БИШКЕК ТРАВМАТОЛОГИЯ ЖАНА ОРТОПЕДИЯ ИЛИМИЙ-ИЗИЛДӨӨ БОРБОРУ

С. Б. ДАНИЯРОВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК КАЙРА ДАЯРДОО ЖАНА КВАЛИФИКАЦИЯНЫ ЖОГОРУЛАТУУ ИНСТИТУТУ

Д 14.19.601 Диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК: 616.831-005.1-089

БОРЖИЕВ УРМАТБЕК АРСТАНБЕКОВИЧ

ГЕМОРРАГИАЛЫК ИНСУЛЬТТАГЫ АР ТҮРДҮҮ ХИРУРГИЯЛЫК ЫКМАЛАРЫНЫН КИЙЛИГИШҮҮЛӨРҮНҮН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУНА САЛЫШТЫРМА БАА

14.01.18 – нейрохирургия

Медицина илимдеринин кандидаты
окумуштуулук даражасын коргоо үчүн
жазылган диссертациясынын
АВТОРЕФЕРАТЫ

Бишкек – 2021

Илимий иш И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиянын дипломго чейинки жана дипломдон кийинки билим берүү нейрохирургия кафедрасында жана Кыргыз республикасынын Саламаттык сактоо министирлигинин алдындагы Улуттук госпиталынын нейрохирургия бөлүмдөрүндө аткарылган.

Илимий жетекчиси: **Мамытов Миталип Мамытович**
медицина илимдеринин доктору, профессор, КР УИАнын акад., И. К. Ахунбаев атындагы КММАнын дипломго чейинки жана дипломдон кийинки билим берүү нейрохирургия кафедрасынын кафедра башчысы

Расмий оппоненттери: **Дюшеев Буранбек Джамгырчиевич**
медицина илимдеринин доктору, Б.Н. Ельцин атындыгы КОСУ, неврология, нейрохирургия жана медициналык генетика кафедрасынын профессору

Дуйшобаев Абдыракман Раманкулович
медицина илимдеринин кандидаты, MEDI медициналык борборунун нейрохирургу

Жетектөөчү уюм: Ош мамлекеттик университети, неврология, нейрохирургия жана психиатрия кафедрасы (723500, Ош ш., Ленин проспектиси, 331).

Диссертациянын коргоосу 2021-жылдын 25-мартында саат 14:00до Бишкек травматология жана ортопедия илимий-изилдөө борбору жана С. Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу институтуна караштуу медицина илимдери боюнча докторлук (кандидаттык) окумуштуулук даражасын коргоо боюнча түзүлгөн Д 14.19.601 диссертациялык кеңештин жыйынында корголот.

Дареги: 720027, Бишкек ш., Кривоносов көч., 206, конференция залы. Диссертациянын короосунун zoom-webinar дан онлайн трансляциялоонун идентификациялык коду 558-757-7530, кирүү коду - 1111.

Диссертация менен Бишкек травматология жана ортопедия илим-изилдөө борборунун (720027, Бишкек ш., Кривоносов көчөсү, 206), С. Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институтунун (720004, Бишкек ш., Боконбаев көчөсү, 144а) китепканаларынан жана www: nicto.kg сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2021 жылдын "____" _____ таркатылды.

Диссертациялык кеңештин окумуштуу катчысы
медицина илимдеринин доктору, профессор: Б.С.Анаркулов

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. «Гипертензиялык мээнин ичине кан куюлууларды», артериалдык гипертензиянын айынан мээнин ичине кан куюлууларын аташат, алар кеңири тараган жана мээнин оор түрдөгү жабыркашына алып келет. Алар баардык инсульттардын ичинен 20%ды, ал эми жаракатсыз мээге кан куюлуулардын 60-70%ын түзөт. [Акопян А. П., 2002; Верещагин Н. В. кош авт. менен., 2002; Варакин Ю Я., 2005; Скворцова С. И. кош авт. менен., 2005; Котова А. Ю., 2009; Бывальцев В. А. кош авт. менен., 2015; Egashira Y. кош авт. менен., 2015; Bobinger T. кош авт. менен., 2018].

Гипертензиялык кан куюлууларды консервативдүү дарылоо натыйжасыз, ал көп учурда баш мээнин ичиндеги мээ басымы курч жогорулашына алып келип, 80% оорулуулар каза болот, анын ичинде 70-80% инсультка кабылган оорулуулар биринчи 3 күндүн ичинде өлүмгө дуушар болот. [Скворцова В. И. кош авт. менен., 2005; Брицис Р. кош авт. менен., 2006; Горлин В. кош авт. менен, 2006; Беляков К. В. кош авт.менен, 2009; Manoel O. кош авт. менен., 2016; Cai Q. кош авт. менен., 2017].

Гипертензиялык кан куюлууларда жана мээнин ичине башка кан куюлуулары курч учурунда жалпы кабыл алынган хирургиялык дарылоонун тактикасы жок. Бир нече жылдар бою гипертензиялык кан куюлуулардын операциялоо тажрыйбасы чогулганына карабастан, хирургиялык кийлигишүүнүн көрсөтмөлөрү жана жасалуучу убакыты олуттуу пикир келишпестиктерди жана суроолорду жаратуу менен ушул мезгилге чейин чечилбеген бойдон калууда [Галкина Т. Н. кош авт. менен., 2002; Крылов В. В. кош авт.менен, 2007; Дашьян В. Г., 2009; Берснев В. П. кош авт.менен, 2010; Джамгырчиева А. А. кош авт.менен, 2013; Kim S. H. кош авт. менен., 2017; Morioka M. кош авт. менен., 2017; Yrysov K. кош авт. менен., 2018].

Гипертензиялык кан куюлууларды хирургиялык дарылоого арналган атайын изилдөөлөр анча көп эмес. Бул кан куюлуулардын ангиографиалык аспекти да, ачык такталган эмес. Хирургиялык кийлигишүлөрдүн тетиктерин, анын ичинде, өзгөчө жайгашкан айырмачылыгы болгон гематомаларга кирүүнү анализдөөгө аз көңүл бурулган [Зорин Н. кош авт. менен., 2006; Елфимов А. В. кош авт.менен, 2008; Дзенис Ю. Л., 2014; Miller C. M. кош авт. менен., 2008; Mamytov M. кош авт. менен., 2019].

Кан куюлуулардын мүнөзүнө, жайгашканына жана көлөмүнө, оорулуулардын абалынын оордугуна жана коштогон патологиясына жараша хирургиялык дарылоо ыкмасы, менен кийлигишүү мөөнөтү жөнүндө бирдиктүү пикир жок [Мануковский В. А. кош авт. менен., 2006; Матвеев С.

кош авт. менен., 2006; Лебедев В. В. кош авт. менен., 2007; Мустафин С. А. кош авт. менен., 2009; Yilmaz C. кош авт. менен., 2010; Alkosha H. M. кош авт. менен., 2017; Ye Y. кош авт. менен., 2020].

Ушул маселелерди тактоо зарылдыгы изилдөө темасынын актуалдуулугун көрсөтөт.

Диссертация темасынын артыкчылыктуу илимий багыттарга, ири илимий долбоорлоруна, негизги илимий-изилдөө иштерине, билим берүү жана илим мекемелери жүргүзгөн илимий-изилдөө иштери менен байланышы.

Диссертациялык иш И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы тарабынан өткөрүлгөн: “Мээ кан тамыр патологиясын жана мээ шишигин нейровизуалдаштыруу, Кыргыз республикасындагы көйгөйдүн учурдагы абалы. Мээнин кан-тамыр жана онкологиялык ооруларын эрте аныктоо жана дарылоо ыкмаларын өркүндөтүү жана келечеги” аттуу илимий программанын алкагында жүргүзүлгөн, Кыргыз республикасынын Билим берүү жана илим министрлиги тарабынан каржыланган (реестр.№ 0007447).

Изилдөө максаты. Заманбап нейровизуалдаштыруу жана хирургиялык кийлигишүүнүн ыкмаларын колдонуу негизинде мээнин ичиндеги гематоманын пайда болуу убакытына, жайгашканына жана көлөмүнө жараша гипертензиялык геморрагиялык инсульт менен ооруган бейтаптарды нейрохирургиялык дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртуу жана натыйжалуулугун жогорулатуу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Геморрагиялык гипертензивдүү инсульттук кан куюлууларында бейтаптардагы түрдүү хирургиялык кийлигишүү ыкмаларынын эффективдүүлүгүн изилдөө жана салыштыруу.

2. Хирургиялык дарылоо үчүн гипертензиялык инсультук кан куюлууларында бейтаптарды тандоо ыкмасын иштеп чыгаруу, гипертензиялык мээдеги инсультук гематомасынан бейтаптарга хирургиялык кийлигишүү көрсөтмөлөрүн жана каршы көрсөтмөлөрүн тактоо.

3. Дарылоо натыйжаларынын негизинде гипертензиялык инсульттук кан куюлуусунда бейтаптарга хирургиялык дарылоо убактысын аныктоо ыкмасын иштеп чыгаруу.

4. Гипертензиялык геморрагиялык инсульт менен ооругандардын, гематоманын жайгашканына, көлөмүнө, дислокация даражасына, аң-сезим деңгээлине жана кан куюлуу убактысына жараша хирургиялык дарылоонун оптималдуу тактикасын иштеп чыгуу жана практикага киргизүү.

Алынган жыйынтыктардын илимий жаңылыгы:

1. Гипертензивдик геморрагиялык инсульт менен ооруган бейтаптарга хирургиялык кийлигишүүлөрдүн ар түрдүү ыкмаларынын натыйжалуулугуна салыштырма баа берүү жүргүзүлгөн. Геморрагиялык инсульт менен ооруган бейтаптарга хирургиялык кийлигишүүлөрдүн ар кандай ыкмаларынын натыйжалары гематоманын көлөмүнө, жайгашканына, дислокациянын даражасына, кан куюлуу убактысына, көз карандылыгына жараша салыштырмалуу баалоого негизделген хирургиялык дарылоонун натыйжалуу тактикасы сунушталат.

2. Гипертензиялык инсульттук кан куюлуусу бар бейтаптарды хирургиялык дарылоого тандоо ыкмасын иштеп чыкканбыз ("Рационализатордук сунуш: «Гипертензиалык инсульттук кан куюлуусу бар бейтаптарды оперативдүү дарылоого тандоонун ыкмасы» 8-январындагы 2018-жылдын №4/2018).

3. Гипертензиялык инсульттук кан куюлуусу бар бейтаптарды хирургиялык дарылоонун мөөнөттөрүн аныктоо ыкмасын иштеп чыгарылган, хирургиялык дарылоонун жыйынтыгына жараша ар кандай жайгашкан жана көлөмдөгү гипертензиялык геморрагиялык инсульт менен ооруган адамдарга хирургиялык кийлигишүүлөрдүн оптималдуу мөөнөттөрү аныкталган, ("Рационализатордук сунуш: «Гипертензиалык инсульттук кан куюлуусу бар бейтаптарга операциялоо жүргүзүү убакытын аныктоо ыкмасы» 8-январындагы 2018-жылдын №5/2018).

4. Гипертензиялык инсульттук кан куюлуусунда бейтаптарды хирургиялык дарылоонун оптималдуу тактикасынын натыйжалуулук критерийлери иштелип чыккан жана нейрохирургияда колдонууга киргизилген.

Алынган жыйынтыктардын практикалык маанилүүлүгү:

1. Геморрагиялык инсульт менен ооруган адамдарды хирургиялык дарылоо тажрыйбасына таянып, ар бир конкреттүү учурда хирургиялык кийлигишүүнүн кайсы ыкмасы колдонулаары, мээ ичиндеги гематоманын жайгашкан жерине жана көлөмүнө, дислокациянын даражасына, гипертензиялык геморрагиялык инсульт менен ооругандардын аң-сезим деңгээлине жараша колдонулаары аныкталган.

2. Гипертензиялык инсульттук кан куюлуусунда бейтаптарды хирургиялык дарылоо үчүн тандап алуу ыкмасы иштелип чыккан жана практикалык нейрохирургияга киргизилген, ал негизсиз жүргүзүлгөн кийлигишүүлөрдүн жана операциядан кийинки оорлошуулардын пайызын төмөндөтөт.

3. Нейрохирургиялык тажрыйбада иштелип чыккан жана киргизилген гипертензиялык инсульттук кан куюлуусунда бейтаптарды хирургиялык дарылоонун мөөнөттөрүн аныктоонун ыкмасы хирургиялык дарылоонун натыйжалуулугун жогорулатат.

4. Хирургиялык дарылоонун натыйжалуулугунун иштелип чыккан критерийлери, хирургиялык кийлигишүүлөрдүн айрым ыкмаларын жасоого көрсөтмөлөр жана каршы көрсөтмөлөр гипертензиялык инсульттук гематомасы бар бейтаптарды хирургиялык дарылоонун дифференциалдаштырылган, оптималдуу тактикасын колдонууга мүмкүндүк берет.

Алынган жыйынтыктардын экономикалык маанилүүлүгү. Анын хирургиялык дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртууга мүмкүндүк бергендигинде жана геморрагиялык инсульт менен ооруган адамдарды хирургиялык дарылоонун оптималдуу мөөнөттөрүнө жетишкендигинде, ал неврологиялык жоготуулардын калыбына келүү пайызына түз пропорционалдуу таасир этет, ооруканада болуу узактыгы жана операциядан кийинки мезгилде калыбына келтирүү терапиясынын мөөнөтү кыскарат.

Бүтүндөй өлкөнүн социалдык-экономикалык абалына таасир этүүчү, калктын эң активдүү жумушчу катмарына убактылуу эмгекке жараксыздыгын кыскартууга өбөлгө түзөт.

Ошентип, бейтаптарды тандоонун, гипертензиялык инсульттук гематомасы бар бейтаптарда хирургиялык дарылоонун убактысын жана ыкмаларын аныктоонун сунуш кылынган ыкмасы, хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртууга жана операциядан кийинки өлүмдүүлүктү төмөндөтүүгө мүмкүндүк берет. Ошондой эле, экономикалык жактан негизсиз хирургиялык чыгымдарды болтурбоого мүмкүнчүлүк берет.

Коргоого алынып чыгуучу диссертациянын негизги жоболору:

1. Гематоманын көлөмү 60см^3 ашпаган субкортикалдуу жайгашкан бейтаптарга резекциялык краниотомиясы (баш сөөктүн резекциялык трепанациясы) келечектүү.

2. Эгерде инсульттук гематома медиалдуу, вентрикулярдуу жайгашса, анын колому 60см^3 ашса, анда натыйжалуу деп – баш сөөктүн пластикалык трепанациясы сушушталат.

3. Мээнин ичиндеги гематоманын жайгашкан жерине жана көлөмүнө карабастан фрезеотомия аркылуу тешип сордуруп алуу ыкмасы, кан куюлгандан 20 кун өткөндөн кийин гана жасалса жакшы натыйжасын берет.

4. Гипертензиялык инсульттук кан куюлуулар субкортикалдуу жайгашса, анын көлөмү 60см^3 ашпаса, бейтаптын аң сезими Глазго кома шкаласы боюнча 10 упай же андан жогору болсо, мээнин ортонку

түзүмдөрүнүн дислокациясы 3 ммден ашпаса анда хирургиялык дарылоо натыйжалуу болот.

5. Талдоонун жыйынтыгы боюнча, эгерде гипертензиялык мээге кан куюлуулар субтенториалдык жана вентикулярдык аймактарда жайгашса, анын көлөмү 80см^3 ашса, мээнин ортонку түзүмдөрүнүн дислокациясы 10 ммден ашса, бейтаптын аң сезими Глазго кома шкаласы боюнча 8 упай же андан аз болсо геморрогиялык инсультка кабылган бейтаптарга хирургиялык кийлигишүү 72 сааттын ичинде болсо анда алардын операциядан кийинки өлүмүнүн жогорку тобокелдигине алып келет.

6. Субкортикалдуу жайгашкан гипертензиялык инсульттук кан куюлуулардын көлөмү 60см^3 ашпаса, бейтаптын аң сезими Глазго кома шкаласы боюнча 10 упай же андан жогору, мээнин ортонку түзүмдөрүнүн дислокациясы 2 мм болсо, оперативдүү дарылоонун жасалышынын жагымдуу убакыты биринчи 72 саат болот.

Изденүүчүнүн кошкон жеке салымы. Изденүүчүнүн жеке катышуусу жаракаттык эмес супратенториалдык интрацеребралдык кан куюлуулардын дартын аныктоо жана дарылоо ыкмаларын иштеп чыгууну жана аны ишке ашырууну камтыйт. Автор клиникалык материалдарды чогултуп жана аны талдоону жеке өзү жүргүзгөн, изденүүчү геморрагиялык инсульт менен ооруган адамдардын дартын аныктоого жана хирургиялык дарылоого түздөн-түз катышкан. Алынган натыйжаларды чогултуу жана талдоо, аларды талкуулоо жана чечмелөө, корутундулар толугу менен авторго таандык.

Диссертациянын жыйынтыктарын апробациялоо. Диссертациянын негизги жоболору: Профессор С. К. Кайшибаевдин 80 жылдык маараке сине арналган эл аралык катышуудагы "Кайшибаев окуулары" V илимий-практикалык конференциясында (Алматы, 2015), Академик К. Р. Рыскулованын 100 жылдыгына арналган “2018жылдын КММАнын илим күндөрү" эл аралык илимий форумунда (Бишкек, 2018), Кыргыз республикасы менен Сибирь Ассоциациясынын нейрохирургдары жана неврологдору биргелешкен эл аралык конференциясында (Бишкек, 2019), Кыргыз республикасынын Саламаттык сактоо министирлигинин Улуттук госпиталынын нейрохирургия жана нейротравматология бөлүмдөрүнүн кызматкерлеринин бириккен отурумунда (Бишкек, 2020) баяндалынып талкууланган.

Изилдөөнүн жыйынтыктарын жайылтуу. Кыргыз республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин алдындагы Улуттук госпиталинин нейрохирургия бөлүмдөрүндө, Ош облустар аралык бириккен клиникалык ооруканасында, Ош шаардык клиникалык ооруканасында геморрагиялык инсульт менен ооруган бейтаптарды нейрохирургиялык комплекстүү

дарылоо ыкмалары иштелип чыккан жана жүзөгө ашырылган жана Жалал-Абад облустук ооруканасынын практикалык ишинде колдонулат. Изилдөөнүн натыйжалары И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын жана Ош мамлекеттик университетинин студенттерин окутууда, лекцияларда, семинарларда практикалык сабактарда колдонулат, ошондой эле курсант – дарыгерлердин дасыгуусун жогорулатуунун тематикалык циклына киргизилген.

Диссертациянын жыйынтыктарынын басылмаларда толук чагылдырылышы. Диссертациянын материалдарынын негизинде 8 илимий эмгек жарыяланган, рационализатордук сунуштар боюнча 2 күбөлүк алынган ("Гипертензиалык инсульттук кан куюлуусунда бейтаптарды оперативдүү дарылоого тандоонун ыкмасы" 2018-жылдын 8-январындагы № 4/2018; рационализатордук сунуш "Гипертензиалык инсульттук кан куюлуусунда бейтаптарды операциялоо жүргүзүү убакытын аныктоо ыкмасы" 2018-жылдын 8-январындагы № 5/2018, И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясынын патенттик бөлүмү тарабынан берилген).

Диссертациянын түзүлүшү жана көлөмү. Диссертациянын материалдары Times New Roman шрифтинде, кирилица алфавитинде (өлчөмү 14, интервалы 1,5) компьютердик терүүдө 150 барактан турат. Диссертациялык иш кириш сөздөн, илимий адабияттарга сереп салуудан, жеке өзүнүн изилдөөлөрүнүн эки бөлүмүнөн, корутундуларынан, тыянактарынан, практикалык сунуштарынан жана колдонулган 216 адабият булак тизмесинен турат, анын 102 булагы алыскы чет өлкөлөрдүн авторлорунан берилген, илимий иш 8 таблица, 16 сүрөт менен сүрөттөлгөн.

ИШТИН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

1-бап. Геморрагиялык инсульттагы жаракаттык эмес мээге кан куюлуу жөнүндө азыркы учурдагы түшүнүк (адабий сереп). Бул бөлүмдө гипертензиялык инсульттук кан куюлуунун эпидемиологиясы, түзүмдөрү жана патогенези, мээге зыян келтирүү механизмдери жөнүндө азыркы учурдагы түшүнүктөр баяндалган, геморрагиялык инсульт менен ооруган бейтаптардын дартын аныктоо жана дарылоонун учурдагы тенденциялары келтирилген.

2-бап. Материалдар жана изилдөөнүн ыкмалары

Илимий иш артериялык гипертензиядан улам келип чыккан супратенториалдык жайгашкан, мээ ичиндеги кан куюлууга чалдыккан 90 бейтаптардын клиникалык байкоосун талдоого негизделген. Бейтаптар 2014-

2019-жылдар аралыгында Кыргыз республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталынын нейрохирургия жана неврология бөлүмдөрүндө дарыланган. Бардык бейтаптар хирургиялык дарылоодон өтүшкөн. Архивдик байкоолор 55 бейтапты түзгөн.

Изилдөө объекти. Изилдөө супратенториалдык жайгашкан мээ ичиндеги кан куюлууга чалдыккан 90 бейтаптын дартын аныктоонун жана хирургиялык дарылоонун натыйжаларын талдоонун негизинде жүргүзүлгөн. Алардын арасында 56 (60,4%) эркек жана 34 (39,6%) аялдар болгон. Бейтаптардын жаш курагы 37ден 76 жашка чейин. Бейтаптардын орточо жашы 56,7 ± 8,3 жашты түзгөн.

Изилдөө предмети. Өзүнөн-өзү мээге кан куюлган учурда трепанация ыкмалары (фрезеотомия, баш сөөктүн резекциялык трепанациясы, баш сөөктүн пластикалык трепанациясы).

Бейтаптардын жарымынан көбү, 53 (58,9%) адам, дарылануу учурунда 41-60 жаш курагында болгон. Эң чоң үлүштү 51-60 жаштагы бейтаптар (35,6%) түзгөн. Улгайган 33 бейтап болгон, ал 36,7% ды түзгөн. Ошентип, көпчүлүк учурларда, мээге кан куюлууга көбүнчө эмгекке жарактуу бейтаптар дуушар болушкан.

Оорунун башталышынан баштап ооруканага түшкөн убакытка жараша бейтаптар төмөнкүдөй бөлүштүрүлгөн: кан агуудан кийинки алгачкы 24 саат ичинде 67 бейтап жаткырылган (74,4%), 2-3 күндүн ичинде – 16 (17,8%), 3-күндөн жогору – 7 (7,8%). Бейтаптарды ооруканага жаткыруу инсульттан кийинки 1- күндө эң жогорку деңгээлде болгон. Бейтаптарды кечиктирип госпиталдаштыруу, профили жок башка бөлүмдөрдөн которуудан, поликлиникалардан кечигип жолдомо алуудан жана үйдө дарылануудан болгон.

Аң-сезимдин бузулуу деңгээли кыймылдаткыч реакцияларын, оозеки жоопту жана көз реакциясын изилдөөгө негизделген Глазго кома шкаласынын жардамы менен аныкталган.

Курч мезгилдеги бейтаптардын абалынын оордугу Глазго кома шкаласын (ГКШ) жана Ю.Зубков жана башка авторлор менен (1989), сунуштаган шкалаларынын негизинде жасалган, анда абалдын төмөнкү градациялары бар: компенсацияланган, субкомпенсацияланган жана декомпенсацияланган. Компенсацияланган абал ГКШ боюнча 13-15 упайга, субкомпенсацияланган абал 8-12 упайга, декомпенсацияланган абал 3-7 упайга туура келген.

Абалдын оордугун баалоо бейтапты ооруканага жаткыруу учурунда, оорунун динамикасында жана ооруканадан чыккан учурда жүргүзүлгөн. Аң-сезимдин бузулушун баалоо 1982-жылы кабыл алынган, борбордук нерв

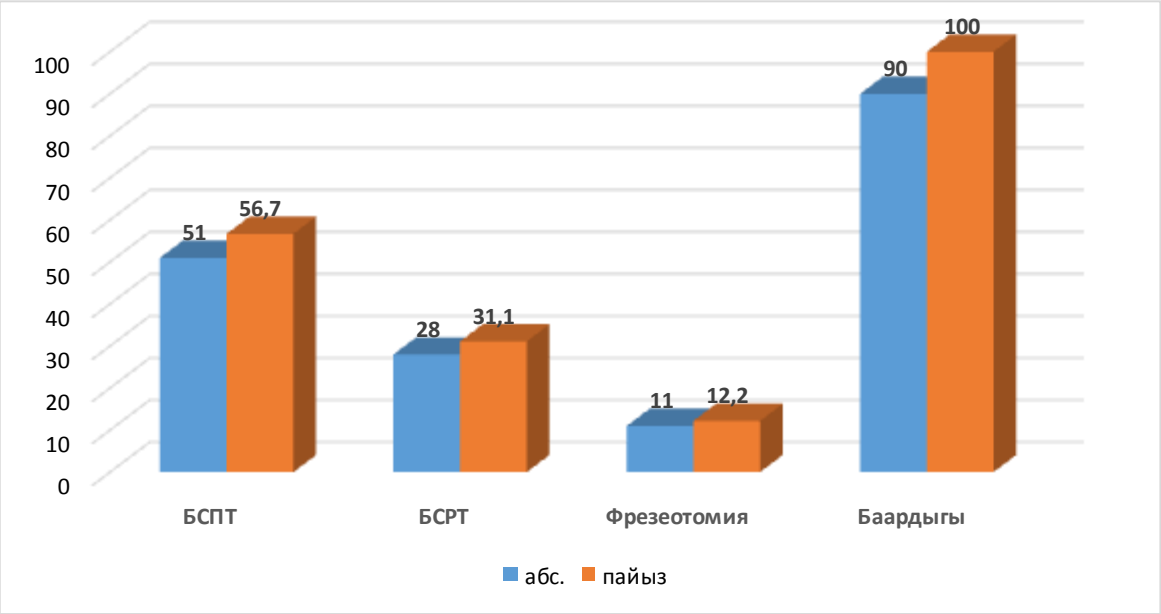
системасынан жаракат алган бейтаптар үчүн сунушталган классификацияга ылайык жүргүзүлгөн (Коновалов А.Н., ж.б., 1982).

Ар бир баш мээ карынчасында кан бар экендигин өзүнчө эсептеп, жыйынтыгы чыгарылган. Баш мээ карынчасында кан куюлуунун биринчи даражасы (БМККК) 1-2 упайга, экинчиси – 3-5 упайга туура келген; үчүнчүсү – 6 упай жана андан жогору болгон (D.A. Graeb шкаласы.,1990).

Бейтаптардын абалынын оордугу жана нерв бузулууларынын оорлошу, кыймыл жана коммуникативдик функцияларынын бузулууларынын динамикасын тез баалоо үчүн ылайыктуу атайын Orgogozo шкаласы (1989) менен бааланган.

Бейтаптарды дарылоонун жыйынтыктары ооруканадагы бейтаптын өлүмү жана функционалдык натыйжалардын түрлөрү боюнча бааланган, ал акыркы жыйынтыктардын Глазго шкаласы боюнча колдонулган, ал аркылуу дарылоо натыйжалары жана бейтаптардын жашоо сапаты бааланган.

Изилдөөнүн максаттарына ылайык, хирургиялык дарылоо тобунун бардык байкоолору, хирургиялык кийлигишүүнүн түрүнө жараша үч топко бөлүнгөн (1 – сүрөт).



1 – сүрөт. Оорулууларды операциялык кийлигишүү түрү боюнча бөлүштүрүү

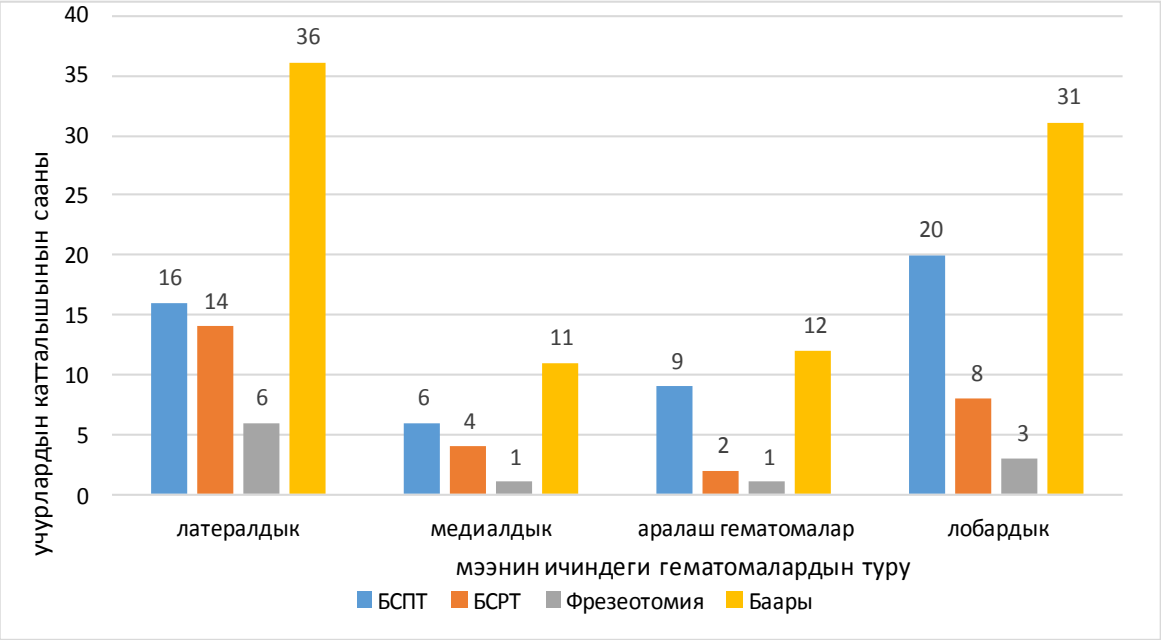
1-топко 51 (56,7%) байкоолор кирген, анда баш сөөктүн пластикалык трепанациясын (БСПТ) колдонуу менен гематомаларды ачык алып салуу жүргүзүлгөн.

2-топко 28 (31,1%) байкоо жүргүзүлүп, баш сөөктүн резекциялык трепанациясын (БСРТ) колдонуу менен гематомаларды ачык алып салуу жүргүзүлгөн.

3-топко 11 (12,2%) байкоолор кирген, анда минималдуу инвазивдүү ыкманы колдонуп, фрезеотомиядан кийин гематоманы пункция аркылу сордуруп алып салуу жүргүзүлгөн. Акыркы жыйынтыктарды баалоо модификацияланган Rankin шкаласы (1957) колдонулган. Дарылоонун акыркы жыйынтыктарын баалоо үчүн колдонулган негизги чекиттер – инсульттун дискреттик акыркы жыйынтыктар (жакшы же начар натыйжа) 1 айлык оорунун аягында аныкталган. Ийгиликсиз акыркы жыйынтыктар бейтаптын өлүмү же майыптуулуктун оор даражасы (Rankin боюнча майыптуулуктун 4-5 деңгээли) деп эсептелген. Бейтап тирүү калып жана анын майыптуулук деңгээли Rankin шкаласы боюнча 1-3- деңгээлинде бааланганда, ийгиликтүү акыркы жыйынтыктар деп эсептелген.

3-бап. Геморрагиялык инсульттун клиникалык, неврологиялык жана дарт аныктоолук аспектилери

Операцияланган бейтап топторундагы гематомалардын жайгашысуу боюнча топ-топторго бөлүштүрүү 2 – сүрөттө берилген, ал маалыматтар көрсөткөндөй, топтордо гематомалардын чектелиши бири-биринен кескин айырмаланат.

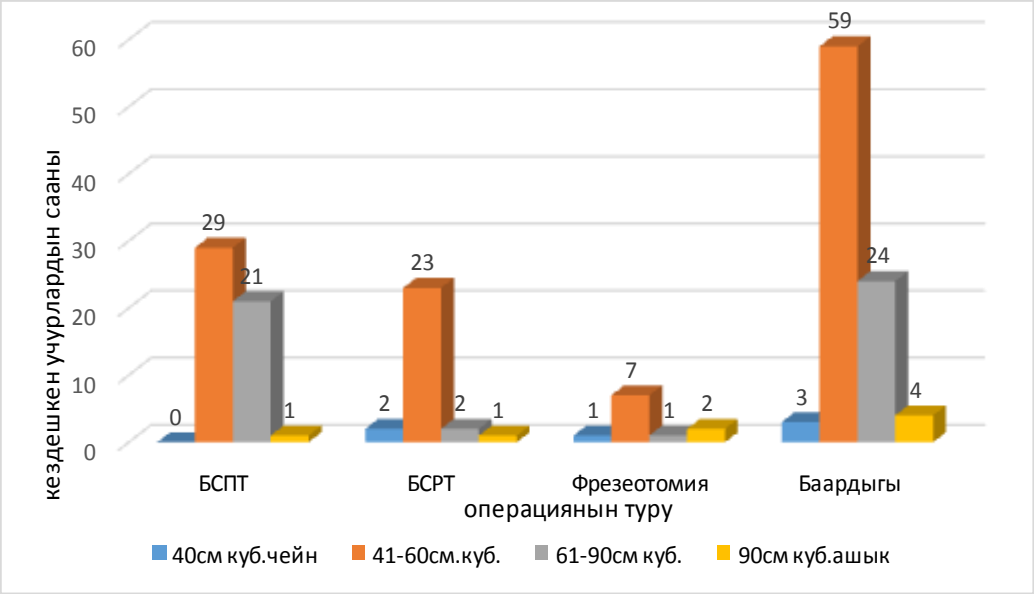


2 – сүрөт. Оорулууларды операциялоо түрү боюнча бөлүштүрүү жана гематомаларды локалдаштыруу

БСПТ тобунда байкоолордун жарымы лобардык гематомалар болгон, бул БСРТ тобуна караганда 20% га көп. БСРТ тобунда латералдык гематомалар басымдуулук кылган.

Операциянын түрлөрү жана гематомалардын чектелиши боюнча бейтаптарды бөлүштүрүүдө талдоо көрсөткөндөй, 36 (40,0%) учурда латералдык гематомалар, 31 (34,4%) учурда – лобардык, 12 (13,3%) учурда – аралаш гематомалар, жана медиалдык гематомалар 11 (12,2%) учурду түзгөн. Диаграммада көрүнүп тургандай, биздин сериядагы бейтаптардын катарындагы топто латералдык жана лобардык локализациясынын гематомалары менен байкоолор, б.а. хирургиялык дарылоого дуушар болгон гематомасы чоң көлөмдөгү учурлар басымдуулук кылган.

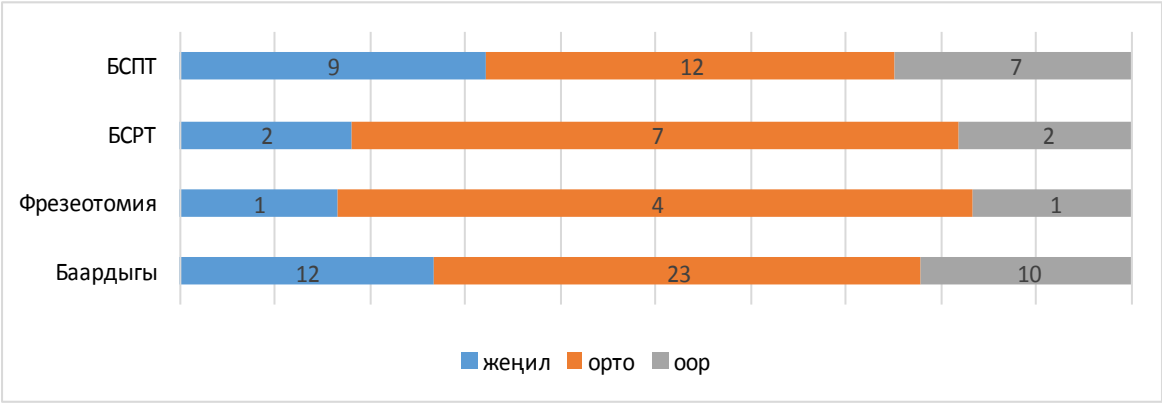
Мээнин ичиндеги гематомалардын көлөмү боюнча биздин байкоолор төмөнкүдөй бөлүштүрүлгөн: 40 см^3 чейин 3 (3,3%) учур, 41-60 см^3 - 59 (65,5%) учур, 61-90 см^3 – 24 (26,7%) учур жана 90 см^3 жогору – 4 учур (4.4%). Бейтаптарда кан куюлуу көлөмү дарылоонун тактикасына олуттуу таасир эткен. Ошентип, БСПТ тобундагы бейтаптардын көпчүлүгүндө 29 учур (79,6%), кан куюлуу көлөмү 41-60 см^3 болгон, 21 учурда – кан куюлуу көлөмү 61-90 см^3 болгон, ал эми БСРТ тобундагы бейтаптардын көпчүлүгүндө 23 (81,3%) учур, кан куюлуу көлөмү ошондой эле 41-60 см^3 болгон (3 – сүрөт).



3 – сүрөт. Бейтаптарды мээ ичиндеги гематомалардын көлөмү боюнча бөлүштүрүү

D.A. Graeb (1990) 12 упай шкаласы боюнча мээ карынчасына кан куюлуу даражасы боюнча бейтаптардын топторго бөлүнүшүү 3.3 – сүрөттө көрсөтүлгөн.

БСПТ тобунда 28 (62,2%) бейтапка, БСРТ тобунан – 11 (24,4%) бейтапка, фрезеотомия тобунан – 6 (13,3%) бейтапка мээ карынчасына кан куюлуусу аныкталган (4 – сүрөт).



4 – сүрөт. D.A. Graeb (1990) боюнча мээ карынчасына кан куюлуусунун даражасы боюнча бейтаптарды топторго бөлүштүрүү

Жалпысынан, байкоодогу бир катар бейтаптарда мээ карынчасына кан куюлуусу 45 (50,0%) бейтапта кездешет, алардын ичинен 12 (26,7%) женил түрүндө, 23 (51,1%) орто жана 10 (22,2%) бейтапта оор деңгээлде мээ карынчасына кан куюлгандыгы аныкталган.

84 бейтап артериялык гипертензияга чалдыкканына 1 жылдан 20 жылга чейин байкалганы аныкталган, орто эсеп менен артериялык гипертензия аныкталып коюлганына 6 жылды түзгөн, 6 бейтап артериялык гипертензия бар экендигин билишкен эмес. Инсультка чейин 77 (85,5%) бейтап эмгектенишкен.

Операция болгон бейтаптардын арасында 10 майып жана 7 пенсионер болгон. Гипертензиялык криздер 17 (18,9%) бейтапта байкалган, алардын 9 аман калган. Ар кандай мезгилдерде оор неврологиялык симптомдор менен мээ кан тамыр циркуляциясынын курч бузулууларынан, чыныгы инсультка чейин 6 (6,7%) бейтап кабылган, алардын ичинен экөө аман калган. 10 кишиде ашыкча салмактын ар кандай даражалары байкалган, алардын беши аман калган. 20 бейтап узак убакыт бою спирт ичимдиктерин ичкен, алардын ичинен 13 адам аман калган. Инсульттан мурун ар кандай мезгилдерде миокард инфарктына кабылган үч бейтаптын баары операциядан кийин көз жумган.

Эс-тутумунун начарлашына жараша, баардык бейтаптар төмөнкүдөй бөлүштүрүлгөн: 11 (12,2%) бейтап ачык-айкын аң-сезимде болгон, 40 (44,4%) бейтап орто жана терең эс-тутумунан кеткен, эс-тутумун жоготуу – 21 (23,3%) бейтапта, орточо комада – 18 (20,0%) бейтапта аныкталган.

1 – таблицада келтирилген маалыматтардан 35 бейтаптын (38,9%) 8 упайда жана андан төмөн упайда аң-сезими аныкталган. Салыштырма анализ көрсөткөндөй, БСПТ боюнча жасалган хирургиялык дарылоо тобунда, кабыл алуу учурунда 51 оорулуунун (56,7%) оорлошкон тобу байкалган.

Таблица 1 – Дарылоонун түрүнө жана абалдын оордугуна жараша бейтаптарды бөлүштүрүү (Глазго комасынын шкаласы)

ГКШсы боюнча балдар	БСПТ	БСРТ	Фрезеотомия	Баары
13-15	5	3	2	10 (11,1%)
9-12	30	12	3	45 (50,0%)
8 >	16	13	6	35 (38,9%)
Бардыгы	51 (56,7%)	28 (31,1%)	11 (12,2%)	90 (100%)

Ооруканага келип түшкөн учурда компенсацияланган абалда 30 (33,3%) бейтап, субкомпенсацияланган абалда 45 (50,0%) жана декомпенсацияланган абалда 15 (16,7%) бейтап болгон.

Хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу жана гипертензиялык мээнин ичиндеги кан куюлуулардагы өлүмдүүлүктү азайтуу жана негизсиз операциялардын экономикалык чыгымдарын кыскартуу үчүн, операцияланган бардык бейтаптардын жыйынтыктарын анализден өткөрүп, андан кийин бизде гипертензиялык мээнин ичине кан куюлуусунда бейтаптарды хирургиялык дарылоо үчүн тандоо критерийлери сунушталган (Рационализатордук сунуш: «Гипертензиалык инсульттук кан куюлуусунда бейтаптардын оперативдүү дарылоого тандоо ыкмасы» 2018-жылдын 8-январындагы № 4/2018).

Бейтаптарды тандоо төмөнкү критерийлер боюнча: аң-сезим деңгээлине, гематомалардын чектелишине жана көлөмүнө, мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн дислокациясына жараша жүргүзүлгөн. Гипертензиялык инсульттук кан куюлуулар субкортикалдуу жайгашса анын көлөмү 60 см^3 ашпаса бейтаптын аң-сезими Глазгонун кома шкаласы боюнча 10 упай же андан жогору болсо, мээнин түзүмдөрүнүн дислокациясы 2мм болсо, анда хирургиялык дарылоо натыйжалуу.

Таблица 2 – Гипертензиялык мээ ичине кан куюлууларын натыйжалуу хирургиялык дарылоо критерийлери

Эс-тутумдун деңгээли	Гематоманын көлөмү	Гематоманын жайгашкан жери	Мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн дислокациясы
10 упайдан жогору, ГКШ	60 см^3 чейин	Субкортикалдык	2 мм

Сунушталган ыкмага ылайык, мээ ичине гипертензиялык кан куюлуусунда 12 бейтап тандалган жана аларга хирургиялык дарылоо жүргүзүлгөн. Операциялоодон кийин бейтаптардын бардыгынын абалы жакшырып, чыгарылган.

Ошентип, гипертензиялык мээ ичине кан куюлусунда бейтаптарды тандоонун сунушталган ыкмасы хирургиялык дарылоонун акыркы жыйынтыктарын жакшыртып, операциядан кийинки өлүмдүүлүк төмөндөгөн. Ошондой эле экономикалык негизсиз чыгымдарды келтирбөөгө мүмкүндүк берген.

Мээнин жарым шарчасына кан куюлууларда операциялоого каршы көрсөтмөлөр, төмөндөгүлөр болгон: агоналдык болоор алды абалы , кардио-респиратордук оорулар менен айкалышкан баштапкы кома, кан куюлуусу, жайылып кеткендиги жана операция жасаганга болборун көрсөтөт, аң-сезимдин жеңил бузулушунун сүрөттөмөсүндө кардио-респиратордук бузулуулардын өнүгүүсү, адатта омуртка-базилярдык артериянын жабыркашынан, жаңы миокард инфарктынан, уремиядан, оор кант диабетинен келип чыккан, мээ сөңгөгү ишемияга кабылганын билдирет. Операциялоого каршы көрсөтмөлөр ангиографиялык сүрөт менен тастыкталган, бул лентикуло-стриардык артериялардын латералдык жылышынан мүнөздөлгөн – медиалдык кан куюлуу симптому же каротидтик жана омуртка-базилардык артериялардын биргелешкен бузулушу. Инсульттун акыркы жыйынтыктарын прогноздоо боюнча маалыматтар хирургиялык операциянын болжолдуу начарлашы менен операциялоого каршы көрсөтмөлөрдү көрсөткөн.

Очоктуу неврологиялык симптомдордун ачык билинүүсүн баалоого – Оргогозонун эсеби (1989) шкаласы колдонулган, ал инсульттун кесепетинен бузулган мотордук жана коммуникациялык функциялардын динамикасын тез жана сапаттуу баалоого мүмкүндүк берет. Бейтаптын упай топтоочу эң жогорку упайы – 100 упай, ал эми төмөнкү упайдын деңгээли канчалык төмөн болсо, инсульттан кийинки бузулуулар ошончолук олуттуу болот.

Оорулуулардын абалынын оордугун Оргогозо упайы менен салыштырганда, тескери сызыктуу байланыш аныкталган. Ошентип, бейтаптардын абалынын оордугу жогорулаган сайын, Оргогозо упайы төмөндөп, абалы начарлаганын көрсөткөн ($p = 0.001$). Оргогозонун упайы компенсацияланган бейтаптар үчүн 53,5 ± 20,4, субкомпенсацияланган бейтаптар үчүн – 34,2 ± 15,3, декомпенсацияланган бейтаптар үчүн – 20,8 ± 14,8 упайды түзгөн.

Ошентип, хирургиялык дарылоодо бейтаптардын жалпы үч тобунда клиникалык жана неврологиялык параметрлери талдоо көрсөткөндөй,

бейтаптардын негизги контингенти субкомпенсацияланган жана декомпенсацияланган абалда аң-сезиминин начар бузулушу аныкталган бейтаптардан турат. Бейтаптардын оорлошу, эсин жоготуусу, кан куюлуулардын көлөмүнөн, мээ карынчасына кан куюлуусунун аныкталуусуна жана мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн жылышып кетүүсүнө байланыштуу болгон.

4-бап. Жаракаттуу эмес мээге кан куюлууну хирургиялык жол менен дарылоо. Мээнин ичиндеги гематомалардын ар кандай түрлөрү бар адамдарда негизги нейрохирургиялык ыкмаларды колдонуунун жыштыгы жөнүндө маалыматтарды талдоо көрсөткөндөй, (n = 36) 36 бейтаптагы латералдык гематомалар, 16 (44,4%) учурларда БСПТсы жасоо жолу менен алынып салынган. БСРТсы – 14 (38.9%) учурда колдонулган, 6 (16.7%) учурда фрезеотомия жасалган. Медициналык гематомалар (n = 11) 11 бейтапта кездешкен, 6 (54.5%) бейтапка БСПТсы аркылуу алынып салынган, БСРТсы 4 (36.4%) учурда колдонулган, 1 (9.1%) учурда фрезеотомия жасалган. Аралаш гематомалар (n = 12) 12 бейтапта, 9 (75.0%) бейтапка БСПТсы жасалган, 2 (16.7%) учурда БСРТсы колдонулган, 1 (8.3%) бейтапка фрезеотомия жасалды. 31 лобардык гематомасында, БСПТсы 20 (64,5%) учурда колдонулган, 8 (25,8%) учурда БСРТсы жасалган, 3 (9,7%) учурда фрезеотомия колдонулган (p <0,05).

90 бейтапка хирургиялык кийлигишүү жасалган. Биздин байкоолорубузда БСПТ ыкмасы басымдуулук кылган (51 операция – 56,7%), бул биздин клиникабыздын жалпы кабыл алынган тактикасына байланыштуу, анда БСПТсы негизинен анын артыкчылыктарын жана бейтаптарга ылайыктуу таасир берүүсүн эске алууда жүргүзүлөт. Эреже боюнча, БСПТсы мээ өзөгүнүн милдеттери бузулбаган бейтаптарда, ошондой эле, мээ ичиндеги гематомалардын жайгашкан жери МРТ изилдөөлөрүнүн жардамы менен аныкталгандан кийин колдонулат.

Белгилей кетүүчү нерсе, БСПТсын колдонуу жаракаттуу эмес мээнин ичиндеги гематомаларды алып салуу үчүн абдан натыйжалуу, анткени гематомалар, жаракат алгандан кийинки алгачкы сааттарда, кан тыгыз уюп, аны алып салгандан кийин, көпчүлүк учурда кайта канап баштайт.

Күтүлгөндөй эле, БСПТсы менен гематомаларды толугу менен алып салуу жана ткандардын анатомиялык өз ара байланышын калыбына келтирүү, мээнин бузулган милдеттерин тез жана толук калыбына келишине шарт түзгөн.

Биздин ишибизде БСПТсын хирургиялык кийлигишүүнүн биринчи жана акыркы этабы катары, ошондой эле гематомалар чоңойтулган

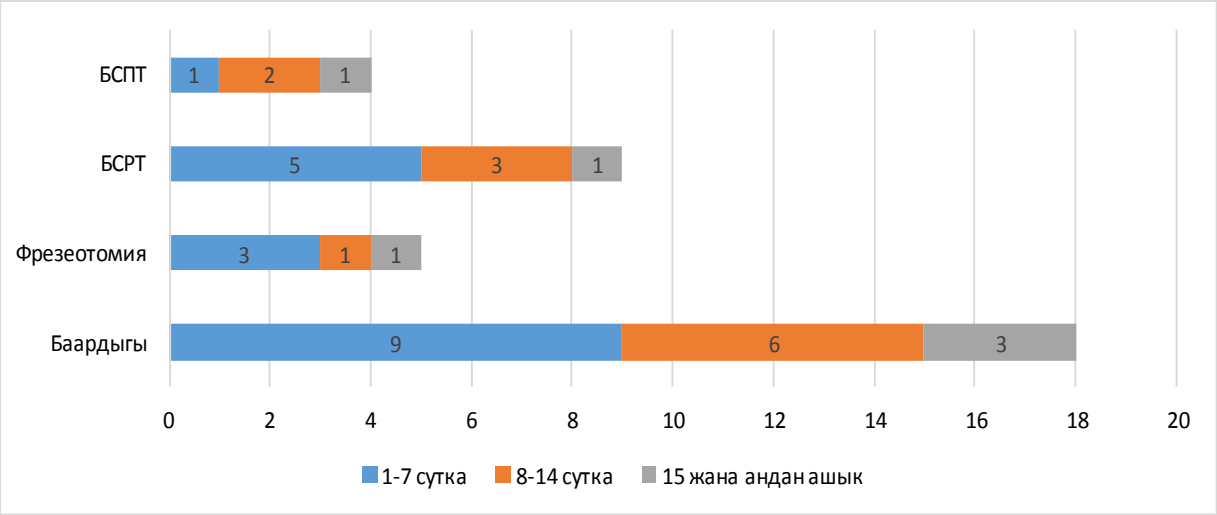
фрезердик тешиги аркылуу жарым-жартылай чыгарылгандан кийин, кийинки баскыч катары колдондук.

28 учурда (31,1%) БСРТсы жасалган. Бул ыкма бейтаптардын оор абалда, жалпы мээнин жана мээнин өзөгүнүн оор неврологиялык белгилери болгон учурда, мээ шишип – көөп жана мээнин дислокациясы бар учурларда колдонулган, б.а. мээнин декомпрессиясын камсыз кылууга муктаж болгон бейтаптарда колдонулган. Бир катар учурларда, мээ ичиндеги гематомасы бар бейтаптардын өмүрүн гана эмес, ошондой эле психикалык акыл-эсинин калыбында сактап калууга кеңири декомпрессиялык трепонациясы мүмкүнчүлүк берди. Баш сөөкө жасалган резекциялык трепанация ыкмасы 19 (21,1%) жаш жана орто жаштагы бейтаптарда колдонулган. Дагы бир жолу, биз баш мээ сөөгүн резекциялык трепанациялоо ыкмасы техникалык жактан салыштырмалуу жөнөкөй экендигине жана мээнин кыйла кеңири ревизиясына жол ачкандыгына ишендик, бирок бул жагынан ал пластикалык краниотомия ыкмасына жетпейт. Жаракаттуу эмес мээ ичинде гематомаларды чоңойтулган фрезердик тешик аркылуу алып салуу 90 операциянын 11 учурунда (12,2%) колдонулган, андан тышкары, 8 байтапка бул ыкма катары өз алдынча жасалды, ал эми калган бөлүгүндө дарылоонун биринчи баскычы катары колдонулуп, кийинчерээк аларга БСРТсы же БСПТсы жасалган. Чоңойтулган фрезердик тешик аркылуу жаракаттуу эмес мээ ичинде гематомаларды алып салуу, негизинен, өтө оор абалда, виталдык функциялары начар бейтаптарда, андан чоңураак операция жасоого мүмкүн болбогондо колдонулган. Бул учурда, 2 фрезер тешиктери салынат.

Көпчүлүк учурларда, бул ыкма радикалдуу операциянын алгачкы кадамы болгон. Биз кеңейтилген фрезотомия ыкмасын негизинен латералдык гематомаларды алып салуу үчүн колдондук (6 – 16,7%). Анын бир катар олуттуу кемчиликтери бар экендигине биз ынандык: ири көлөмдөгү жана жайылган жаракаттуу эмес мээнин базалдык түзүмдөрүндө жайгашкан гематомаларды алып салуу мүмкүн эместиги, кан агуу булагын табуудагы кыйынчылыгы, операция учурунда жана андан кийин мээ көөп-шишүсүнүн күчөшү, декомпрессиянын жетишсиз деңгээлде камсыз кылынышы. Бул методдун оң жагы – анын дарт аныктоолук мааниси, техникалык аткаруунун ылдамдыгы жана бейтап үчүн эң аз жаракаттуу жана аярлуу экендигин белгиледик.

Биздин байкоолорубуз боюнча, операциядан кийинки өлүмдүүлүк 20%ды түздү, бардык бейтаптарга инсульттан кийинки алгачкы 3-5 күндүн ичинде операциялоо, алардын ичинен 48% алгачкы 24 саатта жасалган. Операциялардын жыйынтыгын талдоо жагымдуу натыйжалардын бир катар факторлорго, айрыкча, операциядан мурун аң-сезимдин абалына, кан агуунун

локализациясына жана карынчалардын ичине кан куюлуушуна көз каранды экендигин тастыктады (5 – сүрөт).



5 – сүрөт. Өлүмгө алып келүүчү натыйжалардын хирургиялык убакытка көз карандылыгы

Хирургиялык дарылоонун убактысын оптималдаштыруу жана гипертензиялык инсульттук кан куюлуулардан өлүмдүүлүктү азайтуу үчүн, биз операция болгон бардык бейтаптардын жыйынтыктарын талдап чыктык, андан кийин гипертензиялык инсультка кабылган бейтаптарга жасалуучу операциялоо убактысын аныктоо ыкмасын сунуш кылдык. (Рационализатордук сунуш «Гипертензиалык инсульттук кан куюлуусунда бейтаптардын операциялоо жүргүзүү убакытын аныктоо ыкмасы»"2018-жылдын 8-январындагы № 5/2018).

Операциялоо убакыты аң-сезимдин деңгээлине, гематомалардын жайгашкан жери жана көлөмүнө, мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн жайгашуусуна жараша аныкталган. Гипертензиалык инсульттук кан куюулуулар медиалдуу (базалдык ядролор) жайгашса анын көлөмү 80см^3 тан ашпаса бейтаптын аң-сезими Глазго кома шкаласы боюнча 10 упайдан аз болсо мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн дислокациясы 2мм болсо оперативдүү дарылоонун жасалышынын жагымдуу убактысы биринчи 72 саат болот. Гипертензиялык инсульттук кан куюлуулар медиалдуу (базалдык ядролор) жайгашса анын көлөмү 80 см^3 ашпаса, бейтаптын аң-сезими Глазго кома шкаласы боюнча 10 упайдан аз болсо, мээнин структураларынын дислокациясы 3мм жогору болсо, оперативдүү дарылоонун жасалышынын жагымдуу убакыты кан куюлгандан кийин 6-7-кундөр болуп эсептелет. Гипертензиялык инсульттук кан куюлуулар субтенториалдык жана вентикулярдык аймактарда жайгашса анын көлөмү 80 см^3 ашса, бейтаптын аң-сезими Глазго кома шкаласы боюнча 10 упайдан аз болсо, мээнин

структураларынын дислокациясы 6мм жогору болсо, оперативдүү дарылоонун жасалышынын оптималдуу убакыты кан куюлгандан кийин 15-20-кундөр болуп саналат. Гипертензиялык инсульттук кан куюлуулар субтенториалдык жана вентикулярдык аймактарда жайгашса анын көлөмү 120 см^3 ашса, бейтаптын аң-сезими Глазго кома шкаласы боюнча 8 упай же андан аз болсо, мээнин структураларынын дислокациясы 10мм жогору болсо, оперативдүү дарылоонун кереги жок, күтүп туруу тактикасын колдонуу зарыл (таблица 3).

Таблица 3 – Гипертензиялык инсульттук кан куюлуулардын хирургиялык жол менен дарылоонун убактысын аныктоо критерийлери

Операция жасалуучу мөөнөтү	Аң-сезиминин деңгээли	Гематомананын жайгашкан жери	Гематом анын көлөмү	Мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн дислокациясы
1-3 күн	10 упайдан жогору.	Субкортикалдык	80 см^3 төмөн	2 мм чейин
6-7 күн	10 упайдан кем.	медиалдык	80 см^3 төмөн	3 мм жогору
15-20 күн	10 упайдан кем.	Мээнин карынчасына кан куюлса	80 см^3 жогору	6 мм жогору
Күтүү тактикасы	8 упайдан кем.	Мээнин карынчасына кан куюлса же гематома супратенториалдык жайгашса	120 см^3 жогору	10 мм жогору

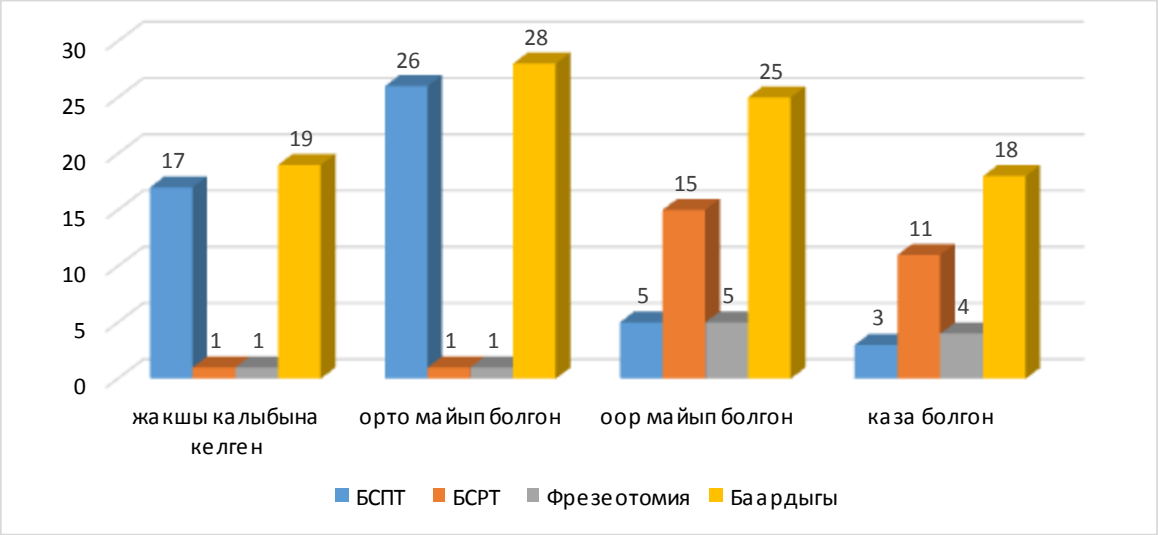
Ошентип, гипертензиялык инсульттук кан куюлуусунда бейтаптарды оперативдик жол менен дарылоонун убактысын аныктоо боюнча биз сунуштаган ыкма, хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртууга жана операциядан кийинки өлүмдүүлүк көрсөткүчүн төмөндөтүүгө мүмкүндүк берген.

Ошондой эле, жагымдуу натыйжалардын гематоманын көлөмүнө, бейтаптардын жаш курагына, инсульттун жүрүшүнүн мүнөзүнө жараша белгилүү бир көз карандылыгы байкалган.

Хирургиялык дарылоонун акыркы натыйжалары операциянын убактысына, абалдын оордугуна, аң-сезиминин деңгээлине, бейтаптын жашына, гематоманын жайгашкан жерине жана көлөмүнө, латералдык дислокациясынын болушуна, карынчаларга кан куюлуусуна, окклюзиялык гидроцефалия белгилеринин болушуна олуттуу көз каранды экендигин көрсөттү.

Бейтаптарды дарылоо натыйжалуулугу 30 күндүк өлүмдүүлүк деңгээли жана функционалдык акыркы натыйжалардын түрлөрү боюнча бааланган. Операцияланган 90 бейтаптын ичинен 72 (80.0%) адам аман калган. Өлүмдүүлүк деңгээли 20,0% ды түзгөн (18 байкоо).

Глазго акыркы жыйынтыгы шкаласына ылайык, бейтаптар төмөнкүдөй бөлүштүрүлгөн: 19 (21,1%) учурда жакшы калыбына келтирүү, орточо майыптуулук – 28 (31,1%) учурда, оор майыптуулук – 25 (27,8%) учурда кездешкен (6 – сүрөт).

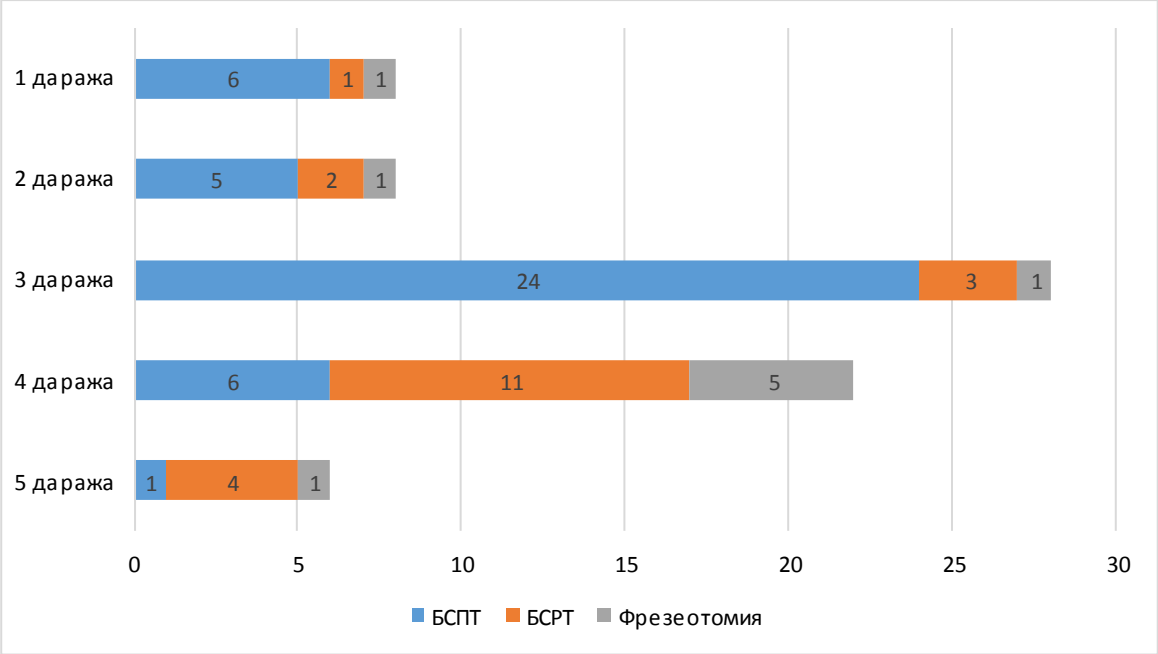


6 – сүрөт. Глазго акыркы жыйынтыгынын шкаласы боюнча бейтаптарды бөлүштүрүү

Ранкин шкаласы боюнча оорунун акыркы натыйжалары дагы бааланган. Бул шкала жашоонун сапатын жана аман калган бейтаптардын майыптуулук деңгээлин айкыныраак көрсөтөт.

7 – сүрөтүндө көрсөтүлгөндөй, оорунун алгылыктуу натыйжасы (Ранкин шкаласы боюнча 1-3- даражадагы) аман калган 72 адамдын ичинен 44 (61,1%) учурларда алынган. Майыптуулуктун 1-2 даражасы бар бейтаптар жардамсыз өз иштерин жасап, мурунку милдеттерин аткарышкан. 3-

даражадагы 28 адам, өз алдынча кыймылдай алышкан, бирок алар сырттан жардамга муктаж болушкан. Жагымсыз натыйжа (Ранкин шкаласы боюнча 4-5- даражадагы) 28 (38,9%) учурларда байкалган, 4-даражадагы 22 адам бейтаптар жардамсыз жүрө албай, өзгөлөрдүн жардамына муктаж болушкан.



7 – сүрөт. Ранкин шкаласы боюнча жыйынтыктарды бөлүштүрүү

Хирургиялык дарылоо ири гематомалар менен мээге ири зыян келтирген бейтаптардын өмүрүн сактап калган, бирок бейтапканадан чыкканда бул бейтаптардын жашоо сапаты төмөн болгон. Ранкин шкаласы боюнча 5-даражадагы калган 6 бейтап медициналык персоналдын туруктуу жардамына жана көзөмөлүнө муктаж. Гематоманын көлөмү менен оорунун кесепеттеринин ортосунда так байланыш бар. Гематоманын көлөмүнүн көбөйүшү менен өлүмдүүлүктүн жогорулашы белгиленген. Ошентип, кан куюлуунун көлөмү 40 см^3 чейин, өлүмдүүлүк деңгээли 22,2% болгон, 90 см^3 жогору – 100% болгон. Гематоманын көлөмү 90 см^{3}ка чейинки учурда, операция 60%га жакын бейтаптардын өмүрүн сактап калган, өлүмдүүлүк көрсөткүчү 40% ды түзгөн, көлөмү 90 см^{3}тан жогору болсо, операция 40%га жакын бейтаптардын өмүрүн сактап калган, өлүмдүүлүк көрсөткүчү 60%ды түзгон.

30-40 жашында операциялоо жасагандардын 75% аман калса, 41-50 жашта – 64% бейтаптар, 51-60 жашта – 41% бейтаптар, 61-68 жашта бир бейтап. Операцияга чейинки прогрессивдүү мүнөздөгү симптомдор болгон учурда, операция жасалып жаткан бейтаптардын 45% аман калышкан,

туруктуу стабилдүү оорулуулардын 65%, бейтаптын абалы регрессивдүү жакшы болгон учурларда 80% аман калышкан.

Мээнин карынчасына кан куюлуусунда 45 бейтаптын ичинен 13 (28,9%) бейтап каза болгон. Тирүү калган бейтаптардын арасында мээнин карынчасына кан куюлгандыгы бар болушу дагы натыйжага таасирин тийгизген. Ошентип, мээнин карынчасына кан куюлган бейтаптардын, жакшы калыбына келген 6 (8,3%) учур гана байкалган, орточо майыптуулукта – 13 (18,0%), ал эми терең майыптык менен – 11 (15,3%) учур($p < 0.05$).

Мээнин карынчасына кан куюлуулардын биринчи даражасында (D.A. Graeb боюнча 1-2 бал), бейтаптар операциядан кийин жакшы калыбына келишкен жана орточо майыптык 63,2% учурду түзгөн, экинчи даражадагы мээнин карынчасына кан куюлуулар (D.A. Graeb боюнча 3-5 бал) – 28,6% учурларда, жана үчүнчү даражадагы мээнин карынчасына кан куюлуулар (D.A. Graeb боюнча 6 балл жана андан жогору) – 13.9% учурларда гана кездешкен. Биринчи даражада өлүмдүүлүк 26,3% учурда, экинчи даражада – 45,2%, үчүнчү даражада – 80,6% болгон.

Мээ карынчасына кан куюлуусунда бейтаптардын өлүмдүүлүк жыштыгы, кан куюлуу деңгээлине жараша олуттуу айырмаланган, статистикалык жактан тактыгы ($p < 0.05$). Мээнин карынчасына кан куюлбаган бейтаптарда, операциядан кийин жакшы калыбына келишкен жана орточо майыптуулук 53,1% учурду түзгөн, ал эми өлүмдүүлүк – 20,3% аныкталган.

Мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн жылышуу даражасы оорунун жыйынтыгына олуттуу таасир эткен. Бейтаптар мээнин латералдык дислокациясынын көбөйүшү менен өлүмдүүлүк жогорулашы байкалган. Ошентип, мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн жылышуусу жок бейтаптарда өлүмдүүлүк 3,3% ды түзүп, 1-4 мм жылышуу менен, өлүмдүүлүк 2,5 эсеге, ал эми жылышуунун 10 ммден жогорулашы менен өлүмдүүлүк 4 эседен ашык жогорулаган ($p < 0,05$).

Дислокация белгилери жок бейтаптарда жакшы калыбына келүү 40% учурларда, ал эми жылышуусу 10 ммден жогору болсо – 2,7% учурларда гана байкалган. Мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн жылышуусу 5 ммге чейинки бейтаптарда 60,9% учурларда жакшы калыбына келген жана орточо майыптык байкалган, ал эми 5 мм ден ашык дислокациясы бар бейтаптарда - 26,2%. 5 ммден ашпаган латералдык дислокациясы бар бейтаптардын өлүмгө алып келген натыйжасы 24,6% учурларда, 5 ммден жогору – 48,6% учурларда болгон. Өлүмдөрдүн жыштыгы, мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн жылышуу

даражасына жараша, олуттуу айырмаланды, статистикалык жактан так ($p < 0.05$).

Ошентип, өлүмдүн себептерин талдоо көрсөткөндөй, өлүмдүүлүктүн башкы себеби мээнин өтө шишип кеткендиги жана дислокация белгилери, бир нече жолу кан куюлуусу жана гемотампонада менен мээнин карынчаларына кан куюлуусу болгон.

Операциядан кийин 1 жылдан 3 жылга чейинки узак мөөнөттүү натыйжалар 33 бейтапта каралды (6 бейтап жөнүндө маалымат жок, 12 бейтап ар кандай мезгилде каза болгон). Сурамжыланган бейтаптардын ичинен 7си (21%) жумушка жөндөмдүү, ал эми 22си (67%) өзүлөрүнө кам көрүп, үй жумуштарын жасай алышкан, 4 (12%) жардамга муктаж.

Изилдөө көрсөткөндөй, операциялардын негиздүүлүгүн жогорулатуу, хирургиялык кийлигишүү ыкмаларын өркүндөтүү жана курч мезгилде бейтаптарды дарылоону туура алып баруу, операциядан кийинки мээдеги кайра кан куюлуунун патогенезинин механизмдерин тактоо, операциялоо натыйжасын жакшыртып, операциялоодон кийинки өлүмдүүлүк көрсөткүчү төмөндөшүн тастыктаган.

ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ:

1. Инсульттук гематома медиалдуу, вентрикулардуу жайгашса, анын көлөмү 60 см^3 ашса, анда натыжалуу деп – баш сөөктүн пластикалык трепанациясы сунушталат. Гематома субкортикалдуу жайгашса анын көлөмү 60 см^3 ашпаса, баш сөөктүн резекциалык трепанациясы келечектүү жакшы натыйжа берет. Мээнин ичиндеги гематоманы фрезеотомия аркылуу тешип сордуруп алуу ыкмасы, кан куюлгандан 20 күн өткөндөн кийин гана жасалса гематоманын жайгашканына жана көлөмүнө карабай жакшы натыжасын берет.

2. Операцияга тандоо ыкмасы иштелип чыккан, гипертензиялык инсульттук кан куюлуулар субкортикалдуу жайгашса анын көлөмү 60 см^3 ашпаса, бейтаптын аң сезими Глазго кома шкаласы боюнча 10 упай же андан жогору болсо, мээнин структураларынын дислокациясы 2мм болсо, оперативдүү дарылоо келечекте жакшы натыжасын берет, комадагы бейтаптарды хирургиялык дарылоо максатсыз, же каршы көрсөтүлөт.

3 Гипертензиялык инсульттук кан куюлуулар субкортикалдуу жайгашса анын көлөмү 80 см^{3}тан ашпаса, бейтаптын аң сезими Глазго кома шкаласы боюнча 10 упай же андан жогору болсо, мээнин структураларынын дислокациясы 2мм болсо, оперативдүү дарылоонун жасалышынын жагымдуу убакыты биринчи 72 саат болот, кан куюлуулар медиалдуу жайгашса анын

көлөмү 80 см^3 ашпаса, бейтаптын аң-сезими Глазго кома шкаласы боюнча 10 упайдан аз болсо, мээнин структураларынын дислокациясы 3ммден жогору болсо, оперативдүү дарылоо жүргүзүүнүн жагымдуу убакыты кан куюлуусу байкалгандан кийин 6-7- кундөр болуп эсептелет, кан куюлуулар субтенториалдык жана вентикулярдык аймактарда жайгашса анын көлөмү 80 см^3 ашса, бейтаптын аң-сезими Глазго кома шкаласы боюнча 10 упайдан төмөн болсо, мээнин структураларынын дислокациясы 6мм жогору учурда, кан куюлуусу 15-20- кундөрдөн кийин болсо, операциялоонун оптималдуу убакыты болуп саналат.

4. Хирургиялык дарылоонун натыйжалуулук критерийлери жана бейтаптардын дарылоонун тактикасын туура алып баарыу, анын ичинде хирургиялык операцияга бейтаптарды катуу тандоо жана кийлигишүүлөрдүн оптималдуу убактысын колдонуу.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАМАЛАР:

1. Геморрагиялык инсульт менен ооруган бейтаптарды дарылоого адистештирилген нейрохирургиялык бөлүмдөр көп тармактуу ооруканалардын базасында жайгаштырылып, заманбап диагностикалык жабдууларга (мээнин компьютердик жана / же магниттик-резонанстык томографиясы, церебралдык ангиография), нейрохирургиялык кийлигишүүгө мүмкүндүк берген операция бөлүмдөрүнө заманбап дарылоо ыкмалары жана дасыккан дарыгерлердин штатына ээ болушу керек.

2. Мээ өзөгүн кысып жана / же курч окклюзиялык гидроцефалиянын себеби болгон учурларды кошпогондо, каракуш мээсиндеги гематомадан бейтап комага түшсө, комадагы бейтаптарды хирургиялык ыкмада дарылоо каршы көрсөтүлөт.

3. Хирургиялык дарылоо ыкмасын тандоодо дифференциалдаштырылган тактиканы сактоо керек. Субкортикалык жана каракуш мээдеги кан куюлууларды баш сөөк-пластикалык трепанациясы менен ачык кийлигишүү көрсөтүлгөн. Терең гематомалар (путаменалдык жана таламикалык) минималдуу инвазивдик ыкмаларды колдонулушу керек (резекциялык трепанация же фризеотомия жолу менен мээнин ичиндеги гематоманы пункция аркылуу сордуруп алуу).

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА БАСЫЛЫП ЧЫГАРЫЛГАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. Боржиев, У. А. Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом,

обусловленным артериальной гипертензией [Текст] / У. А. Боржиев, М. М. Мамытов // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева им. И. К. Ахунбаева – Бишкек, 2017. – №5. – С. 146-149. [https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32247704].

2. Боржиев, У. А. Особенности оперативного лечения больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием [Текст] / М. М. Мамытов, У. А. Боржиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета – Бишкек, 2018. – Т.18. – №2. – С.67-70. [https://www.elibrary.ru/item.asp?id=34908330].

3. Боржиев, У. А. Оценка эффективности различных методов оперативных вмешательств при гипертензивных геморрагических инсультах [Текст] / У. А. Боржиев, М. М. Мамытов // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева – Бишкек, 2018. – №2. – С.50-53. [https://www.elibrary.ru/item.asp?id=35617738].

4. Боржиев, У. А. Оптимальные сроки проведения оперативного лечения больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием [Текст] / М. М. Мамытов, К. Б. Ырысов, У. А. Боржиев // Медицина Кыргызстана – Бишкек 2018. – №3. – С.51-55. [https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36365723].

5. Боржиев, У. А. Дифференцированная методика отбора больных гипертензивным инсультным кровоизлиянием для оперативного лечения [Текст] / У. А. Боржиев // Синергия Наук – Москва, 2019. – №33. – С.358-368. [https://www.elibrary.ru/item.asp?id=37402653].

6. Боржиев, У. А. Методика определения времени проведения операции пациентам с гипертензивным инсультным кровоизлиянием [Текст] / У. А. Боржиев // Синергия Наук – Москва, 2019. – №34. – С.522-532. [https://www.elibrary.ru/item.asp?id=38255999].

7. Боржиев, У. А. Лечение мозговых инсультов в Кыргызской Республике [Текст] / М. М. Мамытов, У. А. Боржиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета – Бишкек, 2020. – Т.20. – №9. – С.46-54. [https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44310516].

8. Боржиев, У. А. Оперативное лечение при геморрагическом инсульте (Обзор литературы)[Текст] / У. А. Боржиев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета – Бишкек, 2020. – Т.20. – №9. – С.25-30. [https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44310512].

Боржиев Урматбек Арстанбековичтин «Геморрагиялык инсульттагы ар түрдүү хирургиялык ыкмаларынын кийлигишүүлөрүнүн натыйжалуулугуна салыштырма баа» темасындагы 14.01.18 – нейрохирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты

окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазган диссертациялык ишине

КОРУТУНДУ

Негизги сөздөр: геморрагиялык инсульт, мээ ичиндеги гематома, фрезеотомия, резекциялык баш-сөөк трепанациясы, сөөк пластикалык баш-сөөк трепанациясы.

Изилдөөнүн объектиси. Изилдөө супратенториалдык жайгашуусу менен мээ ичиндеги гематомалары бар 90 бейтаптын диагностикалык жана хирургиялык дарылоо натыйжаларына жасалган талдоого негизделген. Эркектердин саны 56 (60,4%), аялдар – 34 (39,6%) болгон. Бейтаптардын курагы 37 жаштан 76 жашка чейин болгон. Бейтаптардын орточо курагы 56,7±8,3 түздү.

Изилдөөнүн предмети. Спонтандык мээ ичнне кан куюуларды дарылоодо колдонулуучу трепанациянын ыкмалары (фрезеотомия, резекциялык баш-сөөк трепанациясы, сөөк пластикалык баш-сөөк трепанациясы).

Изилдөө максаты. Заманбап нейровизуализация жана нейрохирургиялык кийлигишүүлөрдүн ыкмаларын колдонуу менен хирургиялык дарылоонун эффективдүүлүгүн жогорулатуу аркылуу геморрагиялык инсульттан жабыркаган бейтаптарды нейрохирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөө ыкмалары: бейтаптарды изилдөөдө неврологиялык, рентгендик, эхоэнцефалография, баш-мээнин компьютердик жана магниттик-резонанстык томографиясы колдонулду.

Алынган изилдөөнүн жыйынтыктары жана алардын илимий жаңылыгы. Геморрагиялык инсультту дарылоодо мээ ичиндеги гематолардын жайгашуусу, көлөмү, дислокация даражасы, эс-учунун деңгээли жана кан куюлуунун башталган убакытын эске алуу менен ар кандай хирургиялык ыкмаларды салыштырып талдоо аркылуу хирургиялык дарылоонун эффективдүү тактисы сунушталды.

Алардын колдонуусу жана сунуштамалары. Автордун гипертензиялык инсульттук кан куюлуусунда бейтаптарды хирургиялык дарылоо үчүн тандап алуу ыкмасы иштелип чыккан жана практикалык нейрохирургияга киргизилген, ал негизсиз жүргүзүлгөн кийлигишүүлөрдүн жана операциядан кийинки оорлошуулардын пайызын төмөндөтөт. Нейрохирургиялык тажрыйбада иштелип чыккан жана киргизилген гипертензиялык инсульттук кан куюлуусунда бейтаптарды хирургиялык дарылоонун мөөнөттөрүн аныктоонун ыкмасы хирургиялык дарылоонун натыйжалуулугун жогорулатат.

Колдонуу чөйрөсү: саламаттыкты сактоо тармагы, неврология, нейрохирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Боржиева Урматбека Арстанбековича на тему: «Сравнительная оценка эффективности различных методов хирургических вмешательств при геморрагическом инсульте», на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.18 – нейрохирургия

Ключевые слова: геморрагический инсульт, внутримозговая гематома, фрезеотомия, резекционная трепанация черепа, костно-пластическая трепанация черепа.

Объект исследования: исследование основано на проведенном анализе данных результатов диагностики и хирургического лечения 90 пациентов с внутримозговыми кровоизлияниями супратенториальной локализации. Мужчин было 56 (60,4%), женщин – 34 (39,6%). Возраст больных был от 37 до 76 лет. Средний возраст больных составил 56,7±8,3 лет.

Предмет исследования: методы трепанации при спонтанных внутримозговых кровоизлияниях (фрезеотомия, резекционная трепанация черепа, костно-пластическая черепа).

Цель работы. Улучшение результатов и повысить эффективности нейрохирургического лечения больных с гипертензивным геморрагическим инсультом в зависимости от сроков развития, локализации и объёма внутричерепных гематом на основе применения современных методов нейровизуализации и оперативных вмешательств.

Методы исследования: неврологические, рентгенологические, эхоэнцефалография, компьютерная и магнитно-резонансная томографии головного мозга.

Полученные результаты и их новизна. Предложена эффективная тактика хирургического лечения, основанных на сравнительной оценке результатов исхода при различных методах хирургических вмешательств больных с геморрагическим инсультом в зависимости от локализации, объема гематомы, степени дислокации, уровня сознания и времени кровоизлияния.

Рекомендации по их использованию: Разработанная и внедренная в практическую нейрохирургию методика отбора больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием для оперативного лечения позволит снизить процент необоснованно выполненных вмешательств и послеоперационных осложнений. Разработанная и внедренная в нейрохирургическую практику

методика определения сроков проведения оперативного лечения больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием позволит повысить эффективность хирургического лечения.

Область применения*:* здравоохранение, неврология, нейрохирургия.

SUMMARY

of the dissertational work of Borjiev Urmatbek Arstanbekovich on the subject: «Comparative value of different surgical interventions in hemorrhagic stroke» to obtain degree of the candidate of medical sciences on the specialty 14.01.18 – neurosurgery

Key words: hemorrhagic stroke, intracerebral hematoma, trephination, craniectomy, osteoplastic craniotomy.

Object of the research. The study includes an analysis of diagnostic and surgical management results of 90 patients with supratentorial intracerebral hematomas. The series consisted of 56 (60.4%) males and 34 (39.6%) females among examined. Patients' age varied from 37 to 76 years. Mean age was 56.7±8.3 years.

Subject of the research. Methods of craniotomy using for spontaneous intracerebral hematomas (burr-hole surgery, craniectomy, osteoplastic craniotomy).

Goal of the research. Improving the results and increasing the efficiency of neurosurgical treatment of patients with hypertensive hemorrhagic stroke, depending on the timing of development, localization and volume of intracranial hematomas, based on the use of modern methods of neuroimaging and surgical interventions.

Methods of research: neurological, radiological, echoencephalography, computed tomography, magnetic resonance imaging of the brain.

Results obtained and their novelty. An effective tactics for surgical management of patients with hemorrhagic stroke basing on comparative evaluation of different ways of surgical interventions and considering hematoma location, hematoma volume, dislocation degree, consciousness level and time of intracerebral bleeding.

Recommendaitions for their use. The method of selection of patients with hypertensive stroke hemorrhage for surgical treatment, developed and introduced into practical neurosurgery, will reduce the percentage of unnecessarily performed interventions and postoperative complications. The method developed and introduced into neurosurgical practice for determining the timing of surgical treatment of patients with hypertensive stroke hemorrhage will improve the efficiency of surgical treatment.

Application field: health care, neurology, neurosurgery.