https://doi.org/10.54890/1694-8882-2024-3-98
УДК 616.831-005.1-079.4-08

ГЕМОРРАГИЯЛЫК ИНСУЛЬТТУ ДАРЫЛООНУН ДИФФЕРЕНЦИЯЛЫК ЫКМАСЫ

Г.Т. Мамражапова[1], М.Б. Ырысова[2], Н.У. Гайпов[3], А.А. Джамгырчиева[4]
[1]Жалал-Абад облласттык клиникалык ооруканасы
Жалал-Абад ш., Кыргыз Республикасы
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
[2]Жалпы жана клиникалык эпидемиология кафедрасы
[3]Дипломго чейинки жана дипломдон кийинки нейрохирургия кафедрасы
[4]Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо Министерлигинин
алдындагы Улуттук Госпиталы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. *Изилдөө максаты:* мээ ичиндеги гематомаларды алууда залалсыз пункциялык ыкманы өркүндөтүү жана оптималдык хирургиялык техниканы иштеп чыгуу, аларды колдонууда дифференцирленген көрсөтмөлөрдү аныктоо жана операциядан кийинки динамиканы изилдөө жолу аркылуу геморрагиялык инсультту дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөө материалы жана ыкмалары. Геморрагиялык инсульттан жабыркаган 140 бейтаптарды (эркектер - 82, аялдар - 58) дарылоонун натыйжаларына жасалган серептик талдоо келтирилген.

Изилдөөнүн натыйжалары. Жарааттык эмес супратенториалдык мээ ичиндеги кан куюлууларда лобардык жана латералдык жайгашууда көлөмү 40 см^3, ал эми аралаш түрүндө 30 см^3 ден ашык болсо хирургиялык дарылоо көрсөтүлгөн. Мээ ичиндеги жарааттык эмес кан куюлууларды хирургиялык пункциондук ыкма менен алып салуу өркүндөтүлүп, баш мээнин кан тамыр патологиясын дарылоодо перспективдүү багыт катары бааланган. Операциядан кийинки кайталануучу кан куюлуулардын жана дислокациялык бузулуулардын алдын алуу ыкмалары иштелип чыккан.

Негизги сөздөр: геморрагиялык инсульт, мээ ичине кан куюлуу, диагностика, хирургиялык жана консервативдүү дарылоо, дарылоонун натыйжалары.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Г.Т. Мамражапова[1], М.Б. Ырысова[2], Н.У. Гайпов[3], А.А. Джамгырчиева[4]
[1] Жалал-Абадская областная клиническая больница
г. Жалал-Абад, Кыргызская Республика
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
[2]Кафедра общей и клинической эпидемиологии
[3]Кафедра нейрохирургии додипломного и последипломного образования
[4]Национальный госпиталь Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме. *Цель работы:* улучшение результатов лечения больных с геморрагическим инсультом путем усовершенствования малотравматичного пункционного метода и определения оптимальной техники открытого метода удаления внутримозговых гематом, обоснования дифференцированных показаний к их применению и исследования послеоперационной динамики.

*Материал и методы исследования***.** Представлен анализ результатов лечения 140 больных (мужчин 82, женщин 58) с геморрагическим инсультом.

Результаты. Хирургическое лечение показано при нетравматических супратенториальных внутримозговых кровоизлияниях лобарной и латеральной локализации объемом более 40 см^3 и смешанных - более 30 см^3. Разработан способ предупреждения повторных послеоперационных кровоизлияний и внутричерепных дислокационных нарушений. Усовершенствована методика хирургического лечения внутримозговых кровоизлияний методом пункционного удаления, который является перспективным направлением в лечении этого вида сосудистой патологии головного мозга.

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

DIFFERENTIATED METHOD OF TREATMENT OF HEMORRHAGIC STROKE

G.T. Mamrajapova[1], M.B. Yrysova[2], N.U. Gaypov[3], A.A. Djamgyrchieva[4]
[1]Jalal-Abad regional clinical hospital
Jalal-Abad, Kyrgyz Republic
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
[2]Department of General and Clinical Epidemiology
[3]Department of Neurosurgery for undergraduate and postgraduate education
[4]National Hospital at the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. *Objective:* improvement of hemorrhagic stroke management by perfecting of mini-invasive punction method and revealing of optimal technique for open removal of intracerebral hematomas, by using of differentiated indications for them and by investigating postoperative dynamics.

Material and methods. An analysis of management results of 140 patients (men - 82, women - 58) with hemorrhagic stroke was presented.

Results. Surgical treatment for non-traumatic supratentorial intracerebral bleeding indicated in lobar and lateral locations more than 40 cm^3 and in miscellaneous locations more than 30 cm^3. Methods for the prevention of repeated postoperative hemorrhages and intracranial dislocation disorders have been developed. The technique of surgical treatment of intracerebral hemorrhages by puncture removal has been improved, which is a promising direction in the treatment of this type of cerebral vascular pathology.

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

Актуалдуулугу. Геморрагиялык инсульту бар бейтаптарды жана жаракатсыз мээ ичине кан куюлууларды дарылоодо, алардын эң жогору санда кездешүүсү жана жогору өлүмдүүлүгүнө жана майыптуулугуна байланыштуу медициналык жана социалдык актуалдуу маселе бойдон калууда. Мээге кан куюлуунун арасынан мээ ичинде супратенториаллык жайгашуусу (80%га чейин) эң көп жыштыкты түзөт [1-3].

Супратенториалдык жаракатсыз мээ ичине кан куюлууларын хирургиялык дарылоонун ар түрдүү аспектилери көпчүлүк ата мекендик жана чет өлкөлүк изилдөөлөрдө берилген [4-6].

Илимий адабиятты талдоонун негизинде супратенториалдык жаракатсыз мээ ичине кан куюлууларын хирургиялык дарылоо көйгөйлөрү чечилди деп эсептөөгө болбойт. Өзүнүн изилдөөсүн жана анын чечилүүсүн талап кылган, ошондой эле илимий жана практикалык мааниси бар бир катар маселелер бар [7-9].

Терең жайгашкан кан куюлууларда ачык жаракаттуу операциялар латералдык, аралаш жана өзгөчө медиалдык кан куюлууларды бул ыкма менен хирургиялык дарылоого көрсөтмөлөр жөнүндө маселелер азыркы учурга чейин талаштарды жаратууда [10-12].

Ачык жана ошондой эле стереотаксикалык методдор хирургиялык техникалык жолдордун жардамында акыркы жыйынтыгы эң жогору жыштыкта турган (50%дан өйдө) өлүмдүүлүк

структурасында кайрадан кан кетүүлөрүн алдын алууну жана бул кабылдоолордун жыштыгын төмөндөтүүнү камсыздай албайт [13-15].

Изилдөө максаты. Геморрагиялык инсультунан жабыркаган бейтаптардын дарылоо натыйжаларын андан ары жакшыртуу жана мээнин ички гематомаларын хирургиялык алып салууда оптималдык техникасын аныктоо, аларды колдонууда жана изилдөөдө дифференцирленген көрсөткүчтөрдү негиздөө менен операциядан кийинки динамикасын изилдөө.

Материалдар жана изилдөө ыкмалары. Иш геморрагиялык инсульту менен мээнин чоң жарым шарында жаракатсыз мээ ичине кан куюлууларынан жабыркаган 140 бейтапты клиникалык, диагностикалык байкоонун жана дарылоонун натыйжаларына анализ жүргүзүүнү өз ичине камтыйт. Хирургиялык дарылоо тобун 59 бейтап түзгөн. Мээ ичиндеги гематомаларды ачык алып салуу 30 бейтапка жүргүзүлгөн (17 эркек, 13 аял). Экинчи топто 29 бейтап, аларга ички мээлик гематомаларын пункциялык алып салуу операциясы жүргүзүлгөн (19 эркек, 10 аял). Үчүнчү топто консервативдик дарылоо жүргүзүлгөн, мында 81 бейтап байкалган (42 эркек, 39 аял).

Бардык байкоолордун арасында 20-39 жаш курактагылар 10,7%, 40тан 59 жашында бейтаптар – 20,7%, 60тан 79 жаш курактагылар – 26,4% жана 80 жаш жана андан жогору – 42,1% түзгөн (табл. 1). Бейтаптар инсульт башталгандан түрдүү мөөнөттө келип түшкөн. Бейтаптардын негизги бөлүгү (110 - 78,6%) өткүр стадиясында инсульт башталгандан (3 суткага чейин) байкалган (ачык алып салуу тобунда – 21 (70,0%), пункциялык алып салуу 20 (68,9%) жана консервативдүү дарылоо тобунда – 69 (85,2%).

Таблица 1 – Бейтаптарды жынысы жана жаш курагы боюнча бөлүштүрүү

Жылы боюнча жашы	Бардыгы		Эркектер		Аялдар		катышы. эрк/аял
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
20-39	15	10,7	9	11,0	6	10,3	1,5
40-59	29	20,7	18	22,0	11	19,0	1,6
60-79	37	26,4	20	24,4	17	29,3	1,2
80 жана андан жогору	59	42,1	35	42,6	24	41,4	1,5
Жалпы	140	100	82	58,6	58	41,4	1,4

125 (89,2%) учурда кан куюлуулар гипертензивдүү, ал эми калганы артериалдык аневризма (8-5,7%) жана артериовеноздук мальформацияларга (5-3,8%) байланыштуу, ал эми 2 учурда этиологиялык фактор белгисиз бойдон калган.

75 (53,6%) байкоодо оору очоктуу симптомдордон, 35 (25,0%) – аң сезимин жоготуудан жана 28 (20,0%) – алардын айкалышынан башталган.

Бейтаптарды байкоо стандартталган клиникалык ыкма боюнча жүргүзүлгөн: анамнез топтолгон, неврологиялык байкоо жүргүзүлгөн, ошондой эле айрым учурларда – жүлүн мээсине пункция аткарылган. Ликвору изилденген, мында оптикалык тыгыздыгы боюнча иммуноферменттик анализдин жардамында негизги миелин белогуна (НМБ) карата антиденелер аныкталган. Оптикалык тыгыздык коэффицентинин орточо мааниси, оптикалык 0,268±0,45 бирдикте, биз ишемиялык инсульт дартын аныктаганбыз, оптикалык тыгыздык коэффицентинин орточо мааниси, оптикалык 0,44±0,35 бирдикте – геморрагиялык инсульт аныкталган. Люмбалдык пункция өткөрүүдө алынган ликворго ошондой эле, интерлейкин-8ди (IL-8) аныктоо үчүн иммуноферменттик анализ жасалды. IL-8 ликвордогу саны 80-1100 пг/мл жеткенде биз – геморрагиялык инсультту, ал эми IL-8 ликвордун саны - 50-95 пг/мл болгондо, ишемиялык инсультту аныктадык («Жаракатсыз мээ ичиндеги гематомаларды аныктоо ыкмасы» 15.08.2017-ж. №6/2017; «Мээ инсульттарын аныктоонун дифференцирленген ыкмасы» 15.08.2017-ж. №7/2017).

Неврологиялык изилдөөлөрдө көпчүлүк бейтаптарда мээнин ортоңку структурасына патологиялык очоктун таасирин айгинелеген мээ өзөгүнүн симптомдору белгиленген. Биздин байкоолордо түрдүү деңгээлде айкындыгы билинген экинчилик мээ өзөк синдрому 49 (60,3%) консервативдик дарылоо тобунда, 23 (76,7%) – ачык алып салууда жана 28 (96,5%) учурда пункциялык алып салууда аныкталган.

Бейтаптардын компьютердик жана магниттик-резонанстык томограммалары гематомалардын жайгашуусу, жабыркоо көлөмү жана перифокалдык өзгөрүүлөр, мээнин ортоңку структураларынын жылышуу (МОСЖ) чоңдугу өлчөнгөн (2 миллиметрден 3-6 мм чейин, 10 мм жана андан жогору), баш мээнин карынчаларынын кеңейүү деңгээли - гидроцефалия (ГДЦ), мээ өзөгүнүн деформациясы (МСД) жана мээ карынчасына кан куюлуу (МККК) бааланган.

Абалынын оордугун, неврологогиялык жетишсиздиктин очоктук билинүүсүн

обьективдештирүү, клиникалык күрсүткөчтөрдү жана калыбына келүүсүн баалоо үчүн, Улуттук ден соолук институтунун (NIHSS) жана инсульттун Бартел боюнча социалдык адаптация деңгээлинин упайдык шкаласын колдондук.

Натыйжалар. Геморрагиялык инсультту аныктоо жана гипертензивдүү гематомаларды хирургиялык дарылоо тактикасы. Абалынын оордугу жана аң сезиминин бузулуусу градацияларга ылайык комалардын Глазго шкаласы боюнча бааланган. Бейтаптар 41 (29,3%) оор жана өтө эле оорлошкон абалда келип түшкөн. Ачык алып салуу тобунда 23 (76,7%) бейтаптардын баштапкы аң сезими бар деңгээли 15тен 9 упайга чейин жана 7 (23,3%) бейтаптарда - 8ден 3кө чейинки упайды түзгөн (табл. 2).

Таблица 2 – Комалардын Глазго шкаласына ылайык бейтаптардын абалы

Упайлар суммасы	Ачык		Пункциялык		Консервативдүү		Бардыгы	
	абс.	P±m%	абс.	P±m%	абс.	P±m%	абс.	P±m%
3-8	7	23,3±3,8	12	41,4±4,1	22	27,2±3,5	41	29,3±3,9
9-15	23	76,7±4,3	17	58,6±4,4	59	72,8±4,2	99	70,7±4,7
Жалпы	30	21,4±3,6	29	20,7±3,3	81	57,9±4,0	140	100

Кан куюлууну консервативдик дарылоодо баштапкы аң сезим деңгээли 59 (72,8%) бейтапта 15тен 9га чейин упай жана 22 (27,2%) – 8ден 3кө чейин упай түзгөн. Пункциялык алып салуу методу менен операция аткарылган бейтаптардын келип түшкөндөгү баштапкы абалы, комалардын Глазго шкаласынын эсеби менен 17 (58,6%) учурда 15тен 9га чейин жана 12 (41,4%) – 8ден 3кө чейин упай (p<0,05) түзгөн.

Ачык алып салууларды байкоонун 11 (36,7%) арасында 60 см^3 өлчөмүндө гематомалар, 9 (30,0%) – учурда 61ден 80 см^3, 6 (20,0%) - 81-120 см^3 жана 4 (13,3%) – 121 см^3 жогору өлчөмдө гематомалар аныкталган.

Пункциялык алып салууларда 10 (34,5%) гематомалар 60 см^3 чейин болгон, 8 (27,6%) – 61ден 80ге чейин см^3, 9 (31,0%) учурда - 81ден 120 см^3 жана 2 (6,9%) учурда – 121 см^3 жогору аныкталган.

Консервативдик дарылоодо 59 (72,8%) учурда 60 см^3 жогору, 8 (9,9%) учурда - 61ден 80 см^3, 6 (7,4%) учурда - 81ден 120 см^3 жана 8 (9,9%) учурда – 121 см^3 (p<0,05) жогору гематомалар аныкталган (табл. 3).

Таблица 3 – Мээ ичиндеги гематомалардын өлчөмү

Гематома өлчөмү	Ачык		Пункциялык		Консервативдүү		Бардыгы	
	абс.	P±m%	абс.	P±m%	абс.	P±m%	абс.	P±m%
>60 см^3	11	36,7±2,8	10	34,5±2,6	59	72,8±4,0	80	57,1±4,2
61-80 см^3	9	30,0±2,1	8	27,6±2,3	8	9,9±1,6	25	17,9±1,9
81-120 см^3	6	20,0±1,9	9	31,0±2,7	6	7,4±1,1	21	15,0±1,3
>121 см^3	4	13,3±1,3	2	6,9±0,9	8	9,9±1,6	14	10,0±0,7
Жалпы	30	21,4±2,7	29	20,7±2,5	81	57,9±3,8	140	100

Түрдүү деңгээлдеги гидроцефалиялар ачык алып салууларда - 15 (50,0%), пункциялык алып салууларда - 26 (89,7%) учурда жана консервативдик дарылоодо 47 (58,0%) учурда кездешкен. Гематомаларды ачык алып салууда МСД - 26 (86,7%) учурда, алардын 9да (34,6%) болгон. МСД пункциялык алып салуу тобунда бардык байкоолордо аныкталган, андан да башка топко салыштырмалуу көбүрөөк (30 - 100,0%) байкалган.

Ачык билинген МОСЖ (2-3 деңгээлде) 23 (76,7%) ачык алып салуу тобунда аныкталган, 25 (86,2%) учурда – пункциялык алып салууларда жана 46 (56,8%) учурда консервативдик дарылоодо аныкталган (табл. 4).

Таблица 4 – КТ/МРТ маалыматтары боюнча бөлүштүрүү

Өзгөрүү мүнөзү	Ачык		Пункциялык		Консервативдүү		Бардыгы	
	абс.	P±m%	абс.	P±m%	абс.	P±m%	абс.	P±m%
МОСЖ	23	76,7±4,5	25	86,2±4,4	46	56,8±3,7	94	67,1±3,8
ГДЦ	15	50,0±3,6	26	89,7±3,9	47	58,0±4,9	88	62,9±4,6
МСД	26	86,7±5,0	30	100±0,0	66	81,5±4,1	122	87,1±5,2
МККК	21	70,0	24	82,8	47	58,0±3,6	92	65,8±4,5

Консервативдик дарылоо тобунда МСД 66 (81,5%) учурда байкалган. МККК 21 (70,0%) бейтапта байкалган, алар гематоманы ачык салуу ыкмасы менен дарыланган, 24 (82,8%) – пункциялык алып салуу жана 47 (58,0%) – консервативдик алып салуу тобунда ($p<0,05$) болгон.

Аң сезим деңгээли жана кан куюлуу мүнөзү операция жасоого көрсөтмө берүүгө башкы факторлор болуп эсептелген (табл. 5).

Таблица 5 – Гематомалардын жайгашуусуна байланыштуу дарылоонун акыбеттери боюнча бөлүштүрүү ($p<0,05$)

Гематома түрлөрү	Бардыгы	Акыбет			Өлүм	Рецидив
		Жакшы	Орточо майыптык	Терең майыптык		
		абс. (P±m%)	абс. (P±m%)	абс. (P±m%)	абс. (P±m%)	абс. (P±m%)
Субкортикалдык	30	14 (46,6±3,4)	6 (20,0±1,3)	5 (16,7±1,4)	5 (16,7±1,5)	3 (10,0±0,6)
Путаменалдык	19	4 (21,2±1,7)	6 (31,6±2,9)	2 (10,5±1,1)	7 (36,8±2,4)	7 (36,8±3,0)
Таламустук	10	1 (10,0±0,6)	1 (10,0±0,6)	2 (20,0±3,2)	6 (60,0±4,2)	0 (0,0±0,0)
Жалпы	59	19 (32,2±2,7)	13 (22,0±2,0)	9 (15,3±2,2)	18 (30,5±2,6)	10 (16,9±1,3)

Туруктуу же улам өөрчүгөн пирамидалык жетишсиздикте аң сезимдин жоголушу сопордон терең эмес, туурасынан кеткен же аксиалдык дислокациясында, же окклюзивдик гидроцефалияда, пациенттин жаш курагы 70 жашка чейин болгондо, путаменалдык же субкортикалдык МИГ өлчөмү 15тен 30 чейин 60 см^3 (3-5 см диаметр) болгондо хирургиялык дарылоо көрсөтүлгөн.

Субкортикалдык гематомалар. Субкортикалдык гематомалары менен 30 (21,4%) бейтаптарды операция жасоо алдында аң сезими бар деңгээлине карата, соматикалык патологиясын, жаш курагын, кан куюлуу көлөмүн, аксиалдык жана мээнин туурасынан дислокациясын, коштолгон вентрикулярдык кан куюлуусун, жана окклюзиондук гидроцефалиясын, кийлигишүү мөөнөттөрүн, интраоперациялык кабылдоолордун өөрчүүсүнүн, кан куюлуулардын кайталанышын, операция методдорунун хирургиялык дарылоодогу натыйжаларын изилдеп чыктык.

Операциядан кийин 14 (46,6%) учурда орточо майыптуулук, 6 бейтапта (20,0%) терең майыптуулук белгиленген.

Хирургиялык дарылоонун натыйжаларында жаш курагына, операция алдындагы аң сезимдин сергектик деңгээлине, гематоманын көлөмүнө, мээнин аксиалдык дислокациясына, кан куюлуунун рецидивдерине карата түз корреляциялык байланыш, жана кийлигишүүнү жүргүзүү мөөнөттөрүнө карата терс корреляциялык байланыш аныкталган.

Гематома көлөмү 60 см^3 болгон бейтаптардын арасынан операциядан кийинки өлүмдүүлүк 1 (3,3%); 61-80 см^3 – 1 (3,3%); 81-120 см^3 жана 121 см^3 жогору көлөмдө – 3 (10,0%) түзгөн. МИГ көлөмү 60 см^3 төмөн болгон учурда жакшы жана канааттанарлык акыбеттердин үлүшү башка жыйынтыктарга салыштырмалуу олуттуу түрдө жогору пайызды 24 (80,0%) түзгөн. МИГ 121 см^3 жогору болгон учурда жакшы натыйжалар тескерисинче минималдуу – 4 (13,3%) пайызды түзгөн.

Операциянын жыйынтыктарында бейтаптардын жаш курагы түз байланышы бар экендиги байкалган. Операциядан кийинки өлүмдүүлүк 49дан төмөн жаш курагында 1 (3,3%), 50дөн-69 жашка чейин - 2 (6,7%), 70 жаштан жогоруларда – 2 (6,7%) байкалган.

Мээнин аксиалдык дислокациясы 30 бейтаптын ичинен 8 (26,7%), аларда КТ жана МРТ изилдөөлөрүнүн маалыматтары жардамында бааланды. Хирургиялык дарылоонун жыйынтыктары дислокациясы бар бейтаптарга караганда мээнин аксиалдык дислокациясы жок болгон бейтаптарда жакшы болгон.

Операцияны жүргүзүү мөөнөттөрү менен хирургиялык дарылоо жыйынтыгынын терс байланышы белгиленген. 1-суткада жасалган операциядан кийин өлүмдүүлүк 3 (60,0%), 2-суткадан кийин – 1 (20,0%), жана 3-суткадан жасалган операциядан кийин 5 бейтаптын 1и каза болгон.

Кан куюлуунун кайталанышы 3 (10,0%) бейтапта байкалган. Кайрадан операция бардык 3 бейтапка аткарылган. Кан куюлуунун кайталанышы менен акыбеттердин ортосунда түз байланыш белгиленген. Кан куюлуунун кайталанышы менен 3 бейтаптын 2си каза

болгон. Субкортикалдык гематомасынан өлүмдүүлүк менен аяктаган жыйынтыктардын негизги себеби биринчи кан куюлуудан, ошондой эле гематоманын рецидивинен өөрчүгөн мээнин дислокациясы болгон.

Путаменалдык гематомалар. Пункциялык аспирация жана локалдык фибринолиз путаменалдык гематомаларды алып салуунун эң кеңири тараган ыкмасы.

Биздин маалымат боюнча локалдык фибринолиз башталгандан кийин 24-96 саат чегинде 14 (73,7%) бейтаптын 50нөн 98%га чейинки гематомасын толук алып салууга мүмкүн болду («Мээ ичиндеги жаракатсыз гематомаларды дарылоо ыкмасы» №10/2017, 15.08.2017-ж.).

Субкортикалдык МИГ дарылоо натыйжаларын баалагандай, путаменалдык гематомалары менен 19 бейтапты хирургиялык дарылоо жыйынтыктарына талдоо жүргүзүлгөн (табл. 5). Операциядан кийин жакынкы аралыкта 4 (21,2%) бейтапта жакшы жыйынтыктар, орточо майыптуулук – 6 (31,6%) жана терең майыптуулук 2 (10,5%) бейтапта белгиленген. Операциядан кийинки өлүмдүүлүк 7 (36,8%) түзгөн, мында нейрохирургия бөлүмүнөн чыгаруу учурунда 19 бейтаптын ичинен 10да (52,6%) түрдүү деңгээлдеги неврологиялык жетишсиздиктин регресси аныкталган.

Мээ карынчаларына путаменалдык гематомаларынын жырып кирүүсү 5 (26,3%) бейтапта аныкталган. Путаменалдык гематомалары менен бейтаптарды хирургиялык дарылоо жыйынтыктарына МККК олуттуу таасирин көрсөткөн.

Операциядан кийин эң жогору өлүмдүүлүк 2 мм төмөн дислокациясында же анын жоктугунда белгиленген. Мээнин ортоңку структуралары 3-6 мм жылып кетүүсүндө – 3 (15,8%) эң төмөн өлүмдүүлүк, 6-10 мм өлүмдүүлүк – 5 (26,3%), ал эми дислокациясы 10 мм жогору түзгөн 6 (31,6%) бейтаптын 3ү каза тапкан. Пункциялык аспирация жана локалдык фибринолиз 13 бейтапка аткарылган. Жакшы жана канааттанаардык жыйынтыктар 9 (69,2%) бейтапта, тереңдеген неврологиялык жетишсиздик 2 (15,4%) бейтапта, операциядан кийинки өлүмдүүлүк 2 (15,4%) түзгөн.

Операция аткаруу мөөнөттөрү жана анын натыйжалары ортосунда терс байланыш аныкталган. 1-суткада операциядан кийинки өлүмдүүлүк 3 (42,9%), 2-күнү – 2 (28,6%) жана 3-нүнү операция жасалгандардын 7синен 2си каза болгон.

Кан куюлуу кайталануусу 7 (36,8%) бейтапта; алардын ичинен 5ине кайрадан операция жасалган, 2 рецидиви менен локалдык фибринолиз уланган. Кан куюлуу кайталануусу жана акыбеттер ортосунда түз байланыш белгиленген. Кан куюлуу кайталануусу байкалган 7 бейтаптын 4 (57,1%) каза болгон. Бир кан куюлууну баштан өткөргөн бейтаптын ичинен 2 (16,7%) операциядан кийин каза тапкан.

Таламустук гематомалар. Таламустун МИГ хирургиялык дарылоонун керектиги азыркы учурга чейин талкууда. МИГ көлөмүнө, кан куюлуу мүнөзүнө жана МККК бардыгына карата операцияга көрсөткүчтөр анык-айкын аныктала элек. Бейтаптарды алдынкы, медиалдык жана арткы медиалдык таламуска кан куюлуу түрлөрүн өзүнчө бөлдүк, аларга консервативдик дарылоо, ал эми латералдык, арткы латералдык жана массивдүү кан куюлуу түрлөрү менен бейтаптарга операция көрсөтүлгөн. Массивдүү кан куюлуу учурларында операция өмүрдү сактап калууга маанилүү экендиги далилденген.

Таламустук кан куюлууларда мээ компрессияга учурaганда пункциялык аспирация жана локалдык фибринолиз жүргүзүлгөн. Таламустун гематомалары менен 10 бейтапка операция аткарылган (табл. 5). Жакшы натыйжа 1 (10,0%) бейтапта, орточо майыптуулук – 1 (10,0%), терең майыптуулук – 2 (20,0%) байкалган. Операциядан кийинки өлүмдүүлүк 6 (60,0%) түзгөн.

Ликвор өткөрүүчү жолдорунун окклюзиясы МККК менен 6 бейтаптын 4үндө аныкталган, ал ишенимдүү түрдө дарылоонун акыбетине таасир берген. Окклюзиясы жок 4 бейтаптын 2си каза болгон, ал эми ликвор өткөрүүчү жолдорунун блокадасы менен 4 бейтаптын – 4 каза болгон.

Оорунун башталгандан 2 суткадан кийин кийлигишүү болгон учурда 6 бейтаптын ичинен 2си, 14 – суткадан кийин, 4 каза болгон. Акыбети өлүмдүүлүк менен аяктаганынын 1 бейтаптын себеби пневмония, дагы бириники баш мээсинин дислокациясы болгон.

Дарылоо натыйжаларында кийлигишүү түрлөрүнөн ишенимдүү көз карандылык аныкталган эмес.

Гипертензивдик гематомалары менен бейтаптарды хирургиялык дарылоо жана анын жыйынтыктары. *Ачык, аз инвазивдүү (пунциялык) методдорун салыштырып баалоо.* Ачык алып салуу жана аз инвазивдүү (пунциялык) ыкмаларын терең локализациядагы гематомалары бар (ага тиешелүү 37 жана 64) бейтаптардын тобуна салыштырууну төмөнкү көрсөткүчтөр боюнча – бузулуу көлөмүнүн динамикасы, гематоманы алып салуу ыкмасы, кайрадан кан куюлуунун жыштыгы жана акыбети өлүмдүүлүк менен аяктаганда морфологиялык өзгөрүүсү боюнча жүргүздүк.

Ошентип, 22 бейтаптын терең гематомалары ачык алынып салынган, 8инде –субтоталдык жана 2инде – бир бөлүгү алынган. Ошол эле учурда, аз инвазивдик алып салууда – 25и тоталдуу жана 4ү – субтоталдуу алынган.

Кан куюлуулардын кайталануусун алдын алуу үчүн, операциядан кийин гематома көңдөйүн баллонизация ыкмасы иштелип чыгарылган. Баллон-катетер жабык нерсе, ага эки каналдуу катетер бекитилген. Баллон физиологиялык суюктук менен толтурулат («Жаракатсыз мээ ичиндеги гематомаларда кайрадан кан куюлуулардын алдын алуу ыкмасы» №1/2018 от 26.09.2018-ж.).

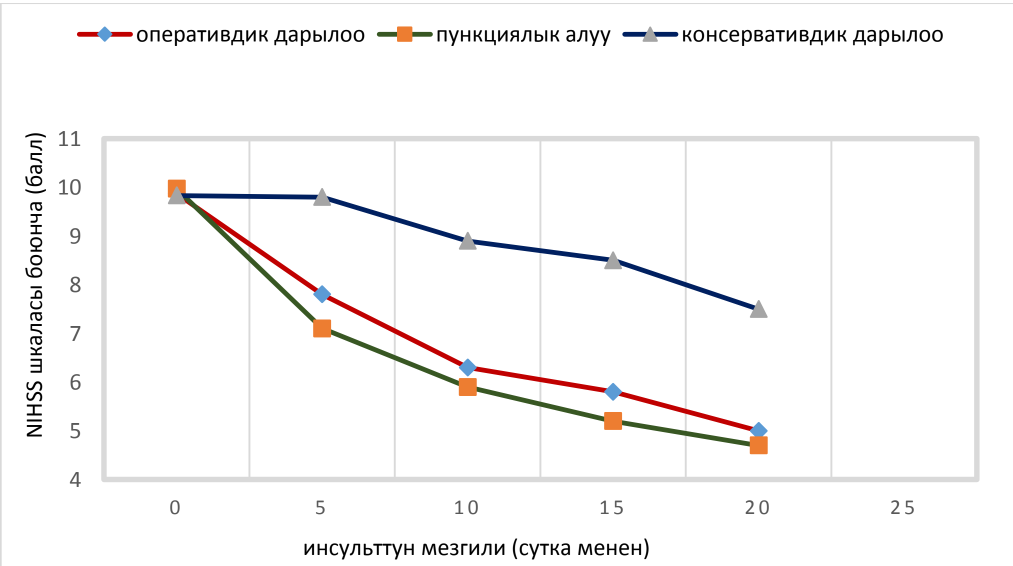
Алып салынган гематома көңдөйүн баллонизациялоо 24 учурда (13 ачык алып салууда, жана 11 аз инвазивдик алып салууда) колдонулган. Бул бейтаптарга инсульттан кийин операция 14үнө биринчи суткада жана 10уна 2-3 – суткада жасалган. Бейтаптардын 13үндө латералдык, 4үндө – аралаш жана 7инде лобардык гематомалар болгон. Бул байкоолордун бириндe да кайталанган кан куюлуу болгон эмес.

Хирургиялык жана консервативдик методдордун натыйжаларын салыштыруу. Сергектик деңээлинин төмөндөө даражасы боюнча аныкталуучу келип түшкөндөгү абалынын оордугу жана экинчилик мээ сөңгөк синдромунун ачык билинүүсү боюнча талдоодо консервативдик дарылоо тобунун бейтаптарында жана ачык алып салгандарда салыштырмалуу бирдей, ал эми пункциялык алып салуу тобунун бейтаптарында башка топторго салыштырмалуу оор болгон (p<0,01). Бирок, өлүмдүүлүк көрсөткүчүн салыштырып талдоодо жалпысынан ачык алып салуу тобунда, пункциялык алып салууга караганда өлүмдүүлүк көбүрөөк аныкталган (аларга тиешелүү 41,4% жана 22,5%; p<0,01). Ачык алып салууну жана консервативдик дарылоону салыштырууда өлүмдүүлүк жыйынтыгынын жыштыгында олуттуу статистикалык айырмачылык алынган эмес (аларга тиешелүү 41,4% жана 48,6%), ал эми пункциялык алып салууда өлүмдүүлүк жыйынтыгы консервативдик дарылоого салыштырмалуу олуттуу түрдө төмөн болгон (p<0,001).

Өлүмдүүлүк акыбетинин жыштыгы комалардын Глазго шкаласы боюнча айкын байланыш аныкталган. Сергектик деңгээли төмөндөгөн учурда (13 упайдан төмөн) өлүмдүүлүк учурлары хирургиялык дарылоого салыштырмалуу консервативдик дарылоодо көп байкалган, ал эми хирургиялык дарылоо ыкмаларында ачык алып салууда пункциялык ыкмаларга салыштырмалуу жогору.

Жалпысынан, терең гематомаларда өлүмдүүлүк жыштыгын салыштырганда, ал ачык алып салууда жана консервативдик дарылоодо пуцнкциялык алып салууга салыштырмалуу бир катар басымдуулук кылат (P<0,01). Ошол эле учурда, ачык алып салуу менен консервативдик дарылоону салыштырганда, өлүмдүүлүк жыштыгынын айырмачылыгы билинген эмес (P<0,01).

Талкуулоо. Дарылоо ыкмасын салыштырууда (ачык алып салуу, пункциялык алып салуу жана консервативдик дарылоо) операциядан кийин жана эрте калыбына келүү аралыктарында бир катар көрсөткүчтөрдүн динамикасы боюнча (комалардын Глазго шкаласы, жабыркоо көлөмү, МОСЖ, МСД жана жабыркаган кыймылдын калыбына келүүсү) жүргүзүлгөн (1-сүрөт).

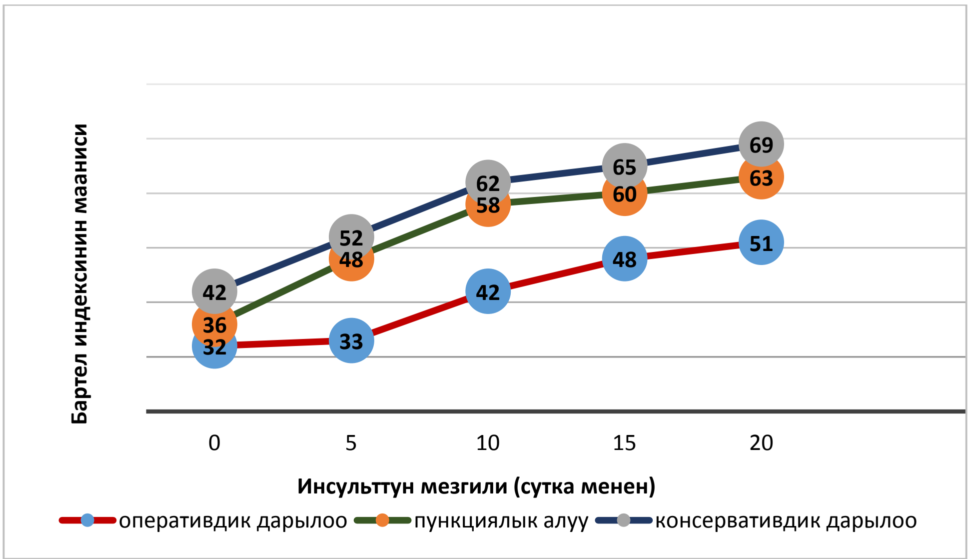


1-сүрөт. Дарылоонун түрдүү топторундагы NIHSS шкаласы боюнча динамикасы.

Бирок, бул мыйзам ченемдүүлүк оорунун 20-суткасында гана ишенимдүү болгон. NIHSS шкаласы боюнча ачык алып салуу жана пункциялык тобундагы бейтаптарда орточо упай аларга тиешелүү 4,63±0,92 жана 4,74±0,84 түзгөн, ал эми консервативдүү дарылоо тобунда бул көрсөткүч 7,44±0,72 деңгээлинде байкалган ($p<0{,}05$). Ачык алып салуу жана пункциялык топторунун ортосунда статистикалык маанилүү айырмачылыктар аныкталган эмес.

NIHSS шкаласы боюнча неврологиялык статусунун динамикасын изилдөөдө, пункциялык жана ачык алып салуу топторунда консервативдүү дарылоо тобуна салыштырмалуу неврологиялык функцияларынын жакшы калыбына келүү тенденциясы байкалган.

Эгерде, пункциялык алып салуу тобундагы бейтаптардын баарында бул көрсөткүч төмөндөсө же баштапкы абалында калса, ачык алып салынган топто ал көбүнчө көтөрүлгөн же мурдагы деңгээлде калган. Консервативдик дарылоо тобунда бул көрсөткүч 3-жума байкоо аралыгында жогорулаган бойдон калган (2-сүрөт).



2-сүрөт. Дарылоонун түрдүү топторундагы Бартел индексинин динамикасы.

Жабыркаган кыймылдын калыбына келүү темпинин билинээр жогорулашы, консервативдик дарылоого салыштырмалуу гематоманы ачык алып салууда байкалган. Байкоонун 3-айынын аягында ачык алып салынгандан кийин 27 бейтаптын 10да жана консервативдик дарылоодон кийин 13нүн 3үндө кыймылдап басуусу толук калыбына келген.

Гематомалары ачык жана пунциялык алып салынган бейтаптарда жабыркоо көлөмүнүн динамикасын салыштырууда статистикалык ишенимдүү маалыматтар алынган.

Ачык алып салуу жана пункциялык алып салуу топторунда консервативдүү дарылоо тобуна салыштырмалуу Бартелдин социалдык адаптация индексинин динамикасын изилдөөдө, өзүн өзү тейлөө функциясынын жакшы калыбына келүү тенденциясы бардык үч топто байкалган. Бирок, бир да контролдук чекит ишенимдүүлүк деңгээлине жеткен жок. Консервативдүү дарылоо тобунун 20-суткадагы жыйынтыктары ачык алып салуу тобуна салыштырмалуу ишенимдүүлүк деңгээлине жакындаган. Бул топтордун ортосунда статистикалык маанидеги айырмачылык алынган эмес.

Корутунду. Мээ ичиндеги гематомаларды ачык алып салууда, операциялык жаракататтан мээ шишимеги, өзгөчө операциялык канал терең болгондо кошумча өөрчүшү менен коштолот, жана мээнин ортоңку структураларынын жылышуусу жана мээ сөңгөк деформациясы өөрчүшү менен мүнөздөлөт. Ачык операция ар дайым эле тоталдык эвакуациялоону камсыздай албайт жана кайрадан кан куюлуулардын пайда болуусун токтото албайт.

Пункциялык алып салуу латералдык жана аралаш жайгашуудагы гематомаларды алып салууну камсыздайт жана ачык алып салууга салыштырмалуу акыбеттери өлүмдүүлүктүн төмөндүгү менен айырмаланат. Кайталанган кан куюлуулардын алдын алуунун принципиалдуу жаңы методикасы, ачык жана пункциялык операциядан кийин алып салынган гематома көңдөйүнө орнотулуучу баллон-катетерин колдонуу жана суюктук толтуруу жолу иштеп чыгарылган.

Лобардык жана латералдык көлөмү 40 см^3 жогору жана аралаш гематомаларда 30 см^3 жогору мээ ичиндеги супратенториалдык жаракатсыз кан куюлууларда хирургиялык дарылоо көрсөтүлгөн. Операция кан куюлуулардын кичине көлөмүндө да, бирок

комалардын Глазго шкаласы боюнча 9 упайдан төмөн аң сезими татаал бузулуусунда, экинчилик мээ сөңгөк синдромунда, мээ өзөгүнүн деформациясында мээ карынчаларына кан жерип кеткенде жана гидроцефалияда көрсөтүлгөн.

Жаракатсыз супратенториалдык мээ ичиндеги кан куюлууларда аларга латералдык жана аралаш гематомаларды пункциялык ыкма менен, ал эми лобардык ыкмада милдеттүү түрдө мээ кабыкчасын герметикалык жабылуусун, операциялык жаракатты жетиштүү кароого камсыздоочу баш-сөөк пластикалык трепанациялык ачык алып салуу жолу аткарылуусу зарыл.

Адабияттар

1. *Ырысов К.Б., Каримов С.К. Прогностические критерии при гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2013;1:16-19.*
2. *Джамгырчиева А.А., Ырысов К.Б. Особенности лечения геморрагического инсульта путаменальной локализации. Вестник КазНМУ. 2014;2(1):50-53.*
3. *Tursunov D, Yoshida Y, Yrysov K, Sabirov D, Alimova Kh, Yamamoto E, et al. Estimated costs for treatment and prophylaxis of newborn vitamin K deficiency bleeding in Tashkent, Uzbekistan. Nagoya Journal of Medical Sciences. 2018;80:11-20.*
4. *Yrysov K, Tursunov D, Reyer JA, Yamamoto E, Yrysova M, Hamajima N. Multiple ruptured cerebral aneurysms at the National Hospital of the Kyrgyz Republic between 2008 and 2014: a departmental summary. Nagoya Journal of Medical Science. 2019;81:511–518.*
5. *Mamytov MM, Yrysov KB. Optimal Times of Carrying Out of Operative Treatment of Patients with Hypertensive Hemorrhagic Stroke. Clinical Neurology and Neuroscience. 2019;3(4):77-83.*
6. *Ырысов К.Б., Мамражапова Г.Т., Боржиев У.А. Влияние выбора метода лечения у больных геморрагическим инсультом на его исход. Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2020;12:20-25.*
7. *Ырысов К.Б. Тактика нейрохирургического лечения больных с гипертензивным геморрагическим инсультом. Вестник КРСУ. 2023;23(1):33-43.*
8. *Yrysov K, Kalyev K, Mamytov M, Yrysov B, Turganbaev B. Optimal timing of surgical intervention in acute subdural hematoma. Biomedicine: 2023;43(Suppl. issue 1):196-200.*
9. *Yrysova MB, Yrysov KB, Samudinova TT, Toichibaeva RI, Kasymov OT. Long-term tendency and risk factors for stroke in Bishkek. Heart Vessels Transplant. 2023;7:103-110.*
10. *Мамытов М.М., Мендибаев К.Т., Оморов Т.М. Нейрохирургические проблемы мозговых инсультов. Бишкек; 2002. 97 с.*
11. *Мамытов М.М. Лечение артериальных аневризм головного мозга прямыми доступами. Здравоохранение Кыргызстана. 2004;1:13 -18.*
12. *Мамытов М.М. Значение церебральной ангиографии в диагностике и выборе метода лечения больных с патологий сосудов головного мозга. В кн.: Хирургия рубежа XX-XXI века. Бишкек; 2000:99-101.*
13. *Al-Shahi Salman R, Labovitz DL, Stapf C. Spontaneous intracerebral haemorrhage. BMJ. 2009;339:b2586. https://doi.org/10.1136/bmj.b2586*
14. *Deck M, Yrysov K. Magnetic Resonance Angiography in Neurosurgery. Журнал Наука и новые технологии. 2001;3:50-51.*
15. *Ducruet AF, Zacharia BE, Connolly ESJr. The complement cascade as a therapeutic target in intracerebral hemorrhage. Exp Neurol. 2019;219(2):398-403.*

Цититалоо үчүн

Мамражапова Г.Т., Ырысова М.Б., Гайпов Н.У., Джамгырчиева А.А. Геморрагиялык инсультту дарылоонун дифференциялык ыкмасы. Евразиялык саламаттыкты сактоо журналы. 2024;3:98-107. https://doi.org/10.54890/1694-8882-2024-3-98

Сведения об авторах

Мамражапова Гульзавера Туртабековна – кандидат медицинских наук, врач-невролог Жалал-Абадской областной больницы, г. Жалал-Абад, Кыргызская Республика. E-mail: gulzavera@mail.ru.

Ырысова Миргуль Бакирбаевна – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры эпидемиологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: mirgul.yrysova@gmail.com.

Гайпов Нургазы Урустамбекович – аспирант кафедры нейрохирургии додипломного и последипломного образования КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: gaipovnu@mail.ru.

Джамгырчиева Анара Алманбетовна – врач-невролог Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: djamgyrchieva@list.ru.