

УДК 616.831—005.1—031.25—02: 616.12—008.331.1]—089

Выбор лечебной тактики у больных с гипертензивными внутримозговыми (полушарными) кровоизлияниями

Дзяк Л.А., Зорин Н.А., Плющев И.Е.

Днепропетровская государственная медицинская академия,
г. Днепропетровск, Украина

Ключевые слова: гипертензивное внутримозговое кровоизлияние, внутримозговая гематома, лечение хирургическое.

Проблема лечения гипертензивных внутримозговых кровоизлияний и в настоящее время сохраняет свою актуальность. Остается высоким уровень летальности и, по данным некоторых авторов [2,7,10,11], достигает 80%. Отмечается также высокий уровень инвалидизации больных, перенесших геморрагический инсульт — грубые неврологические расстройства сохраняются у 75% выживших пациентов [3,11].

Наиболее дискуссионным является вопрос о выборе сроков проведения операции. Также очевидно, что не все больные с внутримозговыми кровоизлияниями подлежат хирургическому лечению. В проанализированных нами данных литературы, отражающих опыт различных мировых клиник, нет единого мнения о выборе тактики лечения, а именно, определении оптимальных сроков и показаний к удалению внутримозгового кровоизлияния. Большинство нейрохирургов придерживаются тактики ранних оперативных вмешательств и основным критерием являлся объем кровоизлияния [4,5,8,9,10]. Подтверждением правильности такой тактики являются хорошие результаты ультранних оперативных вмешательств, выполненных в первые 7 ч после кровоизлияния [3]. Авторы отмечают, что благодаря ультраннему оперативному вмешательству послеоперационный отек и токсические эффекты от катаболитов гематомы были незначительными, что позволило снизить летальность до 10%. Однако в реальных условиях организации специализированной медицинской помощи в Украине больные в силу различных причин поступают в нейрохирургический стационар не в ближайшие часы после развития заболевания, а спустя сутки и более. Операции проводят, как правило, тотчас после поступления больного в стационар. При этом не всегда учитывают особенности клинического течения геморра-

гического инсульта, зависящие в большей степени от индивидуальной реакции мозга в ответ на катастрофу. Кроме того, при стремлении к проведению ультранних операций хирургическому лечению часто, подвергают больных, которых можно было бы успешно лечить консервативно, а оперативное вмешательство только ухудшало исход заболевания. Однако выжидательная тактика не может предприниматься тогда, когда медлить нельзя. Именно об этом свидетельствуют данные некоторых авторов [3], подтверждающие, что операция, проведенная спустя 12 ч после возникновения заболевания, не только не приводит к снижению летальности, а наоборот, чаще повышает ее, так как оперативное вмешательство проводится в неблагоприятных для мозга условиях, т.е. в условиях нарастания отека, гипоксии и грубого нарушения метаболизма. При этом основная цель — уменьшение интракраниальной гипертензии в достаточной степени не достигается, поскольку внутричерепное давление, сниженное вследствие удаления гематомы, уже через 12 ч возвращается к исходному уровню [8,12]. В то же время, по мнению многих исследователей [1,3,4,13], не стоит отказываться от операции в более отсроченный период (спустя 7 сут после кровоизлияния), поскольку она способствует снижению неврологического дефицита и улучшению условий реабилитации, а летальность при них, как правило отсутствует.

Следовательно, лечебная тактика не может быть во всех случаях одинакова. Совершенно очевидно, что есть больные с внутримозговыми кровоизлияниями, которым вовсе не показано оперативное лечение в силу отсутствия необходимости в нем либо в силу абсолютной его бесперспективности. Наряду с этим существует категория больных, которым безусловно показано удаление гематомы, но и в этих случаях подход должен быть индивидуальным.

Материалы и методы. Было пролечено 293 больных с гипертензивными внутримозговыми (полушарными) кровоизлияниями за период с 1993 по 2000 г., находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении и отделениях реанимации и интенсивной терапии Днепропетровской областной больницы. С 1993 по 1997 г. в стационаре находились 160 больных, с 1998 по 2000 г. — 133. Большинство пациентов были в возрасте от 55 до 65 лет. Всем больным при поступлении в стационар и в динамике лечения производили аксиальную компьютерную томографию, электрокардиографию, общий и биохимический анализы крови, коагулограмму, большинству из них — экстра- и транскраниальную доплерографию. Церебральную ангиографию выполнили 155 больным, у которых по характеру и локализации гематомы нельзя было исключить разрыв артериальной аневризмы или артериовенозной мальформации.

Лобарные и смешанные гематомы удаляли традиционным методом, при котором выполняли костно-пластическую трепанацию корончатой фрезой диаметром 4 см с последующей энцефалотомией и удалением гематомы. Кровоизлияния, локализующиеся в области подкорковых ганглиев, удаляли чаще через латеральную щель с рассечением коры островка. Глубинные гематомы удаляли пункционным методом. В послеоперационный период проводили контрольную компьютерную томографию. Объем удаленных гематом варьировал от 40 до 120 мл.

В период с 1993 по 1997 г. операцию стремились выполнить независимо от срока начала заболевания, как правило, в первые 3—4 ч с момента поступления больного в стационар. Из 160 леченных пациентов умерли 70. Из 66 оперированных пациентов умерли 28. Полученные данные были неудовлетворительными, поскольку общая летальность составила 43,75%, а послеоперационная — 42,4%.

Мы тщательно исследовали зависимость степени нарушения сознания и тяжести состояния больных от объема, локализации кровоизлияния, выраженности дислокационного синдрома и наличия прорыва крови в желудочковую систему.

Анализ всех рассматриваемых признаков показал, что ни один из них, взятый в отдельности, не является определяющим в установлении тяжести состояния больных и определении исхода заболевания. Только оценка указанных признаков в совокупности может в определенной степени определить прогноз заболе-

вания. Но и этого недостаточно, чтобы с большей или меньшей вероятностью определить прогноз. Более важное значение имеет индивидуальная реакция мозга в ответ на кровоизлияние, т.е. тот фактор, который наиболее сложно объективизировать. Единственным, что может в этом помочь, является выраженность и темп нарастания клинической симптоматики. Именно этот фактор, наряду с объемом и локализацией кровоизлияния, лег в основу разделения всех обследованных больных на четыре относительно однородные группы, к которым может быть применена однотипная лечебная тактика.

1-ю группу составили больные, исходное состояние которых было удовлетворительным или средней тяжести, что соответствовало фазе субкомпенсации [6]. Отрицательная динамика в процессе наблюдения за пациентами отсутствовала. Сознание было ясным или наблюдали умеренное оглушение. Очаговая симптоматика преобладала над общемозговой. По локализации кровоизлияния были латеральными, реже смешанными. Объем их не превышал 40 мл. Прорыв крови в желудочковую систему отсутствовал или был незначительным. Дислокационный синдром умеренно выраженный. Больным этой группы проводили консервативное лечение.

2-ю группу составили больные, исходное состояние которых было средней тяжести или тяжелое, соответствовало фазе умеренной декомпенсации. Сознание — глубокое оглушение или сопор, выраженная очаговая и общемозговая симптоматика, кровоизлияние латеральное или смешанное, объем его — от 40 до 100 мл, возможен прорыв крови в желудочковую систему, дислокационный синдром — от умеренного до резко выраженного. Этим больным провели хирургическое лечение, но в различные сроки в зависимости от варианта клинического течения заболевания.

У ряда больных с такими кровоизлияниями в течение 6—7 сут состояние оставалось стабильным, а в дальнейшем отмечали положительную динамику. Такие гематомы, к которым мозг больного “адаптировался”, названы нами “неагрессивными”. Наиболее благоприятные сроки для оперативного вмешательства в этих случаях — 2-я нед с момента заболевания.

В то же время были пациенты, состояние которых прогрессирующе ухудшалось, но темп нарастания симптомов декомпенсации был различным — от нескольких часов до нескольких суток. Гематомы, к которым мозг больного не мог полностью “адаптироваться”, названы “агрессивными”, а в зависимости от скорости раз-

вития декомпенсации можно выделить три типа течения.

А. Молниеносный — декомпенсация наступает уже в первые часы с момента заболевания.

Б. Острый — декомпенсация развивается в течение 1-х сут;

В. Подострый — декомпенсация наступает в течение первых 5 сут;

Все больные с «агрессивными» гематомами, которых лечили консервативно, умерли. Если оперативное вмешательство было выполнено до развития грубых витальных расстройств, исход был благоприятным. При любом типе течения «агрессивных» гематом необходимо проведение оперативного вмешательства до развития необратимой декомпенсации.

3-ю группу составили больные, исходное состояние которых было тяжелое, но стабильное, соответствовало фазе умеренной или грубой декомпенсации. Нарушение сознания — глубокое оглушение—сопор—кома I, кровоизлияние смешанное или медиальное, объемом до 40 мл. Возможность прорыва крови в желудочковую систему, дислокационный синдром отсутствовал или был умеренно выражен. Оперативное лечение у таких больных лишено смысла, так как тяжесть состояния обусловлена не объемом кровоизлияния, а его локализацией и связанными с этим первичными или вторичными витальными расстройствами. У половины этих больных декомпенсация и летальный исход наступали в течение нескольких суток, а оперативное лечение, если и предпринимали, чаще заканчивалось летально.

4-ю группу составили больные, у которых исходное состояние было крайне тяжелым или терминальным, соответствовало фазе грубой декомпенсации. Угнетение сознания до комы I—II—III, ранние грубые витальные расстройства; кровоизлияние смешанное, объемом более 100 мл, или медиальное любого объема, дислокационный синдром выраженный или критический. Возможность массивного кровоизлияния в желудочковую систему. Послеоперационная летальность в этой группе была крайне высокой, а у выживших больных установили инвалидность I группы.

Некоторых больных мы не смогли отнести ни к одной из вышеуказанных групп, в связи с чем вынуждены были также выделить их в отдельную группу.

С 1998 по 2000 г. при выборе лечебной тактики и сроков операции мы руководствовались тем, к какой из указанных групп может быть

отнесен конкретный больной. В большинстве случаев это удавалось. Распределение пациентов соответственно выделенным нами группам выглядело следующим образом:

1-ю группу составили 42 пациента, 2-ю — 57 больных, у которых «неагрессивных» гематом было 25, «агрессивных» — 32. «Агрессивные» гематомы имели подострое течение у 12 больных, острое — у 11, молниеносное — у 10, 3-ю группу составили 29 больных, 4-ю — 6.

Результаты. Больных 1-й группы лечили консервативно. Летальность отсутствовала.

Из 57 больных 2-й группы оперировали 46, из которых умерли 8. Всего умерли 17 пациентов этой группы.

Из 25 больных с «неагрессивными» гематомами оперировали 23, умерли 3 больных. Послеоперационная летальность была обусловлена развитием легочных и сердечно-сосудистых осложнений в ранний послеоперационный период. Всех больных оперировали на 2-е—3-и сутки, что, вероятно, и привело к развитию декомпенсации. В то же время двое подобных больных, не оперированных по определенным причинам, выжили, хотя и с медленным регрессом неврологических расстройств.

Из 32 больных с «агрессивными» гематомами оперировали 23.

Подострое течение наблюдали у 12 пациентов, всем им провели оперативное лечение, 1 больной умер, острое течение — у 11, оперировали 7, из них 2 умерли, остальные 4 больных, которым оперативное лечение не проводили, также умерли. Молниеносное течение — у 9 человек, оперировали 4, из них 2 умерли, остальные 5 больных, которым оперативное вмешательство не проводили, умерли.

В ряде случаев операции не производили в силу крайне тяжелого состояния больных и наличия грубых витальных расстройств уже при поступлении в стационар. Из оперированных больных, выжили лишь те, кто был оперирован до развития глубокой комы и витальных нарушений или находился в таком состоянии непродолжительное время (2—3 ч).

В 3-й группе было 29 человек. Из 7 оперированных умерли 5. Двое выживших больных находились в вегетативном состоянии. Все неоперированные больные все умерли. В данных случаях оперативное вмешательство было единственным шансом спасения жизни. Однако очевидно, что выжившие больные остаются с низким качеством жизни. Такие результаты приводят к выводу о том, что показания к операции у больных этой группы должны быть ог-

раниченными. Операцию можно производить лишь в тех случаях, когда сложно определить, к какой группе следует отнести больного и в случаях удовлетворительного уровня общего соматического статуса больного до заболевания.

К 4-й группе отнесли 6 больных, всех их лечили консервативно, умерли 3. Как мы уже отмечали, оперативное лечение у больных данной группы не имеет смысла, так как гематомы у них имели небольшой объем и медиальную локализацию, крайне тяжелое исходное состояние, и риск нанесения дополнительной травмы мозгу лишал смысла проведение хирургического лечения.

В изучаемый период (1998 — 2000гг.) наблюдали 134 больных, умерли 47; оперировали 53 пациентов, из них умерли 13. Таким образом, общая летальность составила 35,1%, послеоперационная — 24,5%. Нам удалось снизить показатели общей летальности в основном за счет снижения уровня послеоперационной летальности.

Обсуждение. Проведенное нами исследование наглядно свидетельствует о том, что реакция мозга в ответ на гипертензионное кровоизлияние строго индивидуальна. В наибольшей степени это проявляется у больных с гематомой среднего объема (40 — 100 мл). Гематомы малого объема, за исключением медиальных, несмотря на вариабельность клинической картины, протекают относительно благоприятно и не требуют хирургического лечения. Больные с медиальными кровоизлияниями, хотя и протекающими тяжело и в 50% случаев заканчивающимися летально, должны лечиться консервативно, поскольку оперативное удаление гематомы не способствует восстановлению витальных функций, а в большинстве случаев наносит дополнительную травму.

Большие кровоизлияния (более 100 мл) смешанной локализации, сопровождающиеся грубыми разрушениями глубинных структур мозга и массивным прорывом крови в желудочковую систему, как правило, изначально несовместимы с жизнью. В редких случаях, когда больные выживают, качество их жизни остается крайне низким — гемиплегия с грубым психоорганическим синдромом либо вегетативное состояние. Оперативное лечение в силу своей низкой эффективности у этих больных должно иметь ограниченные показания.

В свою очередь больные 2-й группы представляют наибольший интерес с точки зрения хирургического лечения. И если у больных с «неагрессивными» гематомами хирургическое

лечение существенно не влияет на летальность, но, будучи проведенное в ранний отсроченный период (6 — 8-е сутки), способствует уменьшению неврологического дефицита и улучшению условий реабилитации, то у больных с «агрессивными» гематомами оперативное лечение является единственным средством спасения жизни. Об этом свидетельствует тот факт, что ни один больной с «агрессивной» гематомой, неоперированный по различным причинам, не выжил. В тех случаях, когда операцию выполняли до развития явлений грубой декомпенсации, удалось спасти 78% больных.

Слабой стороной такого дифференцированного подхода к лечению является то, что с первых часов развития инсульта иногда трудно предсказать, каким будет в дальнейшем клиническое течение заболевания («агрессивным» или «неагрессивным»). И если это легче сделать при молниеносной и острой формах течения, то значительную трудность составляет различить «неагрессивную» гематому и «агрессивную» с подострым течением.

Применяя дифференцированный подход, нам удалось снизить послеоперационную летальность не за счет отказа от операций в ряде случаев, а от более взвешенного определения показаний к операции. Изучение проблемы с точки зрения временного фактора с момента заболевания и индивидуальности реакции мозга в ответ на развитие кровоизлияния подчеркивает важность значения хирургического лечения в случаях, когда операция действительно целесообразна. Также несомненна роль хирургического лечения с точки зрения более эффективной реабилитации.

Мы считаем, что главным резервом для достижения лучших результатов лечения гипертензивных внутримозговых гематом является выработка четких показаний и противопоказаний к операции, правильной оценки клинического течения и закономерностей исхода заболевания.

Выводы. 1. Тактика лечения больных с геморрагическими инсультами определяется индивидуальной реакцией мозга в ответ на кровоизлияние, выражающейся прежде всего в «агрессивном» или «неагрессивном» поведении гематомы.

2. Все пациенты с гематомами объемом от 40 до 100 мл, имеющими «агрессивное» течение, подлежат хирургическому лечению.

3. Пациенты с «неагрессивными» гематомами объемом от 40 до 100 мл могут лечиться консервативно, однако хирургическое лечение, проведенное в ранний отсроченный период, зна-

чительно улучшает условия реабилитации и качество жизни пациентов, существенно не повышая послеоперационную летальность.

4. Гематомы малого объема (до 40 мл) не требуют хирургического вмешательства.

5. Хирургическое лечение больших гематом (100 мл и более), как правило, нецелесообразно из-за высокой летальности и низкого качества жизни выживших пациентов. Однако операции не лишены смысла в случаях больших латеральных гематом, если производятся до развития грубой декомпенсации.

6. О правильности дифференцированной тактики свидетельствуют полученные нами результаты. Показатели послеоперационной летальности снизились с 42,4 до 24,5%, при этом общая летальность снизилась с 43,75 до 35,1%.

Список литературы

1. *Викторова Н.Д.* Изменения вещества мозга в области оперативного вмешательства при хирургическом лечении геморрагических инсультов: Автореф. дис...канд. мед. наук.— М., 1980.—24 с.
2. *Виленский Б.С.* Инсульт.— СПб.: Мед информ. агентство, 1995. — 288 с.
3. *Гельфенбейн М.С., Крылов В.В.* Современные подходы к диагностике и лечению геморрагических инсультов (по материалам XI Всемир. конгр. нейрохирургов (Амстердам, 1997 г.))// Невролог. журн. — №4. — 1998. — С.53—57.
4. *Данчин А.Г.* Сравнительные ранние результаты хирургического лечения массивных супратенториальных лобарных, латеральных и смешанных гематом, обусловленных артериальной гипертензией // Укр. журн. малоинвазивн. и эндоскопич. хирургии. — 1998. — С.5—15.
5. *Дыбкалюк С.В.* Нетравматические внутримозговые кровоизлияния у лиц молодого и среднего возраста (диагностика, лечебная тактика): Автореф. дис... канд. мед. наук. — К., 1996.
6. *Лихтерман Л.Б.* Нейротравматология: Справочник. — ИПЦ “Вазар-Ферро”.— М., 1994.
7. *Лебедев В.В., Быковников Л.Д.* Руководство по неотложной нейрохирургии. — М.: Медицина, 1987. — 179 с.
8. *Переседов В.В., Соловьев О.И., Шубин В.С. и др.* Способ коррекции дислокации при кровоизлияниях в полушария большого мозга // Нейрохирургия. — 1991.— С.9—11.
9. *Переседов В.В.* Дифференцированное хирургическое лечение нетравматических супратенториальных внутримозговых кровоизлияний: Автореф. дис... д-ра мед. наук.— М., 1990.— 40 с.
10. *Ромоданов А.П., Зозуля Ю.А., Педаченко Г.А.* Сосудистая нейрохирургия. — К.: Здоров'я, 1990. — 331с.
11. *Чеботарева Н.М.* Хирургическое лечение внутримозговых кровоизлияний, обусловленных артериальной гипертензией. — М.: Медицина, 1984.—174 с.
12. *Janny P., Colnet G., Georget A.M., Chazal J.* // Surg. Neurol.— 1978. — V. 10, N6. — P. 371—375.
13. *Kanaya H., Saiki I., Khuchi T. et al.* Hypertensive intracerebral hemorrhage in Japan: update on surgical treatment //Hypertensive intracerebral hemorrhage. — Eds. M.Mizukami et al. — Raven Press, New-York, — 1983.

Выбор лечебной тактики у больных с гипертензивными внутримозговыми (полушарными) кровоизлияниями

Дзяк Л.А., Зорин Н.А., Плющев И.Е.

Пролены 293 больных с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями с 1993 по 2000 г. Проведен анализ результатов лечения 160 больных за период с 1993 по 1997 г. Консервативно лечены 94 пациента, оперативно — 66. Выделены 4 группы больных, у которых клиническое течение заболевания было сходным. Для больных каждой из выделенных групп определена тактика лечения, согласно которой пролены 134 больных за 1998 — 2000 гг. Достигнуто снижение общей летальности с 43,75 до 35,1%, а послеоперационной — с 42,4 до 24,5%.

Choice of medical tactics at the patients with hypertensive intracerebral (of brain hemisphere) by hemorrhages

Kzyak L.A., Zorin N.A., Pliushchev I.E.

293 patients with hypertensive intracerebral hemorrhages have been treated since 1993 till 2000. Analysis of treatment of 160 patients in period since 1993 till 1997 has been made. Conservative treatment has been used in 94 cases, surgical treatment in 66 cases. All the cases have been formed into 4 groups of patients with similar clinical courses of disease. For each group a proper tactics of treatment has been found out. This method has been applied for 134 patients since 1998 till 2002. Total lethality decreased from 43,75% to 35,1%; postoperational lethality from 42,4% to 24,5%.

КОММЕНТАРИЙ

к статье Дзяк Л.А., Зорина Н.А., Плющева И.Е. "Выбор лечебной тактики у больных с гипертензивными внутримозговыми (полушарными) кровоизлияниями"

Работа посвящена одной из наиболее сложных и до настоящего времени не решенных проблем ургентной ангионейрохирургии, а именно — поискам оптимальных методов лечения внутричерепных кровоизлияний, осложняющих течение гипертонической болезни.

Значительное количество клинических наблюдений создало предпосылки для анализа и достоверного заключения относительно перспективности хирургического лечения внутримозговых гематом при различных вариантах течения инсультов.

При этом недостаточное использование литературных данных, посвященных клиническим проявлениям, особенностям хирургического лечения внутричерепных геморрагий обусловило недостаточно обоснованное заключение о решающей роли индивидуальной реакции ткани мозга на внутричерепную геморрагию для определения тактики лечения внутричерепной геморрагии.

Такая реакция (индивидуальная) обусловлена рядом факторов, которые, по мнению авторов, недостаточны для определения показаний к оперативному вмешательству, сроков его применения и, наконец — прогноза хирургического лечения. Мы считаем, что реакция мозга на повреждение универсальна и зависит от размера и локализации гематомы, сопровождается общими и местными сосудистыми реакциями патологического типа с перераспределением церебральной гемодинамики, отеком и дислокацией мозга, а клинически проявляется патологией церебральных и соматических функций, общемозговой и очаговой неврологической симптоматикой различной степени выраженности, а особенности реакции мозга в конкретном случае обусловлены состоянием сердечно-сосудистой, эндокринной, иммунной систем в момент поражения, возрастом больного, сопутствующей соматической патологией и так далее. Учет именно этих факторов обосновывает выводы из предоставленной работы, которые несомненно правильны, вытекают из анализа разработанного клинического материала и представляют клинический интерес.

*Д-р мед. наук Л.Н.Яковенко
Институт нейрохирургии
им.акад.А.П.Ромоданова АМН Украины*