БИШКЕКСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ им. С. Б. ДАНИЯРОВА

Диссертационный совет Д 14.19.601

На правах рукописи
УДК: 616.831-005.1-089

БОРЖИЕВ УРМАТБЕК АРСТАНБЕКОВИЧ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

14.01.18 – нейрохирургия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2021

Работа выполнена на кафедре нейрохирургии до- и последипломного образования Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева и в отделениях нейрохирургии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской республики.

Научный руководитель: **Мамытов Миталип Мамытович**
доктор медицинских наук, профессор, акад. НАН КР, заведующий кафедрой нейрохирургии до- и последипломного образования КГМА им. И. К. Ахунбаева

Официальные оппоненты: **Дюшеев Буранбек Джамгырчиевич**
доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики КРСУ им. Б.Н. Ельцина

Дуйшобаев Абдыракман Раманкулович
кандидат медицинских наук, нейрохирург медицинского центра MEDI.

Ведущая организация: Ошский государственный университет
кафедра неврологии, нейрохирургии и психиатрии (723500, г. Ош, проспект Ленина, 331).

Защита состоится “____” _____ 2021 г. в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.19.601 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Бишкекском научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии и Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова по адресу: 720027, г. Бишкек, ул. Кривоносова 206, в конференц зале. Идентификационный код онлайн трансляции защиты диссертации в zoom-webinar 558-757-7530, код входа 1111.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии (720027, г. Бишкек, ул. Кривоносова, 206), Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова (720004, г. Бишкек, ул. Боконбаева 144а) и на сайте **www: nicto.kg**

Автореферат разослан "____" _____ 2021 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор Б. С. Анаркулов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Внутримозговые кровоизлияния, обусловленные артериальной гипертензией, обозначаемые также термином «гипертензивные внутримозговые 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 [Акопян А. П., 2002; Верещагин Н. В. с соавт., 2002; Варакин Ю. Я., 2005; Скворцова В. И. с соавт., 2005; Котова Е. Ю., 2009; Бывальцев В. А. с соавт., 2015; Egashira Y. et al., 2015; Bobinger T. et al., 2018].

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 [Скворцова В. И. с соавт., 2005; Брицис Р. с соавт., 2006; Горлин В. с соавт., 2006; Беляков К. В. с соавт., 2009; Manoel O. et al., 2016; Cai Q. et al., 2017].

Общепринятой тактики хирургического лечения гипертензивных кровоизлияний, как и других внутримозговых 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 [Галкина Т. Н. с соавт., 2002; Крылов В. В. с соавт., 2007; Дашьян В. Г., 2009; Берснев В. П. с соавт., 2010; Джамгырчиева А. А. с соавт., 2013; Kim S. H. et al., 2017; Morioka M. et al., 2017; Yrysov K. et al., 2018].

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 [Зорин Н. с соавт., 2006; Елфимов А. В. с соавт., 2008; Дзенис Ю. Л., 2014; Miller C. M. et al., 2008; Mamytov M. et al., 2019].

Нет единого мнения о сроках вмешательства, методе хирургического лечения в зависимости от характера, локализации и объема кровоизлияния, тяжести состояния больных и сопутствующей патологии [Мануковский В. А. с соавт., 2006; Матвеев С. с соавт., 2006; Лебедев В. В. с соавт., 2007; Мустафин С. А. с соавт., 2009; Yilmaz C. et al., 2010; Alkosha H. M. et al., 2017; Ye Y. et al., 2020].

Необходимость выяснения этих вопросов свидетельствует об актуальности темы исследования.

Связь темы дисссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, научными работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Диссертационная работа выполнена в рамках научной программы на тему: «Нейровизуализация цереброваскулярной патологии и опухолей головного мозга, современное состояние проблемы в Кыргызской республике. Усовершенствование и перспективы ранней диагностики и лечения сосудистых и онкологических заболеваний головного мозга», проводимой Кыргызской государственной медицинской академией им. И. К. Ахунбаева, финансируемой Министерством образования и науки Кыргызской Республики (регистр. №0007447).

Цель исследования. 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.

Задачи исследования:

1. Изучить и сравнить эффективность различных методов хирургических вмешательств у больных с гипертензивным геморрагическим инсультом.

2. Разработать методику отбора больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием для оперативного лечения, уточнить показания и противопоказания к хирургическому вмешательству больных с гипертензивными внутримозговыми инсультными гематомами.

3. Разработать методику определения сроков проведения оперативного лечения больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием на основании результатов исхода лечения.

4. Разработать и внедрить в практику оптимальную тактику хирургического лечения больных с гипертензивным геморрагическим инсультом в зависимости от локализации, объема, степени дислокации, уровня сознания и времени кровоизлияния.

Научная новизна полученных результатов:

1. Проведена сравнительная оценка эффективности различных методов хирургических вмешательств у больных с гипертензивным геморрагическим инсультом. 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.

2. Разработана методика отбора больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием для оперативного лечения (Рационализаторское предложение «Методика отбора больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием для оперативного лечения» №4/2018 от 8 января 2018 года).

3. Разработан метод определения оптимальных сроков проведения оперативного лечения больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием (Рационализаторское предложение “Методика определения сроков проведения оперативного лечения больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием” №5/2018 от 8 января 2018 года).

4. Разработан и внедрен в практику нейрохирургии, критерии эффективности для оптимальной тактики хирургического лечения больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием.

Практическая значимость полученных результатов:

1. На основе опыта хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом установлено, какой метод хирургического вмешательства необходимо применить в каждом конкретном случае в зависимости от локализации и объема внутримозговой гематомы, степени дислокации, уровня сознания пациентов с гипертензивным геморрагическим инсультом.

2. 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.

3. Разработанная и внедренная в нейрохирургическую практику методика определения сроков проведения оперативного лечения больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием позволит повысить эффективность хирургического лечения.

4. Разработанные критерии эффективности для хирургического лечения, показаний и противопоказаний к проведению тех или иных методов оперативных вмешательств позволит осуществить дифференцированную, оптимальную тактику хирургического лечение больных гипертензивными инсультными гематомами.

Экономическая значимость полученных результатов заключается в том, что позволяет улучшить результаты хирургического лечения и достигаются оптимальные сроки хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом, что прямо пропорционально сказывается на проценте восстановления неврологических выпадений, сокращается срок

пребывания в стационаре, сокращается срок реабилитационной терапии в послеоперационном периоде.

Способствует укорочению срока временной нетрудоспособности самого активного рабочего слоя населения, что сказывается на социально-экономическом положении страны в целом.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Резекционная трепанация черепа более перспективно у больных с субкортикальной локализацией с объемом гематом менее 60 $см^3$.

2. Костно-пластическая трепанация черепа с удалением внутримозговых гематом более эффективна при медиальной, вентрикулярной локализации с объемом гематом более 60 $см^3$.

3. Фрезотомия с пункционной аспирацией внутримозговой гематомы эффективна на 20 сутки после кровоизлиянии в не зависимости от локализации и объема гематом.

4. Прогностический благоприятными для хирургического лечения служат инсультные гематомы с объемом менее 60 $см^3$ и с угнетением сознания пациентов не ниже сопора (более 10 баллов по ШКГ) с дислокацией срединных структур головного мозга до 3 мм.

5. Хирургическое лечение инсультных гематом в течение 72 часов сопряжено с высоким риском послеоперационной летальностью при их супратенториальной, вентрикулярной локализациях, в объеме более 80 $см^3$ с дислокацией срединных структур головного мозга более 10 мм, с угнетением сознания пациентов глубже сопора (8 баллов и менее по ШКГ).

6. Прогностически блогоприятным сроком для оперативного лечения больных с гипертензивным геморрагическим инсультом с субкортикальной локализацией с объемом менее 60 $см^3$ 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.

Личный вклад соискателя. Личное участие соискателя охватывает разработку и внедрение способов диагностики и лечения нетравматических супратенториальных внутримозговых кровоизлияний. Набор и обработка клинического материала осуществлены лично автором, диссертант принимал непосредственное участие в обследовании и в оперативной лечении больных с геморрагическим инсультом. Сбор, анализ полученных результатов, их обсуждение и интерпретация, выводы полностью принадлежат автору.

Апробация результатов диссертации. Основные положения, полученные в результате исследования, доложены на: V научно-практической конференции с международным участием «Кайшибаевские чтения», посвященной 80-летию профессора С. К. Кайшибаева (Алматы, 2015), международный научный форум

«Дни науки КГМА-2018» посвященный 100-летию академика К. Р. Рыскуловой (Бишкек, 2018), международной конференции неврологов и нейрохирургов Кыргызской республики совместно с Сибирской Ассоциацией нейрохирургов (Бишкек, 2019), объединенном заседании сотрудников отделений нейрохирургии и нейротравматологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской республики (Бишкек, 2020).

Внедрение результатов исследования. Разработанный и внедренный комплекс диагностического обследования и методы нейрохирургического лечения больных с геморрагическим инсультом используются в практической работе нейрохирургических отделений Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской республики, в Ошской межобластной объединенной клинической больнице, Ошской городской клинической больнице и Жалал-Абадской областной больнице. Результаты исследований используются на лекциях, семинарских и практических занятиях со студентами Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева и Ошского государственного университета, а также с врачами-курсантами тематических циклов усовершенствования врачей.

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По материалам диссертации опубликованы 8 научных работ, получены 2 удостоверения на рационализаторские предложения («Методика отбора больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием для оперативного лечения» №4/2018 от 8 января 2018 года, рационализаторское предложение «Методика определения сроков проведения оперативного лечения больных с гипертензивным инсультным кровоизлиянием» №5/2018 от 8 января 2018 года, выданные патентным отделом Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева).

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа изложена на 150 страницах компьютерного набора шрифтом Times New Roman, кириллица (размер 14, интервал 1,5). Работа состоит из введения, обзора литературы, из двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованных 216 источников, из них 102 источника авторов дальнего зарубежья и иллюстрирована 8 таблицами, 16 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Глава 1. Современное представление о нетравматических внутримозговых кровоизлияниях при геморрагическом инсульте (обзор литературы). В этой главе излагаются современные представления об эпидемиологии, структуре и патогенезе гипертензивных инсультных

кровоизлияний, механизмах повреждения головного мозга, даны современные тенденции диагностики и лечения больных с геморрагическим инсультом.

Глава 2. Материал и методы исследования

В основу работы положен анализ 90 клинических наблюдений больных с внутримозговыми кровоизлияниями супратенториальной локализации, обусловленными артериальной гипертонией. Пациенты находились на стационарном лечении в отделениях нейрохирургии и неврологии Национального госпиталя при Министерсве здравоохранения Кыргызской республики в период с 2014 по 2019 гг. Все больные были подвергнуты хирургическому лечению. Архивные наблюдения составили 55 больных.

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 трепанация черепа).

Более половины пациентов, 53 (58,9%) человека, на момент лечения находились в возрасте 41-60 лет. Наибольший удельный вес составили пациенты в возрасте 51-60 лет (35,6%). Больных пожилого возраста было 33 человека, что составило 36,7%. Таким образом, в большинстве случаев внутримозговые кровоизлияния перенесли больные еще трудоспособного возраста.

В зависимости от времени поступления в стационар от начала заболевания больные распределились следующим образом: в течение первых 24 часов с момента кровоизлияния поступило 67 пациентов (74,4%), в течение 2-3 суток – 16 (17,8%), свыше 3-х суток – 7 (7,8%).

Госпитализация больных наиболее высока в течение первых 1 суток после инсульта. Более поздняя госпитализация была связана с переводом больных из других непрофильных отделений, поздним направлением из поликлиник и с лечением в домашних условиях.

Уровень нарушения сознания определялся применением шкалы ком Глазго, которая основана на изучении двигательных реакций, словесного ответа и реакций глаз.

Тяжесть состояния больных в остром периоде оценивалась по шкале ком Глазго (ШКГ) и по шкале предложенной Ю.Н. Зубковым с соавт. (1989) в которой имеются следующие градации состояния: компенсированное, субкомпенсированное и декомпенсированное. Компенсированному состоянию

соответствовало 13-15 баллов по ШКГ, субкомпенсированному состоянию 8-12 баллов, декомпенсированному 3-7 баллов.

Оценка тяжести состояния проводилась на момент поступления больного в стационар, в динамике заболевания и при выписке. Оценку нарушений сознания проводили по принятой в 1982 году классификации, предложенной для больных с травмой ЦНС (Коновалов А.Н., с соавт., 1982).

Наличие крови в каждых желудочках считался раздельно, а результат суммировался. Первой степени внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК) соответствовали 1-2 балла, второй – 3-5 баллов; третьей – 6 баллов и выше (шкала D.A. Graeb, 1990).

Тяжесть состояния больных и выраженность неврологических нарушений оценивали также по специальной шкале Orgogozo (1989), пригодной для быстрой оценки динамики нарушения двигательных и коммуникативных функций.

Результаты лечения больных оценивались по показателю госпитальной летальности и типам функциональных исходов для чего использовали шкалу исходов Глазго, посредством которой проводили оценку результатов проведенного лечения и качества жизни больных.

Исходя из задач исследования все наблюдения группы хирургического лечения в зависимости от вида оперативного вмешательства, были разделены на три группы (рисунок 1).

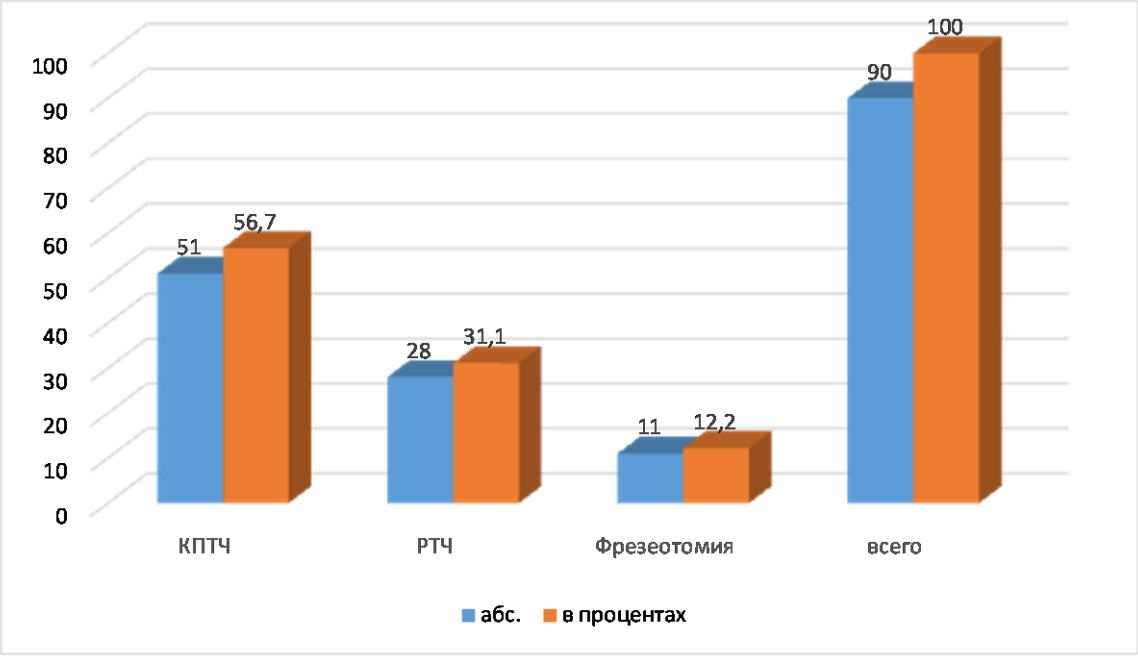

Рисунок 1. Распределение больных по видам оперативного вмешательства

В 1 группу вошло 51 (56,7%) наблюдение, в которой проводилось открытое удаление гематом при помощи костно-пластических трепанаций.

Во 2 группу вошли 28 (31,1%) наблюдений, в которой проводилось открытое удаление гематом при помощи резекционной трепанации черепа.

В 3 группу вошло 11 (12,2%) наблюдений, в которой удаление гематом проводилось минимально инвазивным способом с применением фрезеотомии с последующим пункционным удалением гематомы.

Для оценки исходов использовали модифицированную шкалу Rankin (1957). Основными конечными точками, используемыми для оценки эффективности лечения, являлись дискретные исходы инсульта (благоприятный исход или неблагоприятный исход) к концу 1-го месяца заболевания. Неблагоприятным исходом считалась смерть больного или выраженная степень инвалидизации (4-5 уровень инвалидизации по Rankin). Благоприятным исходом считался исход, при котором больной оставался жить и уровень его инвалидизации составил 1-3 уровень по шкале Rankin.

Глава 3. Клинико-неврологические и диагностические аспекты геморрагического инсульта

Распределение гематом по локализации в группах оперированных больных представлено на рисунке 2., данные которого показали, что по локализации гематом группы сильно отличаются друг от друга.

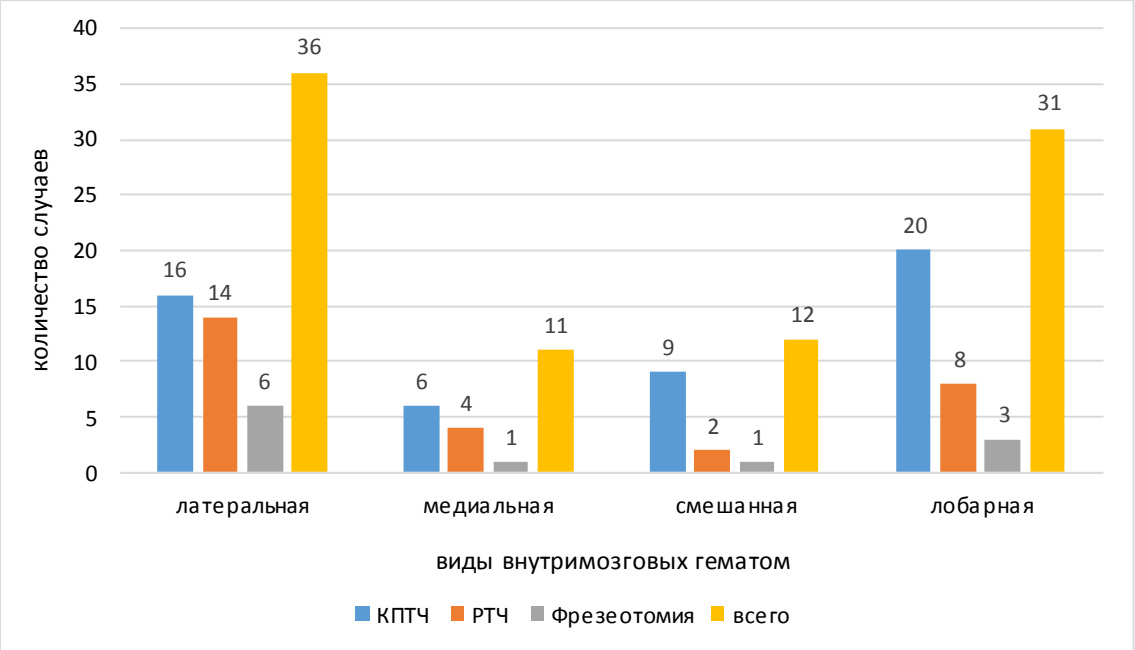

Рисунок 2. Распределение больных по видам операции и локализации гематом

В группе КПТЧ половина наблюдений была с лобарными гематомами, что на 20% больше, чем в группе РТЧ. В группе РТЧ преобладали наблюдения с латеральными гематомами.

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. Как видно из диаграммы, в группе в нашей серии больных преобладали наблюдения с гематомами латеральной и лобарной локализации, т.е больших объемов, подлежащих оперативному лечению.

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

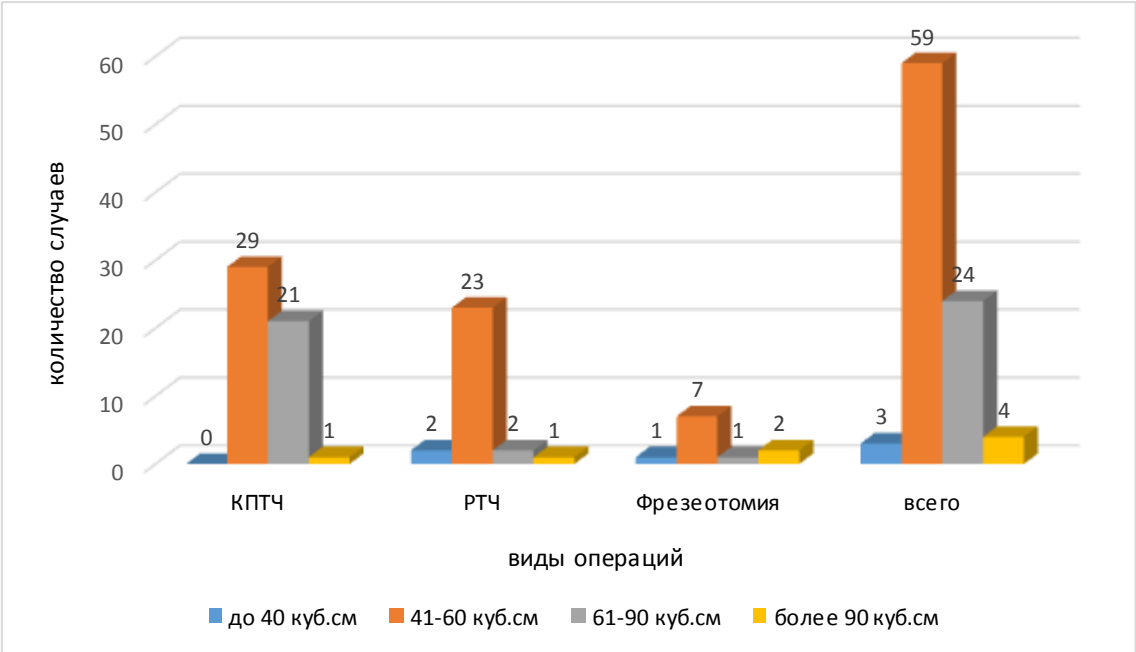

Рисунок 3. Распределение больных по объему внутримозговых гематом

Распределение больных по степени ВЖК по 12-бальной шкале D.A. Graeb (1990) в группах представлено на рисунке 4. В группе КПТЧ 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 (рисунок 4).

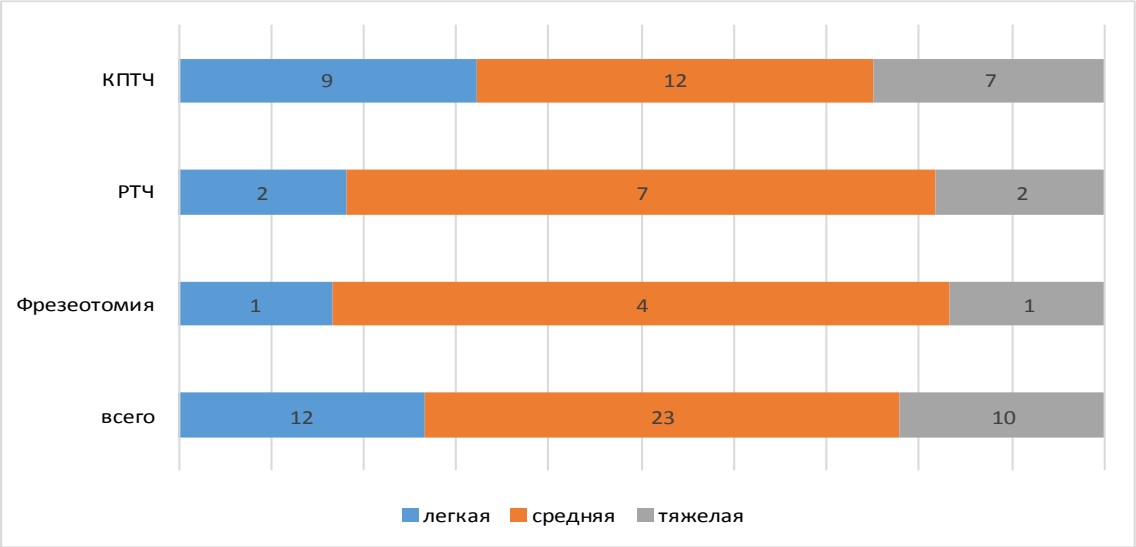

Рисунок 4. Распределение по степени внутри желудочкового кровоизлияния в группах больных по D. A. Graeb (1990)

Давность выявления артериальной гипертензии варьировала у 84 больных от 1 года до 20 лет, составляя в среднем 6 лет, 6 больных не знали о наличии у них гипертензии. До инсульта 77 (85,5%) больных работали. Инвалидов среди оперированных было 10, пенсионеров 7. Гипертонические кризы наблюдались у 17 (18,9%) больных, из них 9 выжили. Острые нарушения мозгового кровообращения с выраженной неврологической симптоматикой перенесли в разное время до настоящего инсульта 6 (6,7%) больных, из них двое выжили. Различные степени ожирения отмечены у 10 больных, из них 5 выжили. Длительно злоупотребляли алкоголем 20 больных, из них 13 выжили. Все трое больных, перенесших в разное время до инсульта инфаркт миокарда, погибли после операции.

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, представленных в таблице 1 видно, 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 КПТЧ.

Таблица 1 – Распределение больных в зависимости от вида лечения и тяжести состояния (шкала комы Глазго)

Баллы по ШКГ	КПТЧ	РТЧ	Фрезеотомия	Итого
13-15	5	3	2	10 (11,1%)
9-12	30	12	3	45 (50,0%)
8 >	16	13	6	35 (38,9%)
Всего	51 (56,7%)	28 (31,1%)	11 (12,2%)	90 (100%)

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 внутримозговыми 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 следуюшим критериям: по уровню сознания, по локализации и обьему гематом, по дислокации срединных структур головного мозга. Прогностически благоприятными для оперативного лечения являются больные с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями с субкортикальной локализацией объемом менее 60 $см^3$ и с угнетением сознания не ниже глубокого оглушения (более 10 баллов по ШКГ) и дислокацией срединных структур головного мозга до 2 мм (таблица 2).

Таблица 2 – Критерии для эффективного хирургического лечения гипертензивных внутримозговых кровоизлияний

Уровень сознания	Обьем гематомы	Локализация Гематомы	Дислокация срединных структур мозга
Более 10 баллов по ШКГ	до 60 $см^3$	Субкортикальное	2 мм

По предложенной методике отобранно 12 больных с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями и проведено опреативное лечение. Все прооперированые 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.

Противопоказаниями к операции при кровоизлияниях в полушария мозга являлись: предагональное состояние, первичная кома в сочетании с кардио-респираторными нарушениями, свидетельствующая о распространенности и неоперабельности кровоизлияния, развитие кардио-респираторных расстройств на фоне неглубокого угнетения сознания, говорящее обычно об ишемии ствола, вызванной поражением позвоночных-базилярной артерии, свежий инфаркт миокарда, уремия, тяжелый диабет. Противопоказания к операции подтверждала ангиографическая картина, характеризующаяся наличием латерального смещения лентикуло-стриарных артерий – симптома медиального кровоизлияния или тяжелых сочетанных поражений сонных и позвоночных, базилярной артерий. Данные прогнозирования исхода инсульта указывали на противопоказания к операции при плохом прогнозе хирургического вмешательства.

Для оценки выраженности очаговой неврологической симптоматики была использована шкала – балл Оргогозо (1989), позволяющая быстро и качественно оценить динамику нарушенных вследствие инсульта двигательных и коммуникативных функций. Максимальный суммарный балл, набираемый пациентом равен 100 баллам, и чем ниже итоговый балл, тем более выражены постинсультные расстройства. При сравнении тяжести состояния больных с баллом Оргогозо выявлена обратная линейная зависимость. Так оказалось, что по мере возрастания тяжести состояния у больных отмечалось уменьшение балла Оргогозо, что свидетельствовало об ухудшении состояния ($p=0,001$). Балл Оргогозо для компенсированных больных составил $53,5\pm20,4$, для субкомпенсированных – $34,2\pm15,3$, для декомпенсированных – $20,8\pm14,8$ балла.

Таким образом, анализ клинико-неврологических параметров у больных всех трех групп хирургического лечения показал, что основной контингент больных составили тяжелые больные с выраженным нарушением сознания в субкомпенсированном и декомпенсированном состоянии. Тяжесть больных была обусловлена значительным нарушением сознания, объемом кровоизлияния, с наличием ВЖК и смещением срединных структур.

Глава 4. Хирургическое лечение нетравматических внутримозговых кровоизлияний

Анализ данных о частоте применения основных нейрохирургических доступов у лиц с различными видами внутримозговых гематом показали, что латеральные гематомы (n=36) у 36 пациентов, были удалены путем выполнения КПТЧ в 16 (44,4%) случаях, путем РТЧ – в 14 (38,9%) случаях, фрезеотомии в 6 (16,7%) случаях. Медиальные гематомы (n=11) у 11 пациентов, 6 (54,5%) пациентам были удалены посредством КПТЧ, РТЧ была выполнена в 4 (36,4%) случаях, а фрезеотомия в одном (9,1%) случае. Смешанные гематомы (n=12) у 12 пациентов, у 9 (75,0%) пациентов были удалены путем выполнения КПТЧ, в 2-х (16,7%) случаях посредством РТЧ, в одном (8,3%) лишь случае выполнена фрезеотомия. При 31 лобарной гематоме, КПТЧ произведена в 20 (64,5%) случаях, в 8 (25,8%) случаях применена РТЧ, а фрезеотомия использована в 3-х (9,7%) случаях ($p<0,05$).

У 90 больных нами выполнено оперативное вмешательство. В наших наблюдениях преобладал метод КПТЧ (51 операция – 56,7%), что связано с общепринятой тактикой нашей клиники, где преимущественно выполняются КПТЧ с учетом ее преимуществ и благоприятного влияния для больных. Как правило, КПТЧ производили у больных, не имеющих грубых нарушений функций ствола мозга, а также в большинстве тех случаев, где локализация внутримозговых гематом была уже установлена с помощью МРТ исследования.

Следует отметить, что применение КПТЧ весьма эффективно для удаления нетравматических внутримозговых гематом, так как гематомы, уже в первые часы после травмы содержат плотные сгустки крови, при удалении которых часто возобновляется кровотечение. Как и следовало ожидать, при КПТЧ полное удаление гематом и восстановление анатомических взаимоотношений тканей способствовало более быстрому и более полному восстановлению нарушенных функций мозга. В нашей работе мы применяли КПТЧ и как первый и как окончательный этап оперативного вмешательства, а также как последующий этап, которому предшествовало частичное удаление гематом через расширенное фрезевое отверстие.

В 28 случаях (31,1%) была произведена РТЧ. Этот метод использовался при тяжелом состоянии больных, наличии грубо выраженной общемозговой и стволовой неврологической симптоматики, при картине нарастающего отека-набухания и дислокации головного мозга, т.е. у больных, которым необходимо было обеспечить декомпрессию мозга. Широкая декомпрессионная трепанация черепа у больных с внутримозговыми гематомами в ряде случаев позволила сохранить не только жизнь, но и психическую полноценность пострадавших. Метод РТЧ был применен у 19 (21,1%) больных молодого и среднего возраста.

Мы еще раз убедились в том, что метод резекционной трепанации черепа является технически относительно простым, позволяет провести достаточно-широкую ревизию головного мозга, хотя в этом плане и уступает методу КПТЧ.

Удаление нетравматических внутримозговых гематом через расширенное фрезевое отверстие было применено в 11 случаях (12,2%) из 90 операций, при чем у 8 больных это было самостоятельно как метод, а у остальных как первый этап лечения, в последующем им произведена РТЧ или КПТЧ. Удаление нетравматических внутримозговых гематом через расширенные фрезевые отверстия применялось в основном у больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, у которых имелись нарушения витальных функций, когда не было возможности провести операцию в более значительном объеме. При этом накладывали 2 фрезевых отверстия.

В большинстве случаев этот метод был первым этапом проведения более радикальной операции. Метод расширенной фрезеотомии нами применялся в основном для удаления латеральных гематом (6 – 16,7%). Мы убедились в том, что он имеет ряд существенных недостатков: невозможность удаления больших по объему и протяженности нетравматических внутримозговых гематом базальной локализации, трудность в обнаружении источника кровотечения, недостаточность обеспечения декомпрессии при нарастающем в ходе операции и после нее отека-набухания головного мозга. Положительной стороной этого метода является его большая диагностическая ценность, быстрота технического исполнения и то, что он является наиболее малотравматичным и щадящим для больного.

В наших наблюдениях послеоперационная летальность равна 20%, все больные были оперированы в первые 3-5 суток после инсульта, из них 48% – в первые 24 часа. Анализ результатов операций подтвердил зависимость благоприятных исходов от ряда факторов, особенно четко от состояния сознания перед операцией, локализации кровоизлияния и прорыва крови в желудочки (рисунок 5).

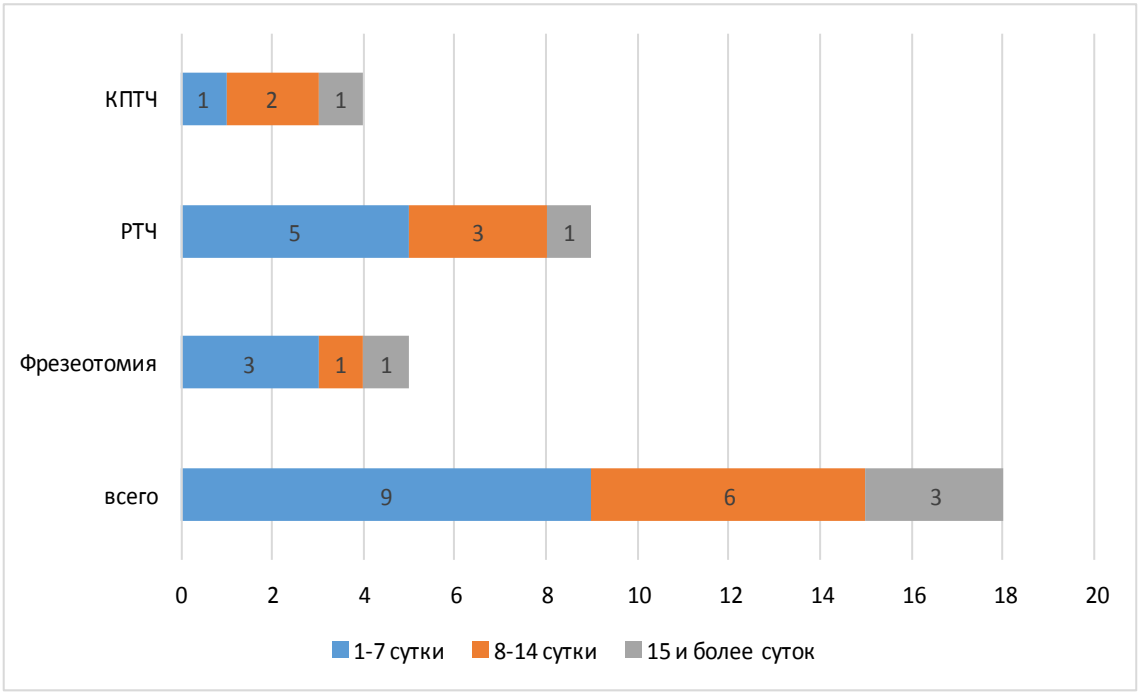

Рисунок 5. Зависимость летальных исходов от сроков проведения оперативного вмешательства

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 блогоприятными сроками для оперативного лечения больных с гипертензивными инсультными кровоизлияниями с субкортикальной локализацией объемом менее 80 $см^3$ 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 $см^3$ 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 $см^3$ и с угнетением сознания ниже сопора (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 $см^3$ и с угнетением сознания менее 8 баллов по ШКГ, с дислокацией срединных структур более 10 мм являлось неоправданным, в таких случаях необходимо вести выжидательную тактику (таблица 3).

Таблица 3 – Показатели критерии для определения сроков проведения хирургического лечения гипертензивных инсультных кровоизлияний

Сроки операции	Уровень сознания по ШКГ	Локализация гематом	Объем гематом	Степень дислокации
1-3 сутки	более 10 бал.	субкортикально	менее 80 $см^3$	до 2 мм
6-7 сутки	менее 10 бал.	медиальное	менее 80 $см^3$	более 3 мм
15-20 сутки	менее 10 бал.	с прорывом в желудочки или супратенториально	более 80 $см^3$	более 6 мм
Выжидательная тактика	менее 8 бал.	с прорывом в желудочки или супратенториально	более 120 $см^3$	более 10 мм

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%) (рисунок 6).

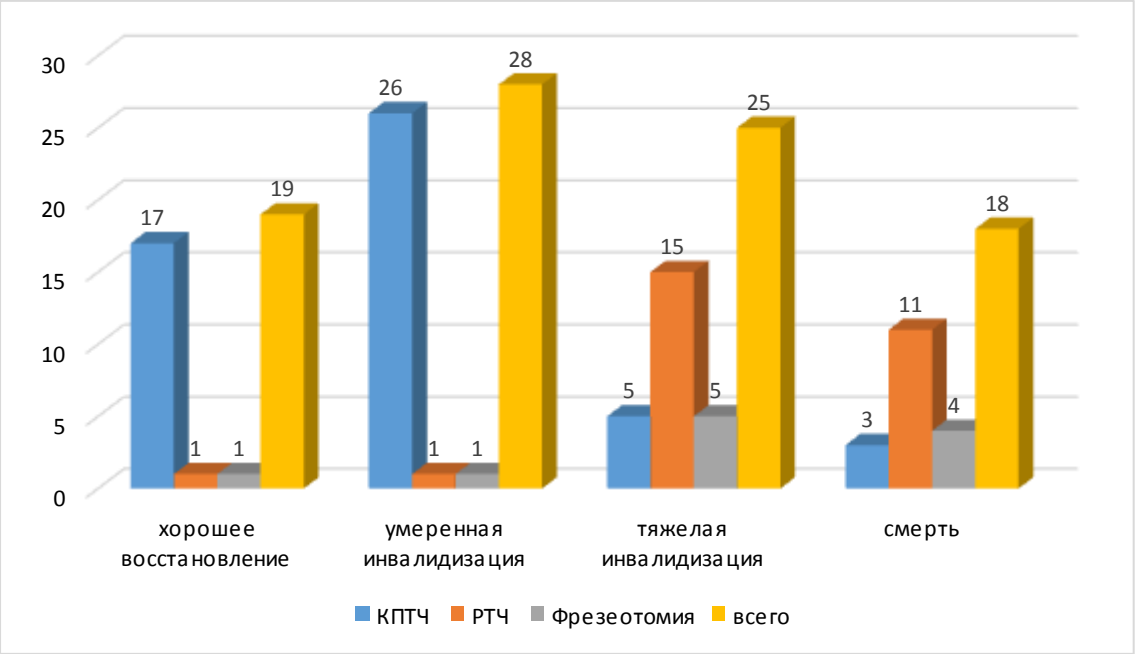

Рисунок 6. Распределение больных по шкале исходов Глазго

Исходы заболевания оценивались и по шкале Rankin. Данная шкала более конкретно выявляет качество жизни и степень инвалидизации выживших больных.

Как показано на рисунке 7., благоприятный исход заболевания (1-3 степень по шкале Rankin) получен в 44 (61,1%) наблюдениях из 72 выживших. Больные с 1-2 степенью инвалидизации могли справляться со своими делами без посторонней помощи и выполнять некоторые из прежних обязанностей. Больные с 3-й степенью, 28 человек, могли передвигаться самостоятельно, но им уже требовался посторонний уход. Неблагоприятный исход (4-5 степень по шкале Rankin) наблюдался в 28 (38,9%) случаев. Больные с 4 степенью, 22 человека не могли ходить без посторонней помощи и не могли ухаживать за собой.

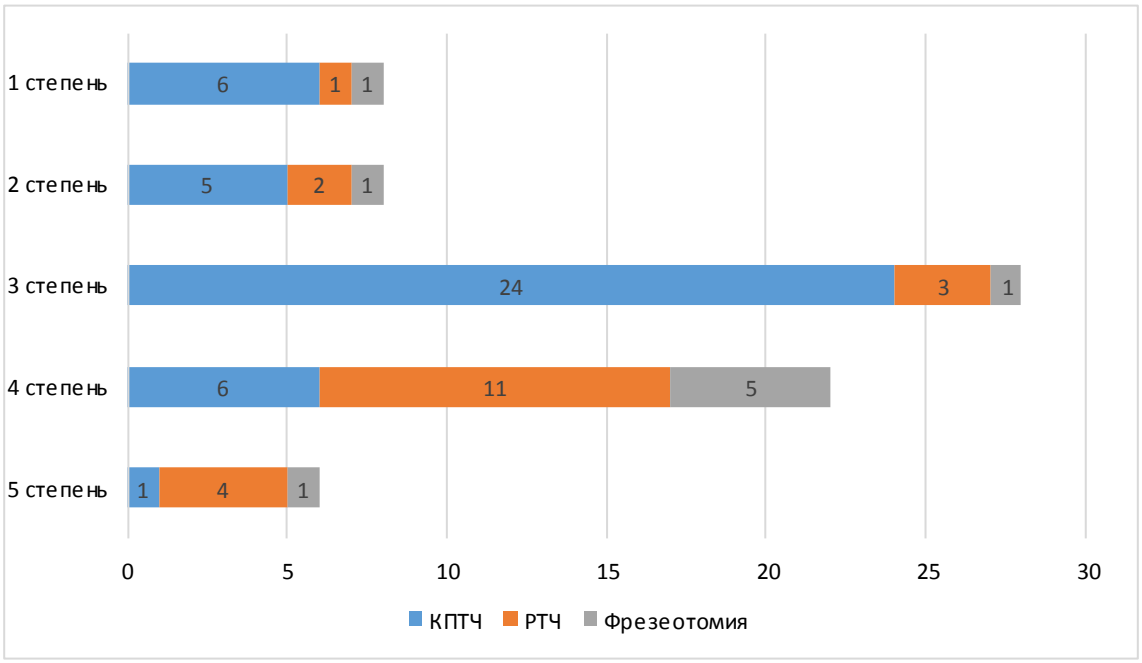

Рисунок 7. Распределение исходов по шкале Rankin

Хирургическое лечение позволило спасти жизнь больным с большими по объему гематомами, массивным повреждением мозга, но качество жизни этих больных при выписке оказалось низким. Остальным 6 больным, с 5-й степенью по шкале Rankin, требовалась постоянная помощь и наблюдение медицинского персонала.

Обнаружена определенная зависимость между объемом гематомы и исходом заболевания. Отмечалась увеличение летальности при увеличении объема гематомы. Так при объеме кровоизлияния до 40 $см^3$ летальность составила 22,2%, свыше 90 $см^3$ – 100%. При этом отмечено, что хорошее восстановление наблюдалось лишь у больных при объеме кровоизлияния не более 60 $см^3$. При объеме гематом до 90 $см^3$ операция сохранила жизнь примерно 60% больных, смертность составила 40%, при объеме свыше 90 $см^3$ 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 хорошим 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 геморрагии 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 гемотампонадой.

Отдаленные результаты, в сроки от 1 до 3-х лет после операции, рассмотрены у 33 больных (о 6 больных сведения отсутствуют, 12 больных умерли в разные сроки). Из числа обследованных больных 7 (21%) были способны к труду, а 22 (67%) могут обслуживать себя и выполнять домашную работу, 4 (12%) нуждались в помощи.

Проведенное исследование показало, что повышение обоснованности операций, усовершенствование методики хирургических вмешательств и ведения больных в остром периоде, выяснение механизмов патогенеза послеоперационных рецидивов внутримозговых кровоизлияний способствовали улучшению результатов операции и снижению послеоперационной летальности.

ВЫВОДЫ:

1. Костно-пластическая трепанация черепа с удалением внутримозговых гематом более эффективна при медиальной, вентрикулярной локализации с объемом гематом более 60 $см^3$. Резекционная трепанация черепа более перспективно у больных с субкортикальной локализацией с объемом гематом менее 60 $см^3$. Фрезотомия с пункционной аспирацией внутримозговой гематомы эффективна на 20 сутки после кровоизлияния в независимости от локализации и объема гематом.

2. Разработана методика отбора больных для операции, показаниями для хирургического лечения служат инсультные гематомы с объемом менее 60 $см^3$ и с угнетением сознания пациентов более 10 баллов по ШКГ, с дислокацией срединных структур головного мозга до 2 мм. При снижении уровня бодрствования до комы хирургическое вмешательство нецелесообразно и малоэффективно.

3. Оптимальным сроком для оперативного лечения внутримозговых гематом с субкортикальной локализацией с объемом менее 60 $см^3$, с угнетением сознания не ниже сопора, дислокацией срединных структур головного мозга до 2 мм являются первые 72 часа, внутримозговые гематомы медиальной локализацией, объемом менее 80 $см^3$, с угнетением сознания ниже оглушения, со смещением срединных структур более 3 мм являются 6-7 сутки после кровоизлияния, внутримозговые гематомы с прорывом в желудочки или супратенториальной локализацией, с объемом более 80 $см^3$, с угнетением сознания ниже сопора при дислокации более 6 мм является 15-20 сутки после кровоизлияния.

4. Хирургическая тактика при лечении больных с геморрагическим инсультом требует дифференцированного подхода, в основе, которой лежит тактика строгого отбора больных на оперативное лечение с учетом оптимальных сроков.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. Лечение больных с геморрагическим инсультом должно проводиться в многопрофильных стационарах, которые имеют нейрохирургические отделения и располагают современным диагностическим оборудованием (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, церебральная ангиография), операционными блоками, способными выполнять нейрохирургические операции с подготовленным штатом специалистов.

2. Нейрохирургическое вмешательство в случаях геморрагического инсульта, когда уровень бодрствования угнетен до комы, не показано.

Исключением является кома, обусловленная гематомой мозжечка, когда имеется сдавление ствола мозга и развивается острая окклюзионная гидроцефалия.

3. При хирургическом лечении геморрагического инсульта необходима дифференцированная тактика. Открытая операция с костно-пластической трепанацией черепа показана при субкортикальных и мозжечковых гематомах. Использование малоинвазивных методов операций (пункционная аспирация внутримозговой гематомы, фрезеотомия, резекционная трепанация) необходимо при глубинных кровоизлияниях (путаменальные и таламические).

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ ТРУДОВ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

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.