

Тұжырым

БАУЫР ЭХИНОКОККОЗЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ

Д.К. Калиева, Е.М. Турғынов, М.М. Тусупбекова

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды, Қазақстан

Жұмыста 149 бауыр эхинококкозмен науқастардың хирургиялық емін сараптамаларының нәтижелері анықталған. Дәстүрлі хирургиялық емдеу әдістері және импульстік электрлік разряд негізінде дайындалған әдістер жүргізілген.

Негізгі сөздер: бауыр эхинококкозы, хирургиялық ем.

Summary

THE SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

D.K. Kaliyeva, Y.M. Turgunov, M.M. Tussupbekova

Karaganda state medical university, Karaganda, Kazakhstan

The result of surgical treatment of 149 patient with liver echinococcosis were analyzed. The traditional methods of surgical treatment and the method of using impulse electric discharge were compared.

Key words: hidatid disease of liver, surgical treatment.

УДК 616.831-005

Р.Ш. Ишмухаметов, Д.К. Сағимбаев, Т.Н. Койшыбаев, Р.С. Калиев,
Е.Х. Сулейменов, А.М. Нурекенов, Р.С. Бакиева

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ

Аннотация

В статье анализируются результаты хирургического лечения 372 больных с нетравматическими внутримозговыми гематомами, в том числе с субкортикальными – 141, латеральными – 135, смешанными – 60 и гематомами мозжечка – 31. Применялись пункционно-аспирационный и открытый способы операции. Общая летальность составила 19,1% и зависела в большей степени от возраста и состояния больных и в меньшей степени от объема гематомы и сроков операции.

Ключевые слова: нетравматические внутримозговые гематомы, пункционно-аспирационный способ, открытый способ.

Актуальность. Нетравматические внутримозговые гематомы (НВМГ) встречаются у 10-20% больных с инсультом [1], летальность при этом достигает по данным различных публикаций от 35 до 85% [1, 2]. Около 80% кровоизлияний располагаются супратенториально, примерно 20% - в задней черепной ямке, из них 10% - в мозжечке и 10% - в стволе мозга. Супратенториальные НВМГ подразделяют на субкортикальные (лобарные) и далее, по отношению к внутренней капсуле – на латеральные (путаменальные) и медиальные (таламические). Отдельно выделяют смешанные гематомы, сочетающие признаки перечисленных супратенториальных кровоизлияний. До настоящего времени дискутируется вопрос целесообразности хирургического лечения НВМГ, не существует стандартов лечения больных с гематомами, предлагаются только рекомендации и опции [1, 3].

Цель исследования: определение возможности и эффективности хирургического лечения НВМГ в условиях нейрохирургического отделения региона Республики Казахстан.

Материал и методы исследования: работа основана на анализе результатов хирургического лечения 372 больных с геморрагическим инсультом в отделении нейрохирургии Медицинского центра Государственного медицинского университета г. Семей в 2001-2012 гг. В группу вошли 167 мужчин и 205 женщин в возрасте от 19 до 82 лет. Причиной кровоизлияний у 84,9% пациентов предположительно была артериальная гипертензия. Диагноз НВМГ во всех наблюдениях подтвержден компьютерной или магнитно-резонансной томографией.

При этом оценивались локализация, объем гематомы, состояние желудочковой системы, базальных цистерн, срединных структур и ствола мозга. С кровоизлияниями в мозжечок оперирован 31 (8,3%) пациент, с НВМГ супратенториальной локализации – 336 (90,3%), из них 141 (37,9%) – с субкортикальными, 135 (36,3%) – с латеральными, 60 (16,1%) – со смешанными гематомами. Также оперировано 5 (1,3%) больных с внутримозжечковыми кровоизлияниями. Операции производились на 1-31 сутки от начала заболевания.

Удаление НВМГ производилось двумя способами. При пункционно-аспирационном способе после наложения фрезевого отверстия на своде черепа производилась пункция гематомы мозговой канюли и ее удаление-аспирация шприцем. Способ применен у 198 (54,0%) больных в основном с латеральными и смешанными латерально-медиальными кровоизлияниями на глубине 3,5-4 см. При типичной латеральной гематоме фрезевое отверстие располагалось на 4 см выше и 2 см впереди наружного слухового прохода.

При открытом способе фрезевое отверстие, наложенное над проекцией гематомы и с учетом функционально значимых зон мозга, расширялось до 3,0-3,5 см в диаметре, дугообразно вскрывалась твердая мозговая оболочка, производилась энцефалотомия длиной до 1,5-2 см, мозговая рана разводилась шпательями, гематома удалялась с помощью электроотсоса и отмывания раствором фурацилина.

Способ использован у 169 (46,0%) лиц преимущественно с субкортикальными и смешанными латераль-

но-субкортикальными гематомами с глубиной расположения до 1,5-2 см от коры мозга. Гематомы мозжечка удаляли из парамедиального доступа при их локализации в полушарии мозжечка и из срединного субокципитального доступа при локализации или распространении на червь мозжечка.

При вентрикулярных кровоизлияниях с острой окклюзионной гидроцефалией производилось наружная вентрикулостомия через правую переднюю точку Кохера.

Срок дренирования составлял от 2 суток до 2 недель в зависимости от клинической картины, санации ликвора от крови, внутрижелудочкового давления, количества суточного выделения ликвора по системе Арендта, плеоцитоза.

Результаты исследования: из 372 оперированных больных с НВМГ умерло 71 (19,1%). В таблице отражены результаты лечения в зависимости от локализации гематом.

Таблица.

Результаты лечения в зависимости от локализации НВМГ.

Локализация гематом	Всего	Умерло	Летальность (%)
Субкортикальные	141	24	17,0
Латеральные	135	23	17,0
Смешанные	60	22	36,7
Гематомы мозжечка	31	2	6,5
Вентрикулярные кровоизлияния	5	-	-
<i>Итого:</i>	372	71	19,1

Наибольшее влияние на результаты лечения оказывали тяжесть состояния и возраст пациентов. Тяжесть состояния в основном определялась уровнем сознания. Операции, выполненные у больных с НВМГ в состоянии глубокого или умеренного оглушения, сопровождались 11% летальностью, в состоянии сопора – умерло 23,1%, умеренной комы – 35,0%, глубокой комы – 76,2%. У пациентов в возрасте 40-59 лет летальность составила 10,2%, в возрасте 60-69 лет – возростала до 23,5% и резко увеличивалась до 63,0% у лиц 70 лет и старше. Определенное влияние на исход операции оказывал объем гематомы: при кровоизлияниях до 50 мл умерло 17,3% оперированных, до 100 мл – 24,4%, более 100 мл – 35,3%. Менее значимо влияли на летальность сроки операции: снижаясь от 21,5% в 1-3 сут до 19,0% на 4-7 сут, 13,9% на 8-14 сут и 11,8% при операциях, выполненных на 15 и более сут от начала заболевания. Наименьшее число больных (6,5%) умерло при гематомах мозжечка, одинаково (по 17,0%) при субкортикальных и латеральных, и наибольшее (36,7%) при смешанных НВМГ.

Обсуждение

Эпизодически операции удаления НВМГ в нашей клинике проводились в 80-90 гг. прошлого столетия, использовался метод одномоментного пункционного удаления гематомы. При этом было замечено, что при операциях, выполненных после 6-8 сут от начала заболевания, в подавляющем большинстве наблюдений удавалось удалить 70-90% предполагаемого объема гематомы, что мы связывали с естественным (самопроизвольным) лизисом (разжижением) гематомы к данному сроку. Однако не все пациенты «доживали» до конца первой недели, а также у части пациентов углублялись нарушения сознания и (или) развивались осложнения инсульта (пневмонии, острый коронарный синдром, почечная недостаточность и т.д.), которые препятствовали проведению операции. Стремление к максимально раннему удалению НВМГ привело нас в 2002 г. к внедрению открытого способа удаления субкортикальных гематом, а позже – смешанных латерально-субкортикальных кровоизлияний. Во время операций удается удалить до 100% гематомы, произвести под визуальным контролем гемостаз. Способ отсроченного после 4-8 сут от начала инсульта одномоментного пункционного удаления (ООПУ) мы используем до настоящего времени при латеральных и смешанных латерально-медиальных гематомах.

Обобщая изложенное, повторим, в зависимости от локализации НВМГ нами использовались два способа

их удаления. Открытый способ в 43,7% наблюдений использовал в 1-3 сут и в 43,1% случаев – на 4-7 сут, т.е. в 87,0% - в течение первой недели. ООПУ у 48,5% пациентов применялся на 4-7 сут и 47,3% - на 7-14 сут, т.е. у 95,6% - к концу первой недели и позже. Летальность при открытом способе (22,4%) была выше, чем при ООПУ (16,7%), что мы объясняем сроком операции. При геморрагическом инсульте летальность максимальна в первые несколько суток от начала заболевания [1, 2].

Используя уже более 10 лет дифференцированную по локализации тактику удаления НВМГ, мы были приятно удивлены, ознакомившись с вышедшей недавно монографией В.В. Крылова и соавт. [1]. Авторы исследования, работающие в НИИ Скорой помощи г. Москва, также рекомендуют использовать открытый способ удаления субкортикальных гематом.

Операции наружного дренирования желудочковой системы при внутрижелудочковых кровоизлияниях, осложненных окклюзионной гидроцефалией, мы выполняем последние 3 года, выполнено 5 операций – умерших нет. При отсутствии у нас систем для наружного дренирования желудочков мозга мы использовали катетеры для центральных вен (подключичные), несколько укоротив их и сделав дополнительные отверстия на их дистальном конце. Отметим, что послеоперационный период у данной группы пациентов протекал тяжело, 3-м из них потребовалась трахеостомия, четверо находились в стационаре более 30 сут.

Резюмируя, отметим, что В.В. Крылов и В.В. Лебедев [3] считали хирургическое лечение НВМГ оправданным, если летальность при латеральных гематомах не превышает 30%, субкортикальных – 20%, кровоизлияниях в мозжечок – 12-15%. Наши результаты, соответственно 17,0%, 17,0% и 6,5%, вполне приемлемы и, на наш взгляд, применяемая нами тактика лечения оправдана. Высокая летальность (36,5%) при смешанных гематомах обусловлена большими их объемами и со значительной частотой (около 75%) сочетания с внутрижелудочковыми кровоизлияниями (прорыв крови в желудочковую систему).

Таким образом, в условиях региона Республики Казахстан при отсутствии средств нейронавигации, эндоскопического оборудования, препаратов локального фибринолиза, возможности динамического томографического мониторинга головного мозга (главным образом, из-за стоимости исследования и доступности аппаратуры), необходимых расходных материалов (например, вентрикулярных катетеров) возможно удаление

НВМГ с приемлемыми результатами. Надеемся, что при соответствующем в ближайшем будущем материальном оснащении мы сможем освоить и другие способы удаления гематом, в том числе представляющийся нам перспективным эндоскопический способ.

Выводы:

1. Успешное удаление НВМГ возможно в условиях нейрохирургических отделений регионов Республики Казахстан.
2. При недостаточном материальном обеспечении (средства навигации, локального фибринолиза и т.д.) возможно применение открытого способа и ООПУ.
3. Открытый способ целесообразно использовать при субкортикальных и латерально-субкортикальных

гематомах, ООПУ – при латеральных и латерально-медиальных гематомах.

Литература:

1. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Буров С.А., Петриков С.С. Хирургия геморрагического инсульта. - М., 2012, - 336 с.
2. Крылов В.В., Лебедев В.В. Принципы организации хирургического лечения больных с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями. // «Вопросы нейрохирургии», - 2002, - №2. - С. 62-65
3. Крылов В.В. и соавт. Рекомендательный протокол по ведению больных с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями. // «Вопросы нейрохирургии», 2007. - №2., - С. 3-8.

Тұжырым

ЖАРАҚАТТЫҚ ЕМЕС МИ ІШІЛІК ГЕМАТОМАЛАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Р.Ш. Ишмұхаметов, Д.К. Сағимбаев, Т.Н. Койшыбаев, Р.С. Калиев,

Е.Х. Сулейменов, А.М. Нурекезов, Р.С. Бакиева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің медицина орталығы

Мақалада жарақаттық емес ми ішілік гематомасы бар 372 науқастың, оның ішінде субкортикалды – 141, латералды – 135, аралас – 60 және мишық гематомалары – 31, хирургиялық емнің нәтижелері талданады. Операцияның пункциялық-аспирациялық және ашық әдістері қолданылды. Жалпы летальдылық 19,1% құрап, жасы мен жағдайына және көп түрде гематома көлемі мен операция уақытына байланысты болды.

Негізгі сөздер: жарақаттық емес ми ішілік гематомалар, пункциялық-аспирациялық әдіс, ашық әдіс.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF NON-TRAUMATIC INTRACEREBRAL HAEMATOMAS

R.Sh. Ishmukhametov, D.C. Sagimbaev, T.N. Koyshybaev, R.S. Kaliyev,

E.H. Sulejmenov, A.M. Nurekenov, R.S. Bakiyeva

Medical Center State Medical University of Semey

They analyze results of a surgical treatment of 372 patients with non-traumatic intracerebral haematomas in the article. That amount includes 141 patients with subcortical haematomas, 135 – with lateral, 60 ones with mixed and 31 – with cerebellar haematomas. We performed the puncture-aspiration and the opened ways of the operations. The general lethality was 19,1% and depended in most cases on the patients' age, state and least on the volume of the haematoma with the term of the operation.

Key words: non-traumatic intracerebral haematomas, puncture-aspiration way, opened way.

УДК: 616.381-072.15

Е.Ш. Нурашев

Медицинский центр Государственного медицинского университета г. Семей

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Аннотация

Проанализированы результаты эндоскопического гемостаза всего 49 пациентов с эрозивно-язвенными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группе проводился эндоскопический гемостаз в сочетании с внутривенным болюсным введением контролока 40 мг 2 раза в сутки через 12 часов. Во 2 группе проводился только эндоскопический гемостаз. В основной группе стабильный эндоскопический гемостаз был достигнут у всех 20 пациентов. Результаты подтверждают высокую эффективность сочетания эндоскопического гемостаза с внутривенным болюсным введением контролока.

Ключевые слова: эндоскопический гемостаз, болюс контролок.

Целью нашего исследования явилось определение эффективности эндоскопического гемостаза в сочетании с внутривенным болюсным введением контролока у больных с эрозивно-язвенными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы исследования

Нами проанализированы результаты эндоскопического гемостаза всего 49 пациентов с эрозивно-

язвенными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Всем больным было проведено исследование эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС).

Все пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и другим признакам. 1 группа - основная, 20 пациентов, которым эндоскопический гемостаз проводился в сочетании с внутривенным бо-