный стволовой синдром (ВСС) различной степени выраженности определялся в 49 (60,3%) случаях в группе консервативного лечения, в 23 (76,7%) открытого удаления и в 28 (96,5%) случаях пункционного удаления.

Посредством компьютерных и магнитно-резонансных томограмм определяли локализацию, объем поражения и перифокальных изменений, подсчитывали величину смещения срединных структур (до 2 мм, от 3-6 мм, от 10 мм и более)

головного мозга (ССС), оценивали степень расширения желудочков - гидроцефалии (ГДЦ), деформации ствола мозга (ДСМ) и прорыва крови в желудочки (ПКЖ).

В 46 (32,9%) наблюдениях внутримозговых гематом производили церебральную ангиографию при подозрении на разрыв интракраниальной аневризмы у лиц молодого и среднего возраста без указания на артериальную гипертензию в анамнезе.

Для объективизации тяжести состояния, выраженности очагового неврологического дефицита, оценки динамики клинических показателей и восстановления использовали балльную шкалу инсульта Национального института здоровья (NIHSS) и индекс уровня социальной адаптации Бартела.

Результаты и их обсуждение. Точная клиническая диагностика стороны и степени поражения головного мозга позволила выбрать рациональную схему параклинического дообследования и адекватный метод лечения.

Таблица 2

СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ СОГЛАСНО ШКАЛЕ КОМ ГЛАЗГО (P<0,05)

Сумма баллов	ОУ		ПУ		КЛ		Всего	
	абс.	P±m%	абс.	P±m%	абс.	P±m%	абс.	P±m%
3-8	7	23,3±3,8	12	41,4±4,1	22	27,2±3,5	41*	29,3±3,9
9-15	23	76,7±4,3	17	58,6±4,4	59	72,8±4,2	99*	70,7±4,7
Итого	30	21,4±3,6	29	20,7±3,3	81	57,9±4,0	140	100

Примечание: ОУ – открытое удаление; ПУ – пункционное удаление; КЛ – консервативное лечение.

Тяжесть состояния и уровень расстройств сознания оценивали согласно градациям по шкале ком Глазго (табл. 2). При этом 41 (29,3%) больных поступили в тяжелом или крайне тяжелом состоянии. В группе открытого удаления счет исходного уровня бодрствования у 23 (76,7%) больных составлял от 15 до 9 баллов и у 7 (23,3%) больных - от 8 до 3 баллов. При консервативном лечении кровоизлияний счет исходного уровня бодрствования у 59 (72,8%) больных колебался от 15 до 9 баллов и у 22 (27,2%) - от 8 до 3 баллов. Исходное состояние больных, оперированных методом пункционного удаления, было наиболее тяжелым счет по шкале ком Глазго при поступлении в 17 (58,6%) случаев составлял от 15 до 9 и в 12 (41,4%) - от 8 до 3 баллов ($p < 0,05$).

В группе открытого удаления в 15 (50,0%) наблюдениях обнаружены глубокие латеральные

и смешанные кровоизлияния и в 14 (46,7%) - лобарные. В группе пункционного удаления все гематомы были глубокой латеральной и смешанной локализации. В 71 (87,6%) случае консервативного лечения были выявлены глубокие гематомы латеральной, смешанной и медиальной локализации.

В 11 (36,7%) наблюдениях открытого удаления выявлены гематомы объемом до 60 см³ (табл. 3), в 9 (30,0%) - от 61 до 80 см³, в 6 (20,0%) - от 81-120 см³ и в 4 (13,3%) - более 121 см³. В 10 (34,5%) случаях пункционного удаления гематомы были до 60 см³, в 8 (27,6%) - от 61 до 80 см³, в 9 (31,0%) - от 81 до 120 см³ и в 2 (6,9%) - более 121 см³. В 59 (72,8%) при консервативном лечении гематомы, были объемом до 60 см³, в 8 (9,9%) - от 61 до 80 см³, в 6 (7,4%) - от 81 до 120 см³ и в 8 (9,9%) - более 121 см³ ($p < 0,05$).

Таблица 3

РАЗМЕРЫ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ (P<0,05)

Объем гематомы	ОУ		ПУ		КЛ		Всего	
	абс.	P±m%	абс.	P±m%	абс.	P±m%	абс.	P±m%
>60 см ³	11	36,7±2,8	10	34,5±2,6	59	72,8±4,0	80*	57,1±4,2
61-80 см ³	9	30,0±2,1	8	27,6±2,3	8	9,9±1,6	25*	17,9±1,9
81-120 см ³	6	20,0±1,9	9	31,0±2,7	6	7,4±1,1	21*	15,0±1,3
>121 см ³	4	13,3±1,3	2	6,9±0,9	8	9,9±1,6	14*	10,0±0,7
Итого	30	21,4±2,7	29	20,7±2,5	81	57,9±3,8	140	100

Примечание: ОУ – открытое удаление; ПУ – пункционное удаление; КЛ – консервативное лечение.

Выраженное ССС (степени 2-3) выявлены в 23 (76,7%) наблюдениях открытого удаления, в 25

(86,2%) – пункционного удаления и в 46 (56,8%) случаях консервативного лечения (табл. 4).

Таблица 4

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ДАННЫМ КТ/МРТ ДАННЫХ (P<0,05)

Характер изменений	ОУ		ПУ		КЛ		Всего	
	абс.	P±m%	абс.	P±m%	абс.	P±m%	абс.	P±m%
ССС	23	76,7±4,5	25	86,2±4,4	46	56,8±3,7	94*	67,1±3,8
ГЦД	15	50,0±3,6	26	89,7±3,9	47	58,0±4,9	88*	62,9±4,6
ДСМ	26	86,7±5,0	30	100±0,0	66	81,5±4,1	122*	87,1±5,2
ПКЖ	21	70,0	24	82,8	47	58,0±3,6	92*	65,8±4,5

Примечание: ОУ – открытое удаление; ПУ – пункционное удаление; КЛ – консервативное лечение.

При открытом удалении гематом ДСМ обнаруживалась в 26 (86,7%) случаях, из них в 9 (34,6%) случаях она была III-IV степени. В группе пункционного удаления ДСМ была выявлена во всех наблюдениях, причем чаще, чем в других группах (в 30 - 100,0%) ее выраженность была III-IV степени. ДСМ у больных группы консервативного лечения определялась в 66 (81,5%), из которых в 19 (28,8%)

случаев имела III-IV степени. ПКЖ был выявлен у 21 (70,0%) больных, которые лечились способом открытого удаления гематом, у 24 (82,8%) – пункционного удаления и у 47 (58,0%) - консервативного лечения ($p < 0,05$).

Субкортикальные гематомы. Мы проанализировали результаты хирургического лечения 30 (21,4%) больных с субкортикальными гематомами.

Хорошие послеоперационные результаты по шкале исходов Глазго получены у 14 (46,6%) больных, умеренная инвалидизация отмечена у 6 (20,0%), глубокая инвалидизация – у 5 (16,7%). Послеоперационная летальность составила 5 (16,7%) случаев (табл. 5).

Среди больных с гематомами объемом менее 60 см³ послеоперационная летальность составила 1 (3,3%); 61-80 см³ - 1 (3,3%); 81-120 см³ и более 121 см³ – 3 (10,0%). При объеме ВМГ до 60 см³ доля хороших и удовлетворительных исходов значительно превышала долю других исходов и составила 24 (80,0%). Доля хороших исходов

при объеме ВМГ более 121 см³ была минимальной – 4 (13,3%).

Послеоперационная летальность среди пациентов моложе 49 лет составила 1 (3,3%), в возрасте 50-69 лет - 2 (6,7%), старше 70 лет – 2 (6,7%).

Путаменальные гематомы. Пункционная аспирация и локальный фибринолиз наиболее распространенный метод удаления путаменальных гематом. В пределах 24-96 ч после начала локального фибринолиза у 14 (73,7%) больных удавалось эвакуировать от 50 до 98% содержимого гематомы.

Таблица 5

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ИСХОДАМ ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ ГЕМАТОМ (P<0,05)

Типы гематом	всего	исход			летальность	рецидив
		хороший	умерен. инвалид.	глубокая инвалид.		
		абс. (P±m%)	абс. (P±m%)	абс. (P±m%)		
Субкортикальные	30	14 (46,6±3,4)	6 (20,0±1,3)	5 (16,7±1,4)	5* (16,7±1,5)	3* (10,0±0,6)
Путаменальные	19	4 (21,2±1,7)	6 (31,6±2,9)	2 (10,5±1,1)	7* (36,8±2,4)	7* (36,8±3,0)
Таламические	10	1 (10,0±0,6)	1 (10,0±0,6)	2 (20,0±3,2)	6* (60,0±4,2)	0 (0,0±0,0)
Итого	59	19* (32,2±2,7)	13 (22,0±2,0)	9 (15,3±2,2)	18 (30,5±2,6)	10 (16,9±1,3)

Проведен анализ результатов хирургического лечения 19 больных с путаменальными гематомами (табл. 5). Хорошие результаты в ближайшем послеоперационном периоде по шкале исходов Глазго отмечены у 4 (21,2%) больных, умеренная инвалидизация у – 6 (31,6%) и глубокая инвалидизация - у 2 (10,5%).

Послеоперационная летальность составила 7 (36,8%), при этом у 10 (52,6%) из 19 больных на момент выписки из отделения нейрохирургии выявлен регресс неврологического дефицита различной степени.

Пункционную аспирацию и локальный фибринолиз выполнили 13 больным. Хорошие и удовлетворительные результаты зафиксированы у 9 (69,2%) больных, глубокий неврологический дефицит у 2 (15,4%), послеоперационная летальность 2 (15,4%).

Таламические гематомы. Необходимость хирургического лечения при ВМГ таламуса обсужда-

ется до настоящего времени. Четко не определены показания к операции в зависимости от объема ВМГ, характера кровоизлияния и наличия ВЖК.

При таламических кровоизлияниях в случае компрессии мозга производили пункционную аспирацию и локальный фибринолиз.

Нами выполнены операции 10 больным с гематомами таламуса (табл. 5). Хороший результат отмечен у 1 (10,0%) больного, умеренная инвалидизация - у 1 (10,0%), глубокая инвалидизация - у 2 (20,0%). Послеоперационная летальность составила 6 (60,0%). Результаты хирургического лечения зависели от наличия и выраженности ВЖК, наличия окклюзии ликворопроводящих путей и сроков выполнения операции.

Сравнительная оценка открытого и мини-инвазивного (пункционного) методов. Нами проведено сравнение методов открытого удаления и мини-инвазивного (пункционного) на группе больных с гематомами глубинной локализации



(соответственно 37 и 64 наблюдения) по следующим показателям - динамике объема поражения, тотальности удаления гематом, частоте повторных кровоизлияний и морфологическим изменениям в случаях летального исхода. Динамика объема поражения, оцененная в различные сроки до конца 3-й недели после операции, позволила выявить достоверное возрастание перифокальных изменений на 1-3, 4-7, 15-21 сутки после открытого удаления, что клинически выражалось некоторым снижением уровня бодрствования по шкале ком Глазго у больных в первые 3 суток после операции. Причем нарастание перифокальных изменений выявлено в большинстве повторных исследований при открытом удалении внутримозговых гематом (в 19 из 30), в то время как после мини-инвазивного (пункционного) удаления увеличение объема поражения, после операции было обнаружено только в 5 из 29 контрольных исследований, а в остальных чаще отмечалось уменьшение и редко они соответствовали дооперационным.

Способ открытого удаления при глубоких гематомах не имел преимуществ по сравнению с мини-инвазивным (пункционным) и по показателю тотальности удаления гематом, хотя последний метод не ставит задачей абсолютное («до чистых стенок») удаление гематомы. Так при открытом удалении у 22 больных глубокие гематомы удалены тотально, у 8 - субтотально и у 2 - частично. В то же время при мини-инвазивном (пункционном) - у 25 тотально и у 4 - субтотально.

Для предупреждения повторных кровоизлияний после операции нами предлагается методика баллонизации полости удаленной гематомы. Баллон-катетер представляет собой замкнутую емкость и изготовлен из тонкого силикона, к которому прикреплен двухканальный катетер. Часть катетера, располагающаяся внутри баллона, изготовлена в виде «елочки». Поскольку баллон заполняется физиологическим раствором, то колебания давления внутри черепа передаются на содержимое баллона.

Поэтому кроме гемостатической роли не менее важным назначением баллона является возможность измерения давления в нем, что позволяет

контролировать динамику послеоперационных изменений, своевременно обнаружить осложнения (отек, повторное кровоизлияние) и принять срочные меры для их устранения.

Вспомогательные хирургические мероприятия включают ряд технических приспособлений и приемов, направленных на предупреждение кровотечения во время пункционного удаления гематом, повторных кровоизлияний в послеоперационном периоде при обоих методах хирургического лечения, внутричерепной гипертензии и дислокационных послеоперационных нарушений.

Вакуумный эффект во время пункционного удаления гематом был устранен благодаря применению методики компенсирующего введения физиологического раствора в боковой желудочек интактного полушария мозга в процессе удаления гематомы (Рационализаторское предложение №1/2018 «Способ предупреждения повторных кровоизлияний при нетравматических внутричерепных гематомах»).

Баллонизация полости удаленной гематомы использована нами в 24 случаях (в 13 при открытом удалении и в 11 при мини-инвазивном (пункционном) удалении). У 14 из этих больных операции были произведены в первые сутки и у 10 на 2-3 сутки после инсульта. У 13 больных гематомы были латеральными, у 4 - смешанными и у 7 - лобарными. Ни в одном из этих наблюдений повторных кровоизлияний не было.

Достоверной зависимости результатов лечения от вида вмешательства мы не выявили.

Заключение. Дифференцированный подход к хирургическому лечению супратенториальных внутримозговых кровоизлияний нетравматической этиологии при отсутствии известных в нейрохирургии противопоказаний предполагает показанным удаление латеральных и смешанных гематом пункционным методом, а лобарных - открытым методом, выполненным путем костнопластической трепанации, обеспечивающей достаточный обзор операционной раны с обязательным герметичным закрытием твердой мозговой оболочки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агзамов М.К. Дифференцированная тактика хирургического лечения больных с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями // Вестник экстренной медицины. - 2011. - №1. – С.24.
2. Ахметжанова З.Б., Медуханова С.Г., Жумабаева Г.К., Адильбеков Е.Б. Инсульт в Казахстане // Нейрохирургия и неврология Казахстана. - 2019. - №2 (спецвыпуск). – С.8-44.
3. Бывальцев В.А., Белых Е.Г., Жданович Г.С. Нетравматические внутрочерепные кровоизлияния // Здоровье, медицинская экология, наука. - 2015. – 33(61). – С.76.
4. Дзенис Ю.Л. Использование трансильвиевого и паратрансильвиевого доступа при хирургическом вмешательстве по поводу нетравматических внутримозговых гематом полушарий большого мозга (микроанатомическое обоснование и клинические наблюдения) // Украинский нейрохирургический журнал. - 2015. - №2. – С. 32-39.
5. Кариев Г.М., Исаков Б.М., Ташланов Ф.Н. Опыт хирургического лечения нетравматических внутримозговых гематом в условиях экстренной медицинской службы Андижанской области // Нейрохирургия и неврология Казахстана. - 2018. - №3(52). – С. 11-15.
6. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Данилов В.А. Хирургическое лечение гипертензивных внутримозговых гематом (Клинические рекомендации) // Неврологический журнал. - 2016. - №21(3). – С.146-151.
7. Лепсверидзе Л.Т., Семенов М.С., Гуца А.О. Эндоскопический метод в хирургическом лечении пациентов с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями // Нервные болезни. - 2016. - №4. – С.38.
8. Мустафин М.С., Новикова Л.Б., Акопян А.П. Нейрохирургические аспекты геморрагического инсульта // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. - 2018. - №12(1). – С.19-23.
9. Радьков И.В., Лантух А.В., Костив Е.П. Анализ послеоперационной летальности при гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2017. - №1. – С.73-78.
10. Саркулова Ж.Н., Сарбаева А.М., Кабдрахманова Г.Б., Хамидулла А.А., Урашева Ж.У. Анестезиологическое пособие при хирургическом лечении геморрагических инсультов // Нейрохирургия и неврология Казахстана. - 2019. - №2 (спецвыпуск). – С. 76-88.
11. Шамрай В.Ю. , Махмутова А.М. , Ерубаяева Б.Б. Сравнительный анализ основных факторов риска инсульта // Нейрохирургия и неврология Казахстана. - 2019. - №2 (спецвыпуск). – С.85-90.
12. Яриков А.В., Балябин А.В. Анализ причин летальности и прогностически неблагоприятных факторов оперативного лечения геморрагического инсульта // Медиаль. - 2015. - №3 (17). – С. 148.
13. Alkoshia H.M., Zakaria W.K. Outcome of Early versus Delayed Evacuation of Spontaneous Lobar Hematomas in Unconscious Adults // J Neurosci Rural Pract. - 2017 Oct-Dec. - 8(4). – P. 525–534.
14. Babi M.-A., James M.L. Peri-Hemorrhagic Edema and Secondary Hematoma Expansion after Intracerebral Hemorrhage: From Benchwork to Practical Aspects // Front Neurol. – 2017. – 8. – P. 4.
15. Cai Q., Zhang H., Zhao D. Analysis of three surgical treatments for spontaneous supratentorial intracerebral hemorrhage // Medicine (Baltimore). - 2017 Oct. - 96(43).

К.Б. Ырысов, Г.Т. Мамражапова, У.А. Боржиев, М.Б. Ырысова

И.К. Ахунбаев атындағы Қырғыз мемлекеттік медицина академиясы, Бішкек қ., Қырғызстан

ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІН ЕМДЕУ ӘДІСІН ТАҢДАУҒА БАЙЛАНЫСТЫ ТАЛДАУ

Зерттеудің мақсаты: интрацеребралды гематомаларды хирургиялық жолмен алып тастаудың оңтайлы техникасын анықтау, оларды қолданудың дифференциалды көрсеткіштерін негіздеу.

Материалдары және зерттеу әдістері. Жұмысқа клиникалық, диагностикалық зерттеулердің және ми жартышарында ми ішілік жарақатсыз интрацеребралды қан кетуімен гемомрагиялық инсульт алған науқастарды емдеудің кешенінің деректерін талдау нәтижелері кіреді. Хирургиялық емдеу тобы 59 пациенттен тұрды. Интрацеребралды гематомаларды ашық алып тастау 30 пациентке жасалды (17 ер адам және 13 әйел). Екінші топқа интрацеребралды гематоманы пункция жолымен алып тастаған 29 науқас кірді (19 ер адам және 10 әйел). Үшінші топқа консервативті ем қабылдаған науқастар кірді. Бұл топта 81 науқас болған (42 ер адам, 39 әйел).

Нәтижелер. Жалпы, өлім-жітімнің себептері арасында алғашқы қан кетулер басым болды, олар барлық өлім нәтижелерінің 53,5% құрады (12,9% ашық алып тастау, 7,1% пункциялық алып тастау, 66,0% консервативті еммен). Өлім-жітімнің екінші жетекші себебі қайталанған қан кетулер болды - 29,5% (ашық алып тастау - 41,9%, пункциялық алып тастау - 50,0% және консервативті емдеумен - 16%). Әр түрлі емдеу әдістерінің өлім себептерін салыстырмалы түрде бағалау кезінде консервативті емдеу кезіндегі алғашқы қан кетулер хирургиялық емдеудің екі әдісімен салыстырғанда басым болатындығы анықталды ($P < 0.01$). Сонымен қатар, гематоманы ашық және пункциялық алып тастауды салыстыру кезінде өлімнің себептері статистикалық жағынан ерекшеленбеді және қайталама қан кетулер басым болды ($P < 0.01$).

Қорытынды: нейрохирургияда белгілі қарсы көрсетілімдер болмаған кезде травматикалық емес этиологиялы супратенториалды интрацеребралды қан кетулерді хирургиялық емдеудің дифференциалды тәсілі бойынша латералды және аралас гематомаларды пункция әдісімен, ал лобарды гематомаларды ашық әдіспен алып тастау көрсетіледі. Бұл ретте ашық әдіс қатты ми қабығын міндетті түрде герметикалық жабумен ота жарасын жеткілікті дәрежеде көруді қамтамасыз ететін остеопластикалық трепанация әдісімен жүргізілуі тиіс.

Негізгі сөздер: гемомрагиялық инсульт, ми ішілік гематома, диагностика, консервативті және хирургиялық емдеу, емдеу нәтижелері.

К.В. Yrysov, G.T. Mamrajapova, U.A. Borjiev, M.B. Yrysova

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan

OUTCOME IN PATIENTS WITH HEMORRHAGIC STROKE DEPENDING ON THE CHOICE OF TREATMENT METHOD

Objective of the study: to determine the optimal technique for surgical removal of intracerebral hematomas, substantiate differentiated indications for their use.

Material and research methods. The work includes the results of data analysis of a complex of clinical, diagnostic examinations and treatment of patients with hemorrhagic stroke with non-traumatic intracerebral hemorrhages in the cerebral hemisphere. The surgical treatment group consisted of 59 patients. Open removal of intracerebral hematomas was performed in 30 patients (17 men and 13 women). The second group consisted of 29 patients who underwent puncture removal of intracerebral hematomas (19 men and 10 women). The third group consisted of patients who received conservative treatment. There were 81 patients in this group (42 men, 39 women).

Results. In general, primary hemorrhages prevailed among the causes of lethality, they accounted for 53.5% of all causes of lethal outcomes (12.9% with open excision, 7.1% with puncture excision, and 66.0% with conservative treatment). The second most important cause of mortality was repeated hemorrhages -



29.5% (with open excision 41.9%, with puncture excision 50.0% and with conservative treatment 16%). In a comparative assessment of the causes of death of various methods of treatment, it was found that with conservative treatment, primary hemorrhages prevailed in comparison with both methods of surgical treatment ($P < 0.01$). At the same time, when comparing open and puncture removal of hematomas, the causes of lethal outcomes did not differ statistically, and repeated hemorrhages prevailed ($P < 0.01$).

Conclusion: A differentiated approach to the surgical treatment of supratentorial intracerebral hemorrhages of nontraumatic etiology in the absence of contraindications known in neurosurgery assumes that the removal of lateral and mixed hematomas by the puncture method is shown, and the lobar one - by the open method, performed by osteoplastic trepanation, which provides a sufficient compulsory review of the operating wound with hermetic closure of the dura mater.

Keywords: hemorrhagic stroke, intracerebral hematoma, diagnostics, conservative and surgical management, treatment outcome.