

Анализ результатов консервативного лечения больных с геморагическим инсультом

В статье представлены результаты консервативного лечения 453 больных артериальной гипертензией, осложнившейся внутримозговым кровоизлиянием. Дискутируется влияние на исход различных прогностических факторов, таких как локализация, массивность, распространенность внутримозговой гематомы и др. Ключевые слова: инсультное внутримозговое кровоизлияние, зависимость результатов лечения от возраста, пола, времени выполнения компьютерного томографического исследования, объема и локализации гематомы, артериальная гипертензия, гематома.

Современное консервативное лечение внутримозговых гематом (ВМГ) обусловленных артериальной гипертензией (АГ) детально описано в огромном количестве отечественных и переводных руководств. И несмотря на достигнутые успехи в ангионеврологии сохраняется высокая летальность (50-85%) и инвалидизация (75%) больных с геморагическим инсультом (ГИ). [1,3,4]. Широкое внедрение в клиническую практику таких нейровизуализационных методов как компьютерная томография (К.Т.), магнитно-резонансная томография (МРТ), транскраниальная доплерография и новых нейропротекторов антиоксидантного, антигипоксического, вазоактивного действия принципиально изменило подход к дифференцированному лечению внутримозговых гематом. Произошла трансформация как хирургического, так и консервативного лечения [2, 5, 6]. Перспективными стали малоинвазивные операции, консервативное лечение приобрело статус важной составной части комплексного лечения [6, 7, 9].

Однако анализ последних литературных данных показывает, что проблема лечения геморагического инсульта не может считаться до конца решенной. Сохраняется острая дискуссионность в отношении показаний и сроков выполнения оперативного вмешательства, отсутствует единство в принципах отбора больных для консервативного и хирургического лечения, что вынуждает проводить более детальные и глубокие исследования результатов лечения Г. И. [5, 8, 10].

Материалы и методы

Для установления истины по целому ряду принципиально спорных вопросов в дифференцированном подходе к лечению ГИ проведено исследование результатов консервативного лечения 453 больных с артериальной гипертензией, осложненной внутримозговым кровоизлиянием (ВМК) за период с 1998 г. по 2002 г. в ангионеврологическом отделении 9 ГКБ г. Минска.

Личные наблюдения составили 274 (60,5%) больных, архивный материал 179 (39,5%) историй болезней. Возраст больных колебался от 40 до 80 лет: в среднем возрасте (50-59 лет) было 216 (47,7%) пациентов, в пожилом и старческом возрасте (60-80 лет) — 237 (52,3%) пациентов.

Мужчин 253 (55,8%), женщин 200 (44,2%).

В правом полушарии головного мозга кровоизлияние возникло у 194 (42,8%), в левом у 237 (52,3%), в мозжечок у 12 (2,7%) и в ствол у 10 (2,2%) больных.

Все больные ранее лечились по поводу гипертонической болезни, средняя длительность заболевания до развития геморрагического инсульта 8 лет. Диагноз верифицирован при помощи К.Т., церебральной ангиографии и аутопсии. Объем внутримозговой гематомы по данным компьютерной томографии рассчитывали по формуле Ericson K, Nakanson S. (1981), где А, В, С – основные диаметры эллипсоида, V- объем кровоизлияния, n – число пи равное 3,14. Ангиографическое исследование осуществлялось с целью исключения артериальной и артерио-венозной аневризм, уточнения выраженности ангиоспазма. Оценка нарушения сознания проводилась по шкале комы Глазго, а оценка результатов лечения по шкале исходов комы Глазго.

Неврологический осмотр включал оценку уровня сознания, речи, двигательной и чувствительной сферы, состояние зрачков и глазодвигательных нервов. При анализе материала использовалась общепринятая классификация супратенториальных внутримозговых кровоизлияний НИИ неврологии РАМН, согласно которой в зависимости от локализации по отношению к внутренней капсуле выделяют лобарные (субкортикальные), латеральные (путаменальные), медиальные (таламические), смешанные кровоизлияния.

Результаты лечения оценивали по 4 градациям: 1) хороший результат - очаговые симптомы отсутствуют или не являются функционально значимыми; 2) удовлетворительный - умеренно выраженные очаговые симптомы (парезы конечностей до 3-4 баллов, незначительные нарушения речи); 3) неудовлетворительный (плохой) – имеются интеллектуально - мнестические нарушения, выраженные очаговые симптомы (глубокие парезы и плегии, выраженные речевые расстройства); 4) летальный исход.

Результаты и обсуждения

Анализ данных возникновения геморрагического инсульта в зависимости от возраста и пола (таблица №1) показал, что максимум заболеваемости (32,4%) у мужчин приходится на возраст 50-59 лет, а у женщин (31,5%) — на возраст 70-80 лет. Однако при благоприятном исходе у 88,2% мужчин ГИ возникает в возрасте 40-69 лет, а у 92,5% женщин — в возрасте 50-80 лет.

Таблица 1

Возраст (лет)	Распределение по полу				Итого	
	Мужчины		Женщины			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
40-49	48	19	28	14	76	16,7
50-59	82	32,4	58	29	140	31
60-69	78	30,8	51	25,5	129	28,5
70-80	45	17,8	63	32,5	108	23,8
ВСЕГО:	253	100	200	100	453	100

Благоприятный исход отмечен у 108 (23,8%) больных, летальный — у 345 (76,2%).

Минимальная летальность как среди женщин (15%), так и среди мужчин (15,6%) приходится на возраст 40-49 лет. Объем супратенториальных гематом составлял от 3см³ до 154 см³, а в полушариях мозжечка — от 7 до 56 см³.

Основная часть больных в количестве 421 (92,9%) госпитализирована в первые сутки, из них 358 (79%) в первые 6 часов с момента возникновения заболевания, при этом летальность в первые 3-е суток составила 201 (58,3%) больных. В группе больных с благоприятным исходом преобладали ВМГ латеральной и медиальной локализации (78,2%), а в группе больных с летальным исходом гематомы — смешанной локализации (45,5%).

Прорыв ВМГ в желудочки мозга при благоприятном исходе был у 14 (12,9%) больных, а при летальном исходе - у 243 (70,4%) больных. Летальный исход при гематомах мозжечка наблюдался у 10 (83,3%) больных, а при кровоизлиянии в ствол — у 100% больных.

По результатам анализа зависимости исхода от объема ВМГ выявлено, что благоприятный исход отмечен у 94 (87%) больных с супратенториальными гематомами объемом до 20 см³ и 2 (16,7%) больных с гематомами мозжечка объемом 15 и 7 см³.

Клиническая картина у 107 (99%) больных с благоприятным исходом характеризовалась по шкале ком Глазго (ШКГ) в интервале 11-15 баллов и 244 (70,7%) больных с летальным исходом оценка ШКГ была менее 10 баллов. Хороший и удовлетворительный результат признаны у 75 (16,8%), плохой - у 33 (7,3%), летальный исход - у 345 (76,2%) больных.

Выводы

1. У мужчин геморрагический инсульт возникает чаще (в 1, 2 раза) и в более раннем возрасте по сравнению с женщинами (на 10 лет раньше) и максимум заболеваемости (32,4%) приходится на работоспособный возраст (50-59 лет), что является результатом высоких эмоционально-психологических нагрузок, нездорового образа жизни, неполноценного лечения артериальной гипертензии и соответствует низкой продолжительности жизни у мужчин в Республике Беларусь (62,8 года по данным ежегодного демографического отчета Совета Европы за период 1.01.01 по 1.01.02 года).

2. Важным тактическим моментом в лечении геморрагического инсульта является ранняя диагностика внутримозгового кровоизлияния, с использованием КТ или МРТ головного мозга, при госпитализации больного, что позволит своевременно решить вопрос о возможном оперативном лечении.

3. Больные с нарушением сознания от глубокого оглушения до комы, с выраженными гемодинамическими (высокое АД, нарушение ритма) и дыхательными расстройствами (пневмония) нуждаются в интенсивной терапии в отделении нейрореанимации или блоке интенсивной терапии в ангионеврологическом отделении, что позволит снизить летальность при геморрагическом инсульте.

4. Опыт консервативного лечения 453 больных с геморрагическим инсультом дает основание считать, что консервативному лечению подлежат ВМГ супратенториальной локализации объемом менее 20см³ и гематомы мозжечка объемом менее 15 см³ без признаков гидроцефалии, а вопрос об оперативном

лечении должен быть решен в максимально ранние сроки, так как в течение 3-х суток летальный исход возникает у 58,3% больных.

5. Вполне оправданно и перспективно выполнение ранних операций по удалению ВМГ впервые 3-е суток (а лучше в первые сутки) с момента заболевания, до развития дислокационного синдрома и возникновения осложнений геморрагического инсульта, что является одним из резервов снижения летальности.

Литература

1. Шмидт Е.В., Макинский Т.А. Мозговой инсульт. Заболеваемость и смертность//Ж.Неврологии и психотерапии.-1979.-№4-с.427-432.
2. Галкина Т.Н., Иванова Н.Е. и др. Клинико-статистическая характеристика нетравматических внутричерепных кровоизлияний (анализ результатов хирургического и консервативного лечения). Материалы III съезда нейрохирургов России.-2002.-С.311.
3. Чеботарева Н.М. Хирургическое лечение внутримозговых кровоизлияний, обусловленных артериальной гипертензией. М.-1984-
4. Виленский Б.С. Инсульт.М.-1995.С.12-24.
5. Лебедев В.В., Крылов В.В. Геморрагический инсульт//Неотложная нейрохирургия. Руководство для врачей. «Медицина», М,2000.-С506-530.
6. Олешкевич Ф.В., Федулов А.С. Современное комплексное лечение сосудистых нейрохирургических заболеваний// Учебное пособие. Актуальные вопросы невропатологии и нейрохирургии.- Минск, БелГИУВ, 1994.-с.68-79.
7. Kaufman H.H. Treatment of deep spontaneous intracerebral hematomas.- A review \\ Stroke-1993.-№24.P.1101-1106.
8. Lainez T.M., Pareja A. The medical treatment of intracerebral hemorrhage. //Rev. Neurol.-2000.-Vol.2-P.174-179.
- 9.Feldmann E. Intracerebral Hemorrhage //Stroke.-1991.- Vol.22,№5-P.684-691.
10. Mac. Walter K.S., Ersoy Y., Wolfson D.R. Cerebral haemorrhage. Parenchymal intracranial haemorrhage //Gerontology.-2001.- Vol.3.-P.19-130.