

УДК: 616.831-005.1-089

Гипертензиалык геморагиялык инсульттагы бейтаптардын мээсинин дислокациондук синдромун хирургиялык дарылооУ. А. Боржиев¹, М. М. Мамытов², К. Б. Ырысов², Ж. Ж. Картанбаев³¹ Жалал-Абад облустук кан борбору, Жалал-Абад,² И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек,³ Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети, Бишкек,
Кыргыз Республикасы

МАКАЛА ЖӨНҮНДӨ МААЛЫМАТ КОРУТУНДУ

*Негизги сөздөр:*Глазго кома шкаласы
Геморрагиялык инсульт
Дислокация
Мээнин шишиши
Гематома
Локализация
Гемиплегия
Операция
Нейрохирургия
Баш мээ*Киришүү.* Хирургиялык дарылоо үчүн гипертензиялык инсультка кан куюлган бейтаптарды тандоонун критерийлерин сунуш кылдык, бейтаптарды төмөнкү критерийлерге ылайык тандап алуу керек: аң-сезим деңгээли, гематоманын локализациясы жана көлөмү боюнча, мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн дислокациясы боюнча. Иштин максаты гипертензиялык геморрагиялык инсульт менен ооруган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун оптималдуу тактикасын иштеп чыгуу жана кан агуунун жайгашкан жерине, көлөмүнө, дислокациясынын даражасына, аң-сезиминин деңгээлине жана кан агуунун убактысына жараша практикага киргизүү болуп саналат.*Изилдөөнүн материалдары жана методдору* - Улуттук госпиталдын нейрохирургия бөлүмүнүн оору тарыхына ретроспективдүү талдоо жүргүзүү. Изилдөөнүн натыйжаларына статистикалык талдоо Statistica for Windows программалык тутумунун (6.0 версиясы) жардамы менен жүргүзүлгөн. Сапаттык көрсөткүчтөрдүн жыштык мүнөздөмөлөрүн сальштыруу параметрлик эмес χ^2 методдорун колдонуу менен жүргүзүлдү.*Натыйжалар жана талкуулар.* Гематомалардын көлөмүнө, бейтаптардын жашына жана инсульттун мүнөзүнө жагымдуу натыйжалардын белгилүү бир көз карандылыгы байкалды. Хирургиялык дарылоонун натыйжалары операциянын убактысына, абалдын оордугуна, аң-сезиминин деңгээлине, бейтаптын жашына, гематоманын жайгашкан жерине жана көлөмүнө, каптал дислокациянын болушуна, карынчага кан агуунун болушуна жана окклюзивдүү гидроцефалия белгилеринин болушуна олуттуу көз карандылыгын көрсөттү.*Жыйынтыгы.* 1. Хирургиялык дарылоо үчүн прогностикалык жагымдуу көрсөткүчтөр көлөмү 60 см³ кем болгон жана бейтаптын аң-сезиминин ШКГ боюнча 10 баллдан ашык депрессиясы менен мээнин орто**Адрес для переписки:****Боржиев Урматбек Арстанбекович, 720900,**
Кыргызская Республика, Жалал-Абад, ул. Пушкина 22/85
Жалал-Абадский областной центр крови
Тел.: + 996 773 183 001
E-mail: urmat-kgma@mail.ru**Contacts:****Borjiev Urmatbek Arstanbekovich, 720900,**
22/85, Pushkina str, Jalal-Abad, Kyrgyz Republic
Jalal-Abad Regional Blood Center
Phone: +996 773 183 001
E-mail: urmat-kgma@mail.ru**Для цитирования:**Боржиев У.А., Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Картанбаев Ж.Ж. Хирургическое лечение больных с дислокационным синдромом головного мозга при гипертензивных геморрагических инсультах. Научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана» 2024, № 3, с.21-28.
doi.10.51350/zdravkg2024.3.9.2.21.28**Citation:**Borzhiiev U.A., Mamytov M.M., Yrysov K.B., Kartanbaev Zh.Zh. Surgical treatment of patients with brain dislocation syndrome in hypertensive hemorrhagic strokes. Scientific and practical journal "Health care of Kyrgyzstan" 2024, No. 3, p.21-28
doi.10.51350/zdravkg2024.3.9.2.21.28

линиялык структураларынын 2 ммге чейин дислокациясы менен инсульт гематомалары болуп саналат. Комага жеткен абалда бейтаптарды хирургиялык дарылоодогу өлүмү 83% түздү. Комага абалда хирургиялык кийлигишүү орунсуз жана натыйжасыз. Стволду кысып калганда же курч окклюзиялык гидроцефалия менен шартталган комага бейтаптарды хирургиялык дарылоо өзгөчө болуп саналат.

2. Көлөмү 60 см³ден аз болгон жана аң-сезиминин төмөндөшү менен (ШКГ боюнча 10 баллдан ашык) жана биринчи 72 саатта мээнин орто линиялык структуралары 2мм ге чейин жайгашкан субкортикалдык мээ ичиндеги гематомаларды хирургиялык дарылоо үчүн оптималдуу мезгил. Көлөмү 80 см³ кем болгон ортодо (базалдык ганглий) жайгашкан мээнин ичиндеги гематомасы бар жана эс-учун жоготкондон төмөн (ГКС боюнча 10 баллдан аз) орто түзүмдөрдүн жылышы 3 ммден ашса хирургиялык дарылоо үчүн прогностикалык жагымдуу мезгил, кан куйылгандан кийинки 6-7- күн болуп эсептелет.

Хирургическое лечение больных с дислокационным синдромом головного мозга при гипертензивных геморрагических инсультах

У. А. Боржиев¹, М. М. Мамытов², К. Б. Ырысов², Ж. Ж. Картанбаев³

¹ Жалал-Абадский областной центр крови, Жалал-Абад,

² Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева, Бишкек,

³ Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б. Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызская Республика

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ

Ключевые слова:

Шкала комы Глазго
Геморрагический инсульт
Дислокация
Отек мозга
Гематома
Локализация
Гемиплегия
Операция
Нейрохирургия
Головной мозг

РЕЗЮМЕ

Введение. Нами предложенные критерии отбора больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием для оперативного лечения, производят отбор больных по следующим критериям: по уровню сознания, по локализации и объёму гематом, по дислокации срединных структур головного мозга.

Целью работы является разработка и внедрение в практику оптимальную тактику хирургического лечения больных с гипертензивным геморрагическим инсультом в зависимости от локализации, объема, степени дислокации, уровня сознания и времени кровоизлияния.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ истории болезней отделения нейрохирургии Национального госпиталя. Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием программной системы Statistica for Windows (версия 6.0). Сопоставление частотных характеристик качественных показателей проводилось с помощью непараметрических методов χ^2 .

Результаты и обсуждения. Прослеживалась определенная зависимость благоприятных исходов от объема гематом, возраста больных, характера течения инсульта.

Результаты хирургического лечения показали достоверную зависимость от сроков проведения операции, тяжести состояния, уровня сознания, возраста пациента, локализации и объема гематомы, наличия латеральной дислокации, наличия вентрикулярного кровоизлияния, наличия признаков окклюзионной гидроцефалии.

Выводы. 1. Прогностический благоприятными показаниями для хирургического лечения служат инсультные гематомы с объемом менее 60 см³ и с угнетением сознания пациентов более 10 баллов по ШКГ с дислокацией срединных структур головного мозга до 2 мм. Летальность при хирургическом лечении больных в коматозном сознании составила 83%. При снижении уровня бодрствования до комы хирургическое вме

шательство нецелесообразно и малоэффективно. Исключением является оперативное лечение больных, находящихся в коме, обусловленной гематомой мозжечка, при сдавлении ствола и/или острой окклюзионной гидроцефалии.

2. Оптимальным сроком для оперативного лечения внутримозговых гематом с субкортикальной локализацией с объемом менее 60 см³ и с угнетением сознания не ниже оглушения (более 10 баллов по ШКГ) и дислокацией срединных структур головного мозга до 2 мм являются первые 72 часа. Прогностически благоприятным сроком для оперативного лечения больных с внутримозговыми гематомами медиальной (базальные ядра) локализации объемом менее 80 см³ и с угнетением сознания ниже оглушения (менее 10 баллов по ШКГ) со смещением срединных структур более 3 мм являются 6-7 сутки после кровоизлияния. Оперативное лечение внутримозговых гематом с прорывом в желудочки или супратенториальной локализацией, с объемом более 80 см³ и с угнетением сознания ниже оглушения (менее 10 баллов по ШКГ) при дислокации более 6 мм является 15-20 сутки после кровоизлияния.

Surgical treatment of patients with brain dislocation syndrome in hypertensive hemorrhagic strokes

U. A. Borzhiev ¹, M. M. Mamytov ², K. B. Yrysov ², Zh. Zh. Kartanbaev ³

¹ Jalal-Abad Regional Blood Center, Jalal-Abad,

² Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev, Bishkek,

³ Kyrgyz-Russian Slavic University named after B. N. Yeltsin, Bishkek,

Kyrgyz Republic

ARTICLE INFO

Key words:

Glasgow coma scale

Hemorrhagic stroke

Dislocation

Cerebral edema

Hematoma

Localization

Hemiplegia

Operation

Neurosurgery

Brain

ABSTRACT

Introduction. We proposed criteria for the selection of patients with hypertensive stroke hemorrhage for surgical treatment, to select patients according to the following criteria: by the level of consciousness, by the localization and volume of hematomas, by the dislocation of the midline structures of the brain.

The goal of the work is to develop and implement into practice the optimal tactics for surgical treatment of patients with hypertensive hemorrhagic stroke, depending on the location, volume, degree of dislocation, level of consciousness and time of hemorrhage.

Results and discussions. There was also a certain dependence of favorable outcomes on the volume of hematomas, the age of the patients, and the nature of the stroke.

The results of surgical treatment showed a significant dependence on the timing of the operation, the severity of the condition, the level of consciousness, the patient's age, the location and volume of the hematoma, the presence of lateral dislocation, the presence of ventricular hemorrhage, and the presence of signs of occlusive hydrocephalus.

Conclusions. 1. Prognostic favorable indications for surgical treatment are stroke hematomas with a volume of less than 60 cm³ and with depression of the patient's consciousness of more than 10 points on the GCS with dislocation of the midline structures of the brain up to 2 mm. Mortality during surgical treatment of comatose patients was 83%. When the level of wakefulness decreases to coma, surgical intervention is inappropriate and ineffective. An exception is the surgical treatment of patients in a coma caused by a cerebellar hematoma, with compression of the trunk and/or acute occlusive hydrocephalus.

2. The optimal period for surgical treatment of intracerebral hematomas with subcortical localization with a volume of less than 60 cm³ and with depression of consciousness not lower than stunning (more than 10 points on the GCS) and dislocation of the midline structures of the brain up to 2 mm is the first 72 hours. The prognostically favorable period for surgical treatment of patients with intracerebral hematomas of medial (basal ganglia) localization with a volume of less than 80 cm³ and with depression of consciousness below stunning (less than 10 points on the GCS) with a displacement of the median structures of more than 3 mm is 6-7 days after hemorrhage. Surgical treatment of intracerebral hematomas with a breakthrough into the ventricles or supratentorial localization, with a volume of more than 80 cm³ and with depression of consciousness below stunning (less than 10 points on the GCS) with a dislocation of more than 6 mm is 15-20 days after the hemorrhage.

Введение

Исследования, посвященные специально хирургическому лечению гипертензивных кровоизлияний, немногочисленны. Нечетко очерчен ангиографический аспект этих кровоизлияний. Мало внимания уделено обсуждению деталей хирургических вмешательств, в частности доступов к гематомам, отличающимся своеобразием локализации [1].

Внутри мозговые кровоизлияния, обусловленные артериальной гипертензией, обозначаемые также термином «гипертензивные внутри мозговые кровоизлияния», являются одним из наиболее распространенных и тяжелых поражений мозга. На их долю приходится около 20% всех инсультов и 60-70% нетравматических кровоизлияний в мозг [2].

Консервативное лечение гипертензивных кровоизлияний, сопровождающихся в значительной части случаев острым повышением внутричерепного давления, неэффективно - свыше 80% больных погибает, при этом 70-80% летальных исходов наступает в течение первых 3-х суток после инсульта [3].

Общепринятой тактики хирургического лечения гипертензивных кровоизлияний, как и других внутри мозговых кровоизлияний с острым течением не имеется. Хотя опыт операций при кровоизлияниях в мозг накапливается на протяжении нескольких десятилетий до настоящего времени остаются нерешенными, вызывают значительные разногласия вопросы о показаниях к операции и оптимальном сроке хирургических вмешательств [4].

Нет единого мнения о сроках вмешательства, методе хирургического лечения в зависимости от характера, локализации и объема кровоизлияния, тяжести состояния больных и сопутствующей патологии [5,6,7, 8, 9,10,11].

Необходимость выяснения этих вопросов свидетельствует об актуальности темы исследования.

Цель работы: разработать и внедрить в практику оптимальную тактику хирургического лечения боль-

ных с гипертензивным геморрагическим инсультом в зависимости от локализации, объема, степени дислокации, уровня сознания и времени кровоизлияния.

Материалы и методы исследования

Хирургическое лечение 90 больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием (ГИК). Все больные были прооперированы в отделениях нейрохирургии и нейротравматологии НГ МЗ КР в период 2010 года по 2019 годы. Возраст больных варьировал от 43 до 76 лет. Мужчин было 57, женщин - 33. Всем больным при поступлении выполняли компьютерную или магнитно-резонансную томографию. Основным этиологическим фактором во всех случаях являлась гипертоническая болезнь.

Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием программной системы Statistica for Windows (версия 6.0). Сопоставление частотных характеристик качественных показателей проводилось с помощью непараметрических методов χ^2 . Доверительные интервалы для частотных показателей рассчитывались с использованием точного критерия Фишера. Сравнение количественных параметров осуществлялось с использованием критериев Манна-Уитни. Количественные показатели в различных исследуемых подгруппах для полноты описания, удобства, восприятия и сравнения были представлены в форме «Box & Whisker Plot», когда на одном поле при различных группировках на основе качественных критериев отражены среднее значение, ошибка среднего и стандартное отклонение для указанного параметра. При обработке полученных данных, в силу клинической уникальности каждого случая, мы пользовались, в основном, определением процента наблюдаемых параметров (тяжесть клинических проявлений, локализация травматических внутричерепных гематом, эффективность и исходы лечения и т.д.) в исследуемых группах. Критерием статистической достоверности была величина $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Распределение гематом по локализации в группах оперированных больных, данные которого показали, что по локализации гематом группы сильно отличаются друг от друга. Анализ распределения больных по видам операции и локализации гематом показал, что в 36 (40,0%) случаях обнаружены латеральные гематомы, в 31 (34,4%) случае – лобарные, в 12 (13,3%) случаях – смешанные гематомы, а медиальные гематомы составили 11 (12,2%) случаев.

По объему внутримозговых гематом наши наблюдения распределились следующим образом: до 40 см³ обнаружены в 3 (3,3%) случаях, 41-60 см³ – в 59 (65,5%), 61-90 см³ – в 24 (26,7%) случаях, и более 90 см³ – в 4 (4,4%) случаях. Объем кровоизлияния у больных значительно влиял на тактику лечения. Так, в группе КППТЧ у большей части больных, 29 (79,6%) наблюдений, объем кровоизлияния был 41-60 см³, в 21 случае – объем гематом составил 61-90 мм³, а в группе РТЧ у большей части больных, 23 (81,3%) наблюдений, объем кровоизлияния был также 41-60 см³.

Распределение больных по степени ВЖК по 12-балльной шкале D.A. Graeb (1990) в группах.

В группе КППТЧ внутрижелудочковое кровоизлияние было диагностировано у 28 (62,2%) больных, в группе РТЧ – у 11 (24,4%) больных, в группе фрезеотомии – у 6 (13,3%).

В целом ВЖК в серии наблюдаемых больных обнаружено у 45 (50,0%), среди них у 12 (26,7%) легкой степени, у 23 (51,1%) средней степени, а у 10 (22,2%) больных диагностировали ВЖК тяжелой степени.

В зависимости от степени нарушения сознания все пациенты были распределены следующим образом: в ясном сознании поступило 11 (12,2%) больных, в умеренном и глубоком оглушении – 40 (44,4%), в сопоре – 21 (23,3%), в умеренной коме – 18 (20,0%) пациентов.

Из данных, что 35 (38,9%) больных при поступлении имели сознание в 8 баллов и ниже. Сравнительный анализ показал, что при поступлении более тяжелый контингент из числа 51 (56,7%) больного наблюдался в группе хирургического лечения с выполнением КППТЧ.

При поступлении в компенсированном состоянии находилось 30 (33,3%) больных, в субкомпенсированном состоянии – 45 (50,0%), в декомпенсированном состоянии – 15 (16,7%) пациентов.

Для улучшения результатов хирургического лечения и для снижения летальности при гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях и для снижения экономических затрат на неоправданные операции, проведен анализ результатов всех оперированных больных, после чего нами предложены критерии отбора больных с гипертензивными внутримоз-

говыми кровоизлияниями для оперативного лечения (Рационализаторское предложение «Методика отбора больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием для оперативного лечения» №4/2018 от 8 января 2018 года). Отбор больных производился по следующим критериям: по уровню сознания, по локализации и объему гематом, по дислокации срединных структур головного мозга. Прогностически благоприятными для оперативного лечения являются больные с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями с субкортикальной локализацией объемом менее 60 см³ и с угнетением сознания не ниже глубокого оглушения (более 10 баллов по ШКГ) и дислокацией срединных структур головного мозга до 2 мм. По предложенной методике отобрано 12 больных с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями и проведено оперативное лечение. Все прооперированные больные выписаны с улучшением.

Таким образом, предложенная методика отбора больных с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями улучшила результаты исхода оперативного лечения и минимизировать послеоперационную летальность. А также позволила избежать экономически неоправданных затрат.

Для оптимизации сроков хирургического лечения и для снижения летальности при гипертензивных инсультных кровоизлияниях проведен анализ результатов всех оперированных больных, после чего нами предложена методика определения сроков проведения оперативного лечения больных с гипертензивными инсультными кровоизлияниями (Рационализаторское предложение «Методика определения сроков проведения оперативного лечения больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием» №5/2018 от 8 января 2018 года).

Сроки проведения операции определялись в зависимости от уровня сознания, локализации и объема гематом, дислокации срединных структур головного мозга. Прогностически благоприятными сроками для оперативного лечения больных с гипертензивными инсультными кровоизлияниями с субкортикальной локализацией объемом менее 80 см³ и с угнетением сознания не ниже глубокого оглушения (более 10 баллов по ШКГ) и дислокацией срединных структур головного мозга до 2 мм являются первые 72 часа. Прогностически благоприятными сроками для оперативного лечения больных с гипертензивными инсультными кровоизлияниями с медиальной (базальные ядра) локализацией объемом менее 80 см³ и с угнетением сознания ниже глубокого оглушения (менее 10 баллов по ШКГ) с дислокацией срединных структур более 3 мм являются 6-7 сутки после кровоизлияния. Оперативное лечение больных с гипертензивными инсультными кровоизлияниями с прорывом в желудочки или супратенториальной локализацией, объемом более 80 см³ и с

угнетением сознания ниже глубокого оглушения (менее 10 баллов по ШКГ) с дислокацией срединных структур более 6 мм являлись 15-20 сутки после кровоизлияния. Оперативное лечение больных с гипертензивными инсультными кровоизлияниями с прорывом в желудочки или с супратенториальной локализацией объемом более 120 см³ и с угнетением сознания менее 7 баллов по ШКГ, с дислокацией срединных структур более 10 мм являлось неоправданным, в таких случаях необходимо вести выжидательную тактику. Таким образом, предложенная нами методика определения сроков проведения оперативного лечения больных с гипертензивными инсультными кровоизлияниями позволила улучшить результаты исхода оперативного лечения и минимизировать послеоперационную летальность.

Прослеживалась также определенная зависимость благоприятных исходов от объема гематом, возраста больных, характера течения инсульта.

Результаты хирургического лечения показали достоверную зависимость от сроков проведения операции, тяжести состояния, уровня сознания, возраста пациента, локализации и объема гематомы, наличия латеральной дислокации, наличия вентрикулярного кровоизлияния, наличия признаков окклюзионной гидроцефалии.

Эффективность лечения больных оценивали по показателю 30-суточной летальности и типам функциональных исходов.

Из 90 оперированных выжило 72 (80,0%) больных. Летальность составила 20,0% (18 наблюдений). По шкале исходов Глазго больные распределились следующим образом: хорошее восстановление отмечено в 19 (21,1%) наблюдениях, умеренная инвалидизация - в 28 (31,1%), тяжелая инвалидизация - в 25 (27,8%).

Обнаружена определенная зависимость между объемом гематомы и исходом заболевания. Отмечалась увеличение летальности при увеличении объема гематомы. Так при объеме кровоизлияния до 40 см³ летальность составила 22,2%, свыше 90 см³ - 100%. При этом отмечено, что хорошее восстановление наблюдалось лишь у больных при объеме кровоизлияния не более 60 см³. При объеме гематом до 90 см³ операция сохранила жизнь примерно 60% больных, смертность составила 40%, при объеме свыше 90 см³ операция сохранила жизнь примерно - 40% больных, смертность составила 60%. Из числа оперированных в возрасте 30-40 лет выжили 75% больных, 41-50 лет - 64% больных, 51-60 лет - 41% больных, в возрасте 61-68 лет - один больной. В случаях с прогрессирующим характером симптоматики до операции выжили 45% оперированных больных, со стабильным - 65% больных, с регрессирующим - 80% больных. Из 45 больных с ВЖК умерло 13 (28,9%) больных. Среди выживших больных наличие ВЖК также влияло на исход. Так у больных с хо-

рошим восстановлением ВЖК наблюдалось лишь в 6 (8,3%) случаев, у больных с умеренной инвалидизацией - в 13 (18,0%), а с глубокой инвалидизацией - в 11 (15,3%) случаев ($p < 0,05$).

У больных с первой степенью ВЖК (1-2 балла по D.A. Graeb) хорошее восстановление и умеренная инвалидизация были в 63,2% случаев, со второй, степенью (3-5 баллов по D.A. Graeb) - в 28,6% случаев, а с третьей степенью (6 баллов и выше по D.A. Graeb) - только в 13,9% случаев. Летальный исход при первой степени имел место в 26,3% случаев, при второй степени - в 45,2%, а при третьей степени - в 80,6%. Частота летальных исходов у больных с ВЖК в зависимости от степени геморагии различалась статистически достоверно ($p < 0,05$). У больных без ВЖК хорошее восстановление и умеренная инвалидизация отмечались в 53,1% случаев, а летальный исход - в 20,3%. Степень смещения срединных структур головного мозга значительно влияла на исход заболевания. У больных отмечалось повышение летальности с увеличением латеральной дислокации головного мозга. Так у больных без смещения срединных структур летальность составила 3,3%, со смещением 1-4 мм летальность возросла в 2,5 раза, а с увеличением смещения свыше 10 мм, летальность увеличилась более чем в 4 раза ($p < 0,05$). У больных без признаков дислокации хорошее восстановление отмечалось в 40% случаев, а со смещением более чем 10 мм - лишь в 2,7% случаев. У больных, со смещением срединных структур до 5 мм хорошее восстановление и умеренная инвалидизация отмечались в 60,9% случаев, тогда как у больных с дислокацией более 5 мм - в 26,2%. Летальный исход у больных с латеральной дислокацией, не превышающей 5 мм, был в 24,6% случаев, свыше 5 мм - в 48,6% наблюдений. Частота летальных исходов в зависимости от степени смещения срединных структур различалась статистически достоверно ($p < 0,05$).

Таким образом, анализ причин летальных исходов показал, что ведущей причиной смерти был выраженный отек и признаки дислокации, повторное кровоизлияние и прорыв крови в желудочки с гематомонадой.

Проведенное исследование показало, что повышение обоснованности операций, усовершенствование методики хирургических вмешательств и ведения больных в остром периоде, способствовали улучшению результатов операции и снижению послеоперационной летальности [12].

Выводы

1. Прогностический благоприятными показателями для хирургического лечения служат инсультные гематомы с объемом менее 60 см³ и с угнетением сознания пациентов более 10 баллов по ШКГ с дислокацией срединных структур головного мозга

до 2 мм. Летальность при хирургическом лечении больных в коматозном сознании составила 83%. При снижении уровня бодрствования до комы хирургическое вмешательство нецелесообразно и малоэффективно. Исключением является оперативное лечение больных, находящихся в коме, обусловленной гематомой мозжечка, при сдавлении ствола и/или острой окклюзионной гидроцефалии.

2. Оптимальным сроком для оперативного лечения внутримозговых гематом с субкортикальной локализацией с объемом менее 60 см³ и с угнетением сознания не ниже оглушения (более 10 баллов по ШКГ) и дислокацией срединных структур головного мозга до 2 мм являются первые 72 часа. Прогностически благоприятным сроком для оперативного

лечения больных с внутримозговыми гематомами медиальной (базальные ядра) локализации объемом менее 80 см³ и с угнетением сознания ниже оглушения (менее 10 баллов по ШКГ) со смещением срединных структур более 3 мм являются 6-7 сутки после кровоизлияния. Оперативное лечение внутримозговых гематом с прорывом в желудочки или супратенториальной локализацией, с объемом более 80 см³ и с угнетением сознания ниже оглушения (менее 10 баллов по ШКГ) при дислокации более 6 мм является 15-20 сутки после кровоизлияния [12].

Жазуучулар ар кандай кызыкчылыктардын чыр жоктугун жарыялайт.

Авторы заявляют об отсутствии конфликтов интересов. The authors declare no conflicts of interest.

Литература / References

1. Mamytov, M. Optimal Times of Carrying Out of Operative Treatment of Patients with Hypertensive Hemorrhagic Stroke [Text] / M. Mamytov, K. Yrysov // *Clinical Neurology and Neuroscience*. – 2019. – Vol. 3, N 4. – P. 77–83.
2. Bobinger, T. Programmed Cell Death after Intracerebral Hemorrhage [Text] / T. Bobinger, P. Burkardt, H. H. Huttner // *Curr Neuro pharmacol*. – 2018. – Vol. 16, N 9. – P. 1267–1281.
3. Cai, Q. Analysis of three surgical treatments for spontaneous supratentorial intracerebral hemorrhage [Text] / Q. Cai, H. Zhang, D. Zhao // *Medicine (Baltimore)*. – 2017. – Vol. 96, N 43. – e8435.
4. Ырысов, К. Б. Способ хирургического лечения внутричерепных нетравматических кровоизлияний и аневризматических выпячиваний сосудов головного мозга [Текст] / К. Б. Ырысов, Ж. Т. Ташибеков, Г. Т. Мамражапова. Патент на изобретение №2092. – А61В 17/00 (2018.01). – КГ 2092 С1 28.09.2018. // *Интеллектуальная собственность*. – 2018. – Т. 233, № 9. – С. 9.
5. Ye, Y. Endoscopic Surgery Without Decompressive Craniectomy in Large Putaminal Intracerebral Hemorrhage: Assessment of Efficacy and Safety [Text] / Y. Ye, Q. Wang, W. Ou // *Neurocrit Care*. – 2020. – Vol. 32, N 2. – P. 392–399.
6. Yilmaz, C. Spontaneous supratentorial intracerebral hemorrhage: Does surgery benefit comatose patients? [Text] / C. Yilmaz, S. Kabatas, S. Gulsen // *Ann Indian Acad Neurol*. – 2010. – Vol. 13, N 3. – P. 184–187.
7. Alkosh, H. M. Outcome of Early versus Delayed Evacuation of Spontaneous Lobar Hematomas in Unconscious Adults [Text] / H. M. Alkosh, W. K. Zakaria // *J Neurosci Rural Pract*. – 2017. – Vol. 8, N 4. – P. 525–534.
8. Лебедев, И. А. Основные данные регистра мозгового инсульта в городе Ханты-Мансийске за 2004-2005 гг. [Текст] / И. А. Лебедев, А. Р. Белявский, В. Г. Шаляпин // *Материалы Юбилейной всероссийской научно-практической конференции «Поленовские чтения»*. – СПб., 2007. – С. 157–158.
9. Мануковский, В. А. Исходы лечения больных с первичными внутримозговыми кровоизлияниями [Текст] / В. А. Мануковский, Д. В. Свистов, С. Ю. Данилов // *Материалы Юбилейной всероссийской научно-практической конференции «Поленовские чтения»*. – СПб., 2006. – С. 139.
10. Матвеев, С. Тактические подходы при хирургическом лечении нетравматических внутримозговых кровоизлияний / С. Матвеев, А. Калиничев, О. Шуляков, С. Аксенов, В. Клишин // *Материалы IV съезда нейрохирургов России*. – М., 2006. – С. 272.
11. Мустафин, С. А. Хирургическая тактика при гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях [Текст] / С. А. Мустафин, А. Б. Гехтман, Ш. Э. Булатов // *V Съезд нейрохирургов России : Материалы съезда*. – Уфа, 2009. – С. 217–218.
12. Боржиев У. А. “Сравнительная оценка эффективности различных методов хирургических вмешательств при геморрагическом инсульте” – Автореферат, 2021. – С.8-22.

Авторы:

Боржиев Урматбек Арстанбекович, кандидат медицинских наук, директор Жалал-Абадского областного центра крови, Жалал-Абад, Кыргызская Республика
ORCID:<https://orcid.org/0009-0005-6741-5803>

Мамытов Миталип Мамытович, академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. нейрохирургии до дипломного и последипломного образования Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-0586-9480>

Ырысов Кенешбек Бакирбаевич, доктор медицинских наук, профессор, член-корр. НАН КР, проректор по учебной работе, профессор кафедры нейрохирургии Кыргызской Государственной Медицинской Академии имени И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика
ORCID:<https://orcid.org/0000-0001-5876-4976>

Картанбаев Жениш Жанышович, кандидат медицинских наук, старший научный преподаватель кафедры травматологии и ортопедии КРСУ им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызская Республика

Поступила в редакцию 14.05.2024
Принята к печати 15.08.2024

Authors:

Borjiev Urmatbek Arstanbekovich, Candidate of Medical Sciences, director Jalal-Abad Regional Blood Center, Jalal-Abad, Kyrgyz Republic
ORCID:<https://orcid.org/0009-0005-6741-5803>

Mamytov Mitalip Mamytovich, Academician of the National Academy of Sciences of the Kyrgyz Republic, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Neurosurgery for undergraduate and postgraduate education at the Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva, Bishkek, Kyrgyz Republic
ORCID:<https://orcid.org/0000-0002-0586-9480>

Yrysov Keneshbek Bakirbaevich, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member NAS KR, Vice-Rector for Academic Affairs, Professor of the Department of Neurosurgery of the Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva, Bishkek, Kyrgyz Republic
ORCID:<https://orcid.org/0000-0001-5876-4976>

Kartanbaev Zhenish Zhanyshovich, Candidate of Medical Sciences, Senior Scientific Lecturer at the Department of Traumatology and Orthopedics KRSU named after B. Yeltsin, Bishkek, Kyrgyz Republic

Received 14.05.2024
Accepted 15.08.2024