УДК: 616.831 -005.1+616.115

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СМЕШАННЫХ ПАРЕНХИМАТОЗНО-ВЕНТРИКУЛЯРНЫХ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Худайбердиев К.Т., Салохиддинов К.З., Мамадалиев А.Б., Саидходжаева С.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

В данной статье нами рассмотрены собственные исследования в анализе исходов нетравматических внутримозговых кровоизлияний, протекающих с прорывом крови желудочковую систему головного мозга. Для исследования нами отобраны 30 больных с объемом внутримозгового кровоизлияния от 15 мл, поделенных на три возрастные группы (Возрастная классификация ВОЗ, 2017): молодую, среднюю и пожилую. В ходе исследования нами выявлена зависимость результатов консервативного и хирургического лечения от возраста – прямая для регресса неврологического дефицита и обратная для летального исхода.

Ключевые слова: возраст, нетравматическая внутримозговая гематома, вентрикулярное кровоизлияние, наружное дренирование желудочков, летальность, качество жизни.

ANDIJON VILOYATIDA ARALASH PARENXIMATOZ-VENTRIKULYAR NOTRAVMATIK QON QUYILISHLARINI YOSH JIHATIDA DAVOLASH NATIJALARINI TAHLIL QILISH

Xudayberdiyev Q.T., Salohiddinov K.Z., Mamadaliyev A.B., Saidxodjaeva S.B.

Andijon davlat tibbiyot instituti

Annotatsiya

Ushbu maqolada biz qonning bosh miya qorinchalar tizimiga o'tishi bilan kechuvchi notravmatik miya ichi qon quyilishlarni davolash natijalarini tahlil qilish bo'yicha o'z tadqiqotlarimizni taqdim ettik. Tadqiqot uchun biz uchta yosh guruhiga bo'lingan (JSST yosh tasnifi,

2017) yosh, o'rta va keksa yoshdagi, hajmi 15 ml va undan ko'p miqdordagi miya ichi qon ketishi kuzatilgan 30 nafar bemorni tanladik. Tadqiqot davomida biz konservativ va jarrohlik davolash natijalarining yoshga bog'liqligini – bu, nevrologik yetismovchilikni regressiya qilish uchun to'g'ridan-to'g'ri va o'limga olib keladigan natijaga teskari ekanligini aniqladik.

Kalit so'zlar: bemor yoshi, notravmatik miya ichi gematoma, ventrikulyar qon ketishi, qorinchalar tashqi drenaji, o'lim ko'rsatkichi, hayot sifati.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT OF MIXED PARENCHYMAL-VENTRICULAR NON-TRAUMATIC HEMORRHAGES IN THE ANDIJAN REGION IN TERMS OF AGE

Hudayberdiev Q.T., Salohiddinov K.Z., Mamadaliev A.B., Saidkhodjaeva S.B.
Andijan state medical institute

Abstract

In this article, we reviewed our own research in the analysis of the outcomes of non-traumatic intracerebral hemorrhages occurring with the breakthrough of blood to the ventricular system of the brain. For the study, we selected 30 patients with a volume of intracerebral hemorrhage of 15 ml or more, divided into three age groups (WHO age classification, 2017): young, middle and elderly. In the course of the study, we revealed the dependence of the results of conservative and surgical treatment on age - a direct one for regression of neurological deficit and an inverse one for a lethal outcome.

Keywords: age, non-traumatic intracerebral hematoma, ventricular hemorrhage, external ventricular drainage, mortality, quality of life.

Актуальность. Смешанные паренхиматозно-вентрикулярные нетравматические кровоизлияния – одна из наиболее тяжело протекающих форм острых нарушений мозгового кровообращения, характеризующаяся высокой инвалидизацией и летальностью [2, 4, 12]. По данным некоторых авторов, смертность при внутрижелудочковых кровоизлияниях (ВЖК) достигает 50-80% [7, 8, 11]. Сгустки крови в системе циркуляции ликвора, помимо непосредственного токсического и масс-эффекта, могут приводить к арезорбтивной и острой окклюзионной гидроцефалии с последующим угнетением деятельности стволовых структур [5, 6]. Несмотря на развитие оптической и микрохирургической техники и внедрение в практику новейших методов хирургического лечения ВЖК, задача сохранения жизни больного при данной патологии сохраняет свою актуальность и по сей день [1, 3, 9, 10].

В современной нейрохирургической практике довольно успешно применя-

ются методики эндоскопического и пункционно-аспирационного устранения кровоизлияния [10, 12]. Но в силу отсутствия необходимого специального оборудования или навыков проведения этих вмешательств у практикующих нейрохирургов, все еще широко применяются операции по поводу открытого удаления инсульт-гематом с наружным дренированием желудочков мозга [5, 6]. Раннее одномоментное удаление внутримозгового кровоизлияния и пункция переднего рога бокового желудочка с выведением дренажа за полость черепа, снижает масс-эффект и риск острой окклюзионной гидроцефалии [2].

Цель исследования. В данном исследовании нами была поставлена цель анализа результатов лечения смешанных паренхиматозно-вентрикулярных кровоизлияний в различных возрастных группах.

Для достижения данной цели были сформулированы следующие **задачи:**

1. Выявить зависимость раннего неблагоприятного исхода течения заболевания от возраста пациентов.
2. Определить степень регресса неврологического дефицита у пациентов различных возрастных групп в ближайшем катамнезе.

Материал и методы исследования. В качестве материала для нашего исследования мы использовали данные 30 пациентов со смешанными паренхиматозно-вентрикулярными кровоизлияниями, проходивших стационарное лечение в отделениях нейрохирургии и неврологии Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с мая 2019 года по январь 2025 года. По половому признаку больные распределились следующим образом: 18 (60%) мужчин, 12 (40%) женщин. При распределении пациентов по возрасту, мы использовали возрастную классификацию ВОЗ от 2017 года (таблица 1).

Таблица 1

Возрастная классификация ВОЗ (2017) (адаптирована под взрослое население).

Молодой возраст	18-44 года
Средний возраст	45-59 лет
Пожилой возраст	60<

По ней в группу пациентов молодого возраста были включены 5 (16,7%) больных, среднего возраста – 10 (33,3%), пожилого – 15 (50%).

Клинико-диагностический протокол включал в себя ряд мероприятий, рекомендованных Ассоциацией врачей экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан (Руководство по оказанию экстренной медицинской помощи, 2018), т.е.:

1. Общий осмотр больного, обследование витальных функций организма, для уточнения необходимости и объёма реанимационных мероприятий.
2. Неврологический осмотр пациента и сбор анамнеза (по мере возможности)

– позволял установить предварительный диагноз и период клинического течения заболевания, начать симптоматическое и превентивное лечение.

3. Инструментальные методы исследования. Обязательно проводилась мультиспиральная компьютерная томография головного мозга для уточнения локализации (глубины) и объема кровоизлияния, наличия прорыва крови в желудочковую систему, степени смещения срединных структур головного мозга, выявления наличия отёка головного мозга и, при необходимости, планирования предстоящего хирургического вмешательства. Дополнительно проводилась офтальмоскопия, ЭКГ, ЭЭГ, рентгенологическое обследование органов грудной клетки.
4. Лабораторные методы исследования - диагностическая и/или санационная люмбальная пункция с последующим анализом спинномозговой жидкости, общий и биохимический анализ крови, развернутая коагулограмма.

В дальнейшем проводился непрерывный мониторинг клинического состояния (оценка уровня сознания, динамики симптомов очагового поражения мозга на разных уровнях изменений соматического статуса).

Уровень угнетения сознания оценивали по Шкале комы Глазго (таблица 2).

Таблица 2

Уровень нарушения сознания больных различных возрастных групп.

	Возрастная группа			Всего
Уровень сознания	Молодой возраст	Средний возраст	Пожилой возраст	
Ясное	-	-	-	-
Оглушение	-	-	1 (6,7%)	1 (3,3%)
Сопор	-	1 (10%)	2 (13,3%)	3 (30%)
Кома	5 (100%)	9 (90%)	12 (80%)	26 (86,7%)
Всего	5	10	15	30

Ни в одной возрастной группе уровень сознания пациентов при госпитализации не был выше 8 баллов по ШКГ. В молодой возрастной группе все пациенты были в состоянии комы, средней возрастной группе у 90% больных наблюдалась кома, у 10% - сопорозное состояние. В пожилой возрастной группе пациенты по уровню нарушения сознания распределились следующим образом: кома – 86,7%, сопор – 30%, оглушение – 1%.

По локализации основного объема паренхиматозно-вентрикулярного кровоизлияния превалировало латеральное расположение гематомы во всех возрастных группах: в молодой – 5 пациентов (100%), средней – 6 (60%), пожилой – 9 (60%).

Лечение проводилось согласно рекомендациям Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан (таблица 3). Хирургиче-

ское лечение включало в себя открытое удаление внутримозговой гематомы под микроскопической ассистенцией и пункцию переднего рога соответствующего бокового желудочка с последующим его дренированием. Хирургическое вмешательство было предложено пациентам с симптомами дислокации мозга и ООГ на фоне тампонады желудочков мозга.

Консервативное лечение включало коррекцию жизненно важных органов, гипотензивную терапию, гемостатики (1 сутки), противоотёчную, противосудорожную, нейротрофическую и антибактериальную терапию. Кроме того, проводилась профилактика ангиоспазма и назначались препараты улучшающие микроциркуляцию головного мозга.

Оценка ближайших результатов лечения проводилась по шкале Рэнкина (таблица 4).

Таблица 3

Распределение больных по типу проведенного лечения в различных возрастных группах.

Возрастная группа	Вид лечения	
	Хирургическое	Консервативное
Молодая	1 (20%)	4 (80%)
Средняя	3 (30%)	7 (70%)
Пожилая	1 (6,7%)	14 (93,3%)
Всего	5	25

Таким образом, открытое удаление внутримозговой гематомы под микроскопической ассистенцией и пункцию переднего рога соответствующего бокового желудочка с последующим его дренированием во всех возрастных группах было проведено 5 пациентам (16,7%), консервативная терапия – 25 (83,3%).

Результаты и их обсуждение. Результаты лечения оценивали на 7 сутки после начала специализированного лечения. В основном нами проводилась оценка летальности пациентов. Летальность в молодой возрастной группе на седьмые сутки составила 80%, в средней возрастной группе – 70%, в пожилой – 46,7%. У выживших больных на 28 сутки летальности не наблюдалось, дальнейшее качество жизни и регресс неврологического дефицита оценивались по шкале Рэнкина. Так как в контингенте изучаемых больных ни у кого из пациентов не наблюдалось 0, 1, 2 балла по данной шкале, эти пункты нами не учитывались.

Таблица 4

Оценка эффективности проведенного лечения на 28 сутки по шкале Рэнкина.

Возрастная группа	Оценка по шкале Рэнкина		
	5	4	3
Молодая	-	-	1 (20%)
Средняя		2 (20%)	1 (10%)
Пожилая	4 (26,7%)	3 (20%)	1 (6,7%)

Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно отметить, что регресс неврологического дефицита прямопропорционально зависит от возраста. Чем моложе пациент, тем выше вероятность скорейшего регресса неврологических нарушений.

Выводы.

1. Внутримозговые кровоизлияния, протекающие с прорывом крови в желудочковую систему являются тяжелой патологией и сопровождаются высокой летальностью (46,7-80%). При этом смертельный исход на первые седьмые сутки более вероятен у пациентов молодой возрастной группы до 44 лет (80%) и средней возрастной группы до 59 лет (70%) и менее вероятен у пациентов средней и пожилой возрастных групп (46,7%).
2. В ближайшем катамнезе регресс неврологического дефицита у пациентов различных возрастных групп также разнится. Выявлена прямопропорциональная зависимость восстановления и возраста больных. У пациентов молодой и средней возрастной групп реабилитация протекает быстрее.

Использованная литература:

1. Белинская В.В. Факторы неблагоприятного исхода геморрагического инсульта супратенториальной локализации /В.В. Белинская // Прикладные информационные аспекты медицины, СПб, т. 19, № 1. 2016
2. Бывальцев В.А. Нетравматические внутричерепные кровоизлияния /В.А. Бывальцев, Е.Г. Белых, Г.С. Жданович, В.В. Шепелев// Здоровье. Медицинская экология. Наука, Москва, 3 (61), 2015, 76-87
3. Ишмухаметов Р.Ш. Опыт хирургического лечения нетравматических внутримозговых гематом / Р.Ш. Ишмухаметов // Нейрохирургия и неврология Казахстана №1 (34), Астана, 2014, 7-11
4. Крылов В.В. Хирургия гипертензивных внутримозговых гематом / В.В. Крылов, В.Г. Дашьян, С.А. Буров // Геморрагический инсульт; под ред. В.И. Скворцовой, В.В. Крылова. - Москва. ГЭОТАР-Медиа, 2005. — С.77–98.
5. Кузибаев Ж.М. Оптимимзация нейрохирургических подходов к лечению малых геморрагических инсульт-гематом / Ж.М. Кузибаев // Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, Ташкент, 2012
6. Махкамов К.Э. Диагностика и лечение церебральных осложнений у больных с внутричерепными кровоизлияниями / К.Э. Махкамов, Ж.М. Кузибаев // Вестник экстренной медицины, №3, Ташкент, 2014, 17-18

7. Рахимбаева Г.С. Вторичная ишемия мозга при геморрагических инсультах / Г.С. Рахимбаева, Ш.Х. Арифджанов, Ж.Б. Мирзоев// Вестник экстренной медицины, Ташкент, 11, №2, 2010, 94-98
8. Hemphill J.C. Prospective validation of the ICH Score for 12-month functional outcome / Hemphill J.C., Farrant M., Neill T.A. Jr.// Neurology. 2009. № 73. P. 1088-1094
9. Helsinki microneurosurgery basics and tricks / M. Lechechka, A. Laakso, J. Hernisniemi // Druckerei Hohl GmbH & Co. KG / Germany – 2011 - P. 113-123
10. Lee S.H. Prognostic factors of clinical outcomes in patients with spontaneous thalamic hemorrhage. medical science monitor / Lee S.H., Park K.J., Kang S.H., Jung Y.G., Park J.Y., Park D.H. // International Medical Journal of Experimental and Clinical Research. 2015. № 21. P. 2638-2646
11. van Asch C.J. Incidence, case fatality, and functional outcome of intracerebral haemorrhage over time, according to age, sex, and ethnic origin: a systematic review and meta-analysis / van Asch C.J., Luitse M.J., Rinkel G.J., Van Der Tweel I., Algra A., Klijn C.J. // Lancet Neurol. 2010. № 9. P. 167-176
12. Youmans neurological surgery / E. Sander Connolly Jr, Fredric B. Meyer, and Robert F. Spetzler// Elsevier Saunders – PA- 2011 – P.3706-3729.