

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Л.Б. МАКСУДОВА¹, Б.Г. ГАФУРОВ², М.К. МАХКАМОВ¹, Ш.Р. МУБАРАКОВ¹

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

COMPARATIVE EVALUATION OF THE RESULTS OF CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH HYPERTENSIVE INTRACEREBRAL HEMORRHAGES

L.B. MAKSUDOVA¹, B.G. GAFUROV², M.K. MAKHKAMOV¹, SH.R. MUBARAKOV¹

¹Republican Research Centre of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

²Center for the Development of professional qualifications of medical workers, Tashkent, Uzbekistan

Цель. Сравнительная оценка 30-дневной выживаемости у пациентов с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями (ГВМК) после консервативного и хирургического лечения.

Материал и методы. В исследование включены 140 пациентов с ГВМК, из которых 52 (37,1%) пациента были женского пола, 88 (62,9%) – мужского. Средний возраст – 58,8±14,0 лет. Пациенты разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты с консервативным лечением (n=60), 2 группа – пациенты с хирургическим лечением (n=80).

Результаты. При консервативном лечении 30-дневная выживаемость выше при малых объемах инсульт-гематомы, а при хирургическом – при больших объемах. У пациентов с консервативным лечением с объемом ГВМК до 10 см³ 30-дневная выживаемость составила 92,9%, с объемом 11–20 см³ – 63,6%, с объемом 21–30 см³ – 50%, с объемом 31–40 см³ – 0% ($\chi^2=29,9$ p<0,01). У пациентов с хирургическим лечением с объемом ГВМК до 10 см³ 30-дневная выживаемость составила 50%, с объемом 11–20 см³ – 70,8%, с объемом 21–30 см³ – 82,4%, с объемом 31–40 см³ – 41,9% ($\chi^2=8,3$ p<0,05). 30-дневная выживаемость при малом объеме внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК), оцененном по шкале mGS, выше, чем при больших объемах. У пациентов с консервативным лечением с 0 баллами по шкале mGS 30-дневная выживаемость составила 91,4%, с 3 баллами – 50%, с 6 баллами – 33,3%, с 8 баллами – 0% ($\chi^2=24,4$ p<0,01). У пациентов с хирургическим лечением с 0 баллом по шкале mGS 30-дневная выживаемость составила 94%, с 3 баллами – 57,1%, с 6 баллами – 44,4%, с 8 баллами – 33,3% ($\chi^2=24,5$ p<0,01).

Заключение. Выбор хирургического или консервативного метода лечения можно проводить на основе показателей объема инсульт-гематомы и степени выраженности ВЖК.

Ключевые слова: гипертензивные внутримозговые кровоизлияния, 30-дневная выживаемость, тактика лечения.

Aim. Comparative evaluation of 30-day survival in patients with hypertensive intracerebral hemorrhages (HIH) after conservative and surgical treatment.

Material and methods. A comparative analysis of the results of conservative and surgical treatment of 140 patients with HIH was carried out, 52 (37.1%) patients of them were female, 88 (62.9%) were male. The average age is 58.8±14.0 years. The patients were divided into 2 groups: group 1 – patients with conservative treatment (n=60), group 2 – patients with surgical treatment (n=80).

Results. The 30-day survival rate is higher in patients with conservative treatment due to small volumes of hematoma, in patients with surgical treatment – with large volumes. In patients with conservative treatment with a volume of HIH up to 10 cm³, the 30-day survival rate was 92.9%, with a volume of 11–20 cm³ – 63.6%, with a volume of 21–30 cm³ – 50%, with a volume of 31–40 cm³ – 0% ($\chi^2=29.9$ p<0.01). In patients with surgical treatment with a volume of HIH up to 10 cm³, the 30-day survival rate was 50%, with a volume of 11–20 cm³ – 70.8%, with a volume of 21–30 cm³ – 82.4%, with a volume of 31–40 cm³ – 41.9% ($\chi^2=8.3$ p<0.05). The 30-day survival rate for small volumes in the intraventricular hemorrhage (IVH), estimated by the mGS, is higher than for large volumes. In patients with conservative treatment with 0 points by the mGS the 30-day survival rate was 91.4%, with 3 points – 50%, with 6 points – 33.3%, with 8 points – 0% ($\chi^2=24.4$ p<0.01). In patients with surgical treatment with 0 points on the mGS the 30-day survival rate was 94%, with 3 points – 57.1%, with 6 points – 44.4%, with 8 points – 33.3% ($\chi^2=24.5$ p<0.01).

Conclusion. The choice of a surgical or conservative treatment method can be carried out on the basis of volume indicators of hematoma and the severity of IVH.

Keywords: hypertensive intracerebral hemorrhages, 30-day survival, treatment tactics.

Введение

Частота встречаемости гипертензивных внутримозговых кровоизлияний составляет в среднем 20 случаев на 100 000 населения, при этом летальный исход превышает 40%, а большая часть выживших пациентов имеет стойкий неврологический дефицит с неудовлетворительным функциональным исходом [1]. По сей день остается дискуссионным вопрос выбора тактики лечения пациентов с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями (ГВМК), а именно – консервативный или хирургический подход в том или ином случае. В мировой литературе имеется множество противоречивых данных о жизнеспособности мозгового вещества вокруг гематомы. Преимущество хирургического лечения обосновывается тем, что после удаления гематомы улучшается перфузия мозгового вещества вокруг ложа гематомы за счет ее эвакуации [1, 2, 3, 4]. Однако результаты многочисленных рандомизированных исследований противоречат вышеуказанной теории, так как само хирургическое вмешательство является дополнительным фактором агрессии, что вызывает усугубление сосудистого спазма, нарастание отека вокруг ложа гематомы, что приводит к стойкому неудовлетворительному функциональному исходу [5, 6, 7]. В одних из последних проспективных рандомизированных исследований [8, 9, 10] лучшие показатели 30-дневной выживаемости у пациентов с ГВМК отмечались при консервативном лечении по сравнению с хирургическим вмешательством.

Отсутствие единого мнения в подходе и выборе тактики лечения, малоизученность КТ-морфометрических показателей ГВМК, сравнительной оценки 30-дневной выживаемости после консервативного и хирургического лечения показывает актуальность и дискуссионность данного направления.

Цель. Сравнительная оценка 30-дневной выживаемости у пациентов с ГВМК после консервативного и хирургического лечения.

Материал и методы

Проведен ретроспективный анализ 140 пациентов с ГВМК. Из них 52 (37,1%) пациента были женского пола и 88 (62,9%) – мужского, в возрасте от 15 до 88 лет. Средний возраст составил $58,8 \pm 14,0$ лет. Всем пациентам проводились неврологический осмотр и оценка тяжести состояния по шкале «National Institutes of Health Stroke Scale» (NIHSS) и модифицированной шкале «Rankin» (mRS). Оценка нарушения уровня сознания проводилась с использованием шкалы ком Глазго (ШКГ). После изучения анамнеза и физического исследования всем пациентам проводилась мультислайсная компьютерная томография (МСКТ). МСКТ-морфометрия включала в себя оценку таких показателей,

Таблица 1. Характеристика пациентов с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями

Критерии оценки	Всего	
	<i>n</i>	%
Средний возраст, М±m	58,8±14,0	
Мужчины	88	62,9
Женщины	52	37,1
ШКГ при поступлении, баллы, М±m	11,8±2,7	
NIHSS при поступлении, баллы, М±m	11,5±5,3	
mRS при поступлении, баллы, М±m	3,4±0,9	
КТ-морфометрия		
Локализация кровоизлияния:		
Лобарная локализация	26	18,6
Медialная локализация	37	26,4
Латеральная локализация	22	15,7
Задняя черепная ямка	20	14,3
Таламус	10	7,1
Смешанная	25	17,9
Прорыв в желудочковую систему	67	47,9
Объем кровоизлияния, см ³ , М±m	19,7±13,6	
mGS, балл, М±m	3,6±1,8	
Характеристика сопутствующей патологии		
Гипертоническая болезнь	140	100
Сахарный диабет	26	18,6
ИБС	68	48,6

как локализация и объем гематомы, наличие прорыва крови в желудочковую систему, состояние обводной цистерны, деформация или расширение желудочковой системы и ее размеры, смещение срединных структур головного мозга, перифокальный отек вокруг гематомы при ее наличии и вторичные изменения головного мозга (табл. 1). При оценке распространения внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК) мы использовали модифицированную шкалу по Graeb (mGS) (табл. 2).

Таблица 2. Степень выраженности внутрижелудочковых кровоизлияний по шкале mGS

Локализация	Количество баллов
Боковые желудочки (каждый желудочек считается отдельно)	0 – нет крови
	1 – следы крови или незначительное кровоизлияние
	2 – менее половины желудочка заполнено кровью
	3 – более половины желудочка заполнено кровью
	4 – желудочек заполнен и растянут кровью
Третий и четвертый желудочки	0 – нет крови
	1 – наличие крови, желудочек не увеличен
	2 – желудочек заполнен и растянут кровью
Количество баллов	0–12

Критериями включения в данное исследование являлись следующие:

- объем гематомы до 40 см³;
- уровень сознания от 15 до 8 баллов;
- наличие внутримозгового кровоизлияния.

Критериями исключения являлись:

- пациенты с нарушением уровня сознания по ШКГ <7 баллов;
- отказ от хирургического вмешательства, отказ родственников пациента.

Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы: 1-я группа пациентов (n=60) подвергалась консервативному лечению и 2-я группа (n=80) – хирургическому вмешательству. Оценка результатов консервативного и хирургического лечения проводилась на основании показателей 30-дневной выживаемости пациентов по методу «Каплан–Майера».

Результаты и обсуждение

По результатам крупномасштабного исследования «STICH II» не были выявлены весомые доказательства в поддержку гипотезы улучшения результатов лечения после раннего хирургического вмешательства по сравнению с консервативным лечением у категории пациентов с нарушением уровня сознания по ШКГ<14 баллов. Однако был отмечен статистически достоверный положительный

результат в сторону ранней хирургии по сравнению с консервативной терапией у пациентов с уровнем сознания по ШКГ>13 баллов без признаков ВЖК и лобарной локализации [11]. Однако имеется тенденция выжидательной тактики некоторых хирургов у пациентов с менее выраженным неврологическим дефицитом и показателей КТ-морфометрии, отсутствием высоких показателей шкалы mGS, выраженным сдавлением обводной цистерны и масс-эффектом головного мозга, а также с корригируемой артериальной гипертензией [11].

Нами проведен сравнительный анализ 30-дневной выживаемости пациентов с ГВМК в зависимости от объема ГВМК, уровня сознания и степени выраженности ВЖК.

Из 60 пациентов с консервативным лечением ГВМК в 42 (70%) случаях объем ГВМК составил до 10 см³, в 11 (18,3%) – 11–20 см³, в 4 (6,7%) – 21–30 см³, в 3 (5%) объем ГВМК составил от 31 до 40 см³. Оценка показателей 30-дневной выживаемости у пациентов с ГВМК в зависимости от объема показала, что у пациентов с объемом ГВМК до 10 см³ 30-дневная выживаемость составила 92,9%, с объемом 11–20 см³ – 63,6%, с объемом 21–30 см³ – 50%, с объемом 31–40 см³ – 0%.

Анализ показателей 30-дневной выживаемости у пациентов с ГВМК после хирургического вмешательства показал тенденцию к повышению показателей выживаемости по мере увеличения объема ГВМК, что свидетельствует об эффектив-

Таблица 3. 30-дневная выживаемость больных с ГВМК после консервативного и хирургического лечения

Фактор	Консервативное лечение			Хирургическое лечение		
	Число больных, n=60	Число умерших и цензурированных больных, абс. (30-дневная выживаемость, %)	p	Число больных, n=80	Число умерших и цензурированных больных, абс. (30-дневная выживаемость, %)	p
Объем ГВМК, см³						
≤10	42	3 (92,9)	<0,01	8	4 (50)	<0,05
11–20	11	4 (63,6)		24	7 (70,8)	
21–30	4	2 (50)		17	3 (82,4)	
31–40	3	3 (0)		31	18 (41,9)	
Уровень сознания по ШКГ, баллы						
15	9	3 (66,7)	>0,05	4	1 (75)	>0,05
14	37	6 (83,8)		30	12 (60)	
13	14	3 (78,6)		20	7 (65)	
12	0	–		26	12 (53,8)	
≤11	0	–		0	–	
Наличие ВЖК по шкале mGS, баллы						
0	34	2 (91,4)	<0,01	18	1 (94)	<0,01
1	5	1 (80)		2	0 (100)	
2	6	2 (66,7)		10	1 (90)	
3	2	1 (50)		7	3 (57,1)	
4	7	1 (85,7)		8	5 (37,5)	
5	2	2 (0)		4	2 (50)	
6	3	2 (33,3)		9	5 (44,4)	
7	-	–		10	7 (30)	
8	1	1 (0)		12	8 (33,3)	

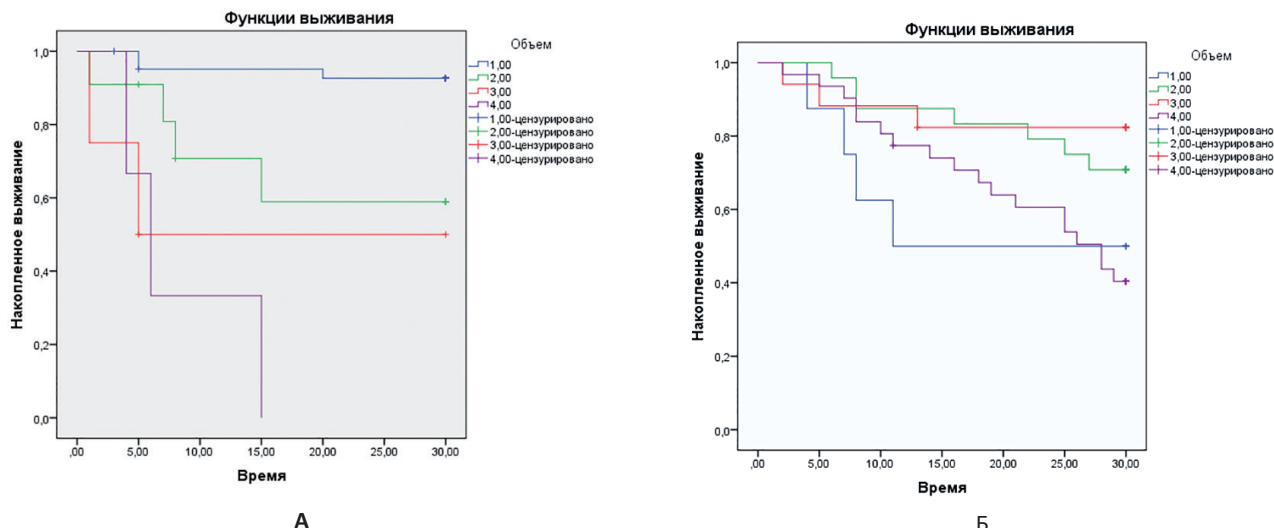


Рис. 1. А – 30-дневная выживаемость у пациентов с консервативным лечением в зависимости от объема ГВМК; Б – 30-дневная выживаемость у пациентов с хирургическим лечением в зависимости от объема ГВМК

- Пациенты с объемом ГВМК до 10 см³
- Пациенты с объемом ГВМК до 11–20 см³
- Пациенты с объемом ГВМК до 21–30 см³
- Пациенты с объемом ГВМК до 31–40 см³

ности оперативного вмешательства. Так, пациентов с объемом ГВМК до 10 см³ было 8 (10%), с объемом 11–20 см³ – 24 (30%), объемом 21–30 см³ – 17 (21,2%), с объемом 31–40 см³ – 31 (38,8%). 30-дневная выживаемость составила 50, 70,8, 82,4 и 41,9%, соответственно. Следует отметить, что показатель 30-дневной выживаемости в подгруппе пациентов с объемом ГВМК 31–40 см³ после хирургического вмешательства повысился почти до 42% по сравнению с консервативной терапией. Данные результаты свидетельствуют о достоверной корреляционной связи между объемом ГВМК и 30-дневной выживаемостью (табл. 3 и рис. 1, А и Б).

Одним из важных показателей в прогнозировании 30-дневной выживаемости является оценка уровня сознания пациента с момента начала того или иного метода лечения. Анализ литературы также свидетельствует о более высоких показателях выживаемости у пациентов с ГВМК с более высоким баллом по ШКГ [1, 12, 13]. Результаты нашего исследования показали, что в подгруппе пациентов с консервативным лечением ГВМК уровень сознания по ШКГ 15 баллов наблюдался в 9 (15%) случаях, у которых 30-дневная выживаемость составила 66,7%; 14 баллов по ШКГ наблюдалось в 37 (61,6%) случаях, у которых 30-дневная выживаемость составила 83,8%; 13 баллов по ШКГ – в 14 (23,3%) случаях с выживаемостью 78,6%. Пациентов с консервативным лечением с уровнем сознания 12 баллов и менее не было.

В подгруппе пациентов после хирургического лечения показатель 30-дневной выживаемости характеризовался следующим образом: при ШКГ 15 баллов – 75%, при ШКГ 14 баллов – 60%, при ШКГ 13 баллов – 65%, при ШКГ 12 баллов – 53,8% и при ШКГ 11 баллов и менее пациентов не наблюдалось (табл. 3 и рис. 2, А и Б).

Сравнительная оценка показателей 30-дневной выживаемости после консервативного и хирургического лечения в зависимости от уровня сознания по ШКГ показала, что у пациентов по мере сужения уровня сознания показатель выживаемости возрастал. Причиной данного феномена является тот факт, что из 9 пациентов с уровнем сознания по ШКГ 15 баллов у 2 кровоизлияние локализовалось в проек-

ции моста ствола головного мозга, что обусловило низкие показатели выживаемости. У 5 пациентов данной подгруппы кровоизлияние осложнилось прорывом крови в желудочковую систему и высокой степенью по шкале mGS.

При анализе мировой литературы на основании проведенных множественных крупномасштабных исследований можно сделать заключение, что одним из главных предикторов неблагоприятного исхода является ВЖК вследствие прорыва ГВМК в желудочковую систему головного мозга [14, 15, 16]. В исследовании STICH было доказано, что внутрижелудочковое кровоизлияние вследствие прорыва ГВМК снижает частоту благоприятных исходов с 31% до 15% [17]. Trifan G et al. в своих исследованиях доказал, что показатели шкалы mGS являются самым главным предиктором исхода лечения пациентов с ГВМК, осложнившихся прорывом крови в желудочковую систему. Таким образом, в данном исследовании было отмечено, что у пациентов с mGS >5 баллов вероятность неблагоприятного исхода высока, а у пациентов, где mGS <5 баллов, вероятность благоприятного исхода высока [18]. Tuhir et al. в своих исследованиях показал, что объем ВЖК связан с более низкими показателями 30-дневной выживаемости [19]. Также Young et al. в своих исследованиях определили, что объем ВЖК >20 мл является прогностически неблагоприятным фактором [20].

Анализ результатов 30-дневной выживаемости при консервативном и хирургическом лечении в зависимости от степени градации по шкале mGS показал, что в подгруппе пациентов с консервативным лечением с нулевой градацией по шкале mGS наблюдалось 34 (56,7%) случая, у которых показатель 30-дневной выживаемости составил 91,4%, с первой градацией по шкале mGS было 5 (8,4%), при этом 30-дневная выживаемость – 80%, при второй градации по шкале mGS (6; 10%) – 66,7%, при третьей (2; 3,3%) – 50%, при четвертой (7; 11,7%) – 85,7%, при пятой (2; 3,3%) – 0%, при шестой (3; 5% (n=3)) – 33,3%, пациентов с седьмой градацией по шкале mGS в данной подгруппе не наблюдалось, с восьмой градацией наблюдался 1 (1,7%) пациент, который в течение срока наблюдения (30-дневной выживаемости) не выжил.

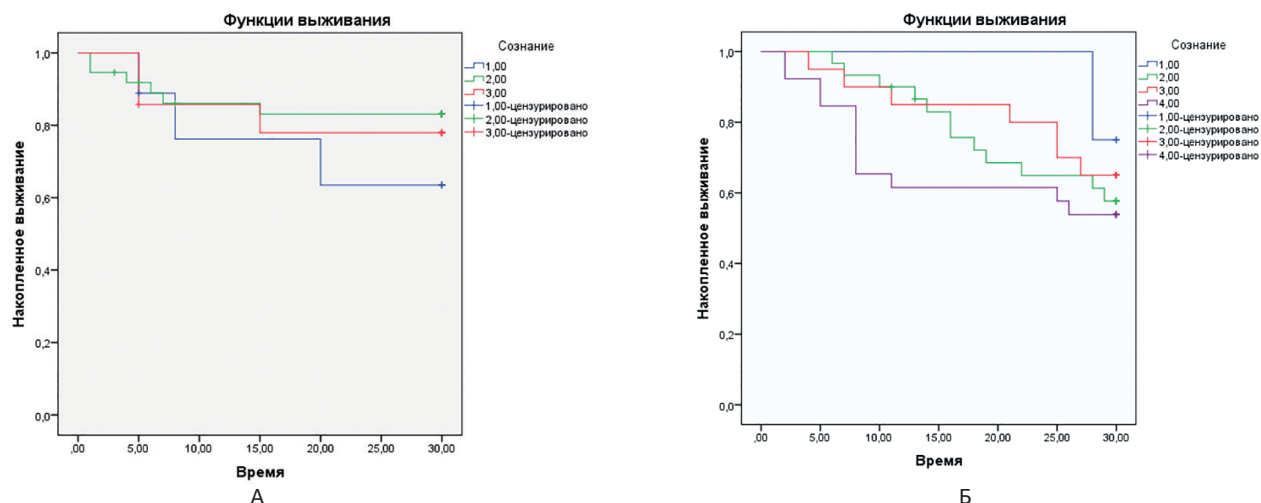


Рис. 2. А – 30-дневная выживаемость у пациентов с консервативным лечением в зависимости от уровня сознания по ШКГ; Б – 30-дневная выживаемость у пациентов с хирургическим лечением в зависимости от уровня сознания по ШКГ

— Пациенты с ШКГ 15 баллов
— Пациенты с ШКГ 14 баллов
— Пациенты с ШКГ 13 баллов
— Пациенты с ШКГ 12 баллов

В подгруппе пациентов с хирургическим лечением с нулевой градацией по шкале mGS наблюдалось 18 (22,5%) случаев, у которых показатель 30-дневной выживаемости составил 94%; с первой градацией по шкале mGS было 2 (2,5%) с 30-дневной выживаемостью 100%; при второй градации (10; 12,5%) выживаемость составила 90%; при третьей (7; 8,7%) – 57,1%, при четвертой (8; 10%) – 37,5%, при пятой (4; 5%) – 50%; при шестой (9; 11,2%) – 44,4%; при седьмой (10; 12,5%) – 30%, при восьмой (12; 15%) – 33,3% (табл. 3 и рис. 3 А, Б).

Сравнительный анализ результатов лечения 30-дневной выживаемости пациентов с ГВМК в зависимости от градации по шкале mGS показал, что имеется тенденция к снижению 30-дневной выживаемости по мере увеличения степени выраженности внутрижелудочкового кровоизлияния независимо от метода лечения. Так, сравнительный коэффициент 30-дневной выживаемости консервативного и хирургического методов лечения у пациентов с первой градацией по шкале mGS составил 80% и 100% соответственно ($p < 0,05$), при второй градации по шкале mGS

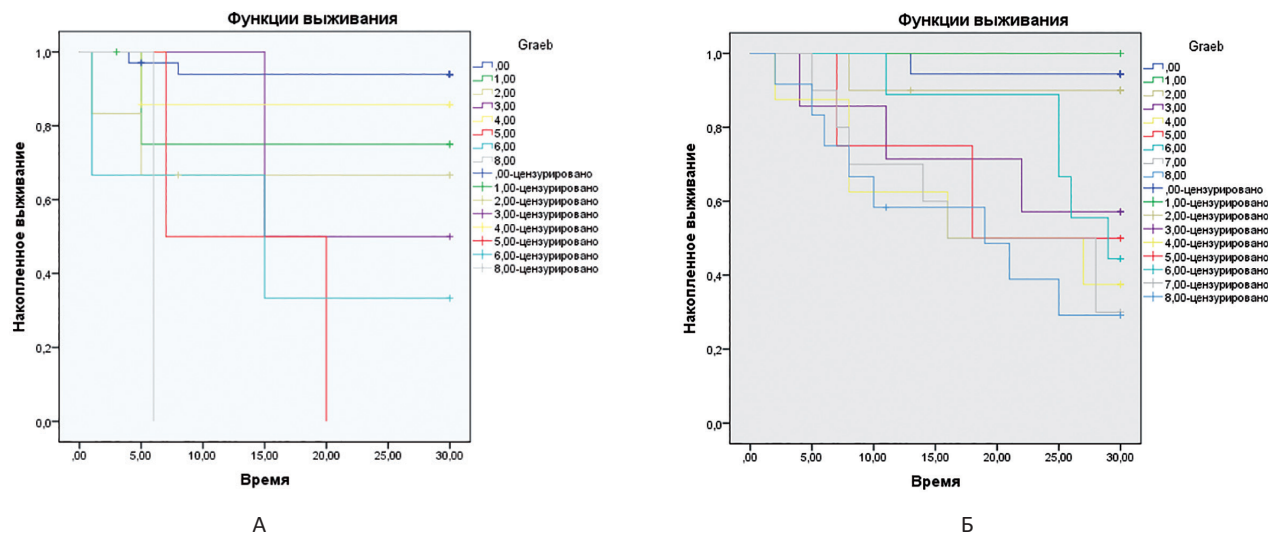


Рис. 3. А – 30-дневная выживаемость у пациентов с консервативным лечением в зависимости от градации по шкале mGS; Б – 30-дневная выживаемость у пациентов с хирургическим лечением в зависимости от градации по шкале mGS

— 0 баллов по шкале mGS
— 1 балл по шкале mGS
— 2 балла по шкале mGS
— 3 балла по шкале mGS
— 4 балла по шкале mGS
— 5 баллов по шкале mGS
— 6 баллов по шкале mGS
— 7 баллов по шкале mGS
— 8 баллов по шкале mGS

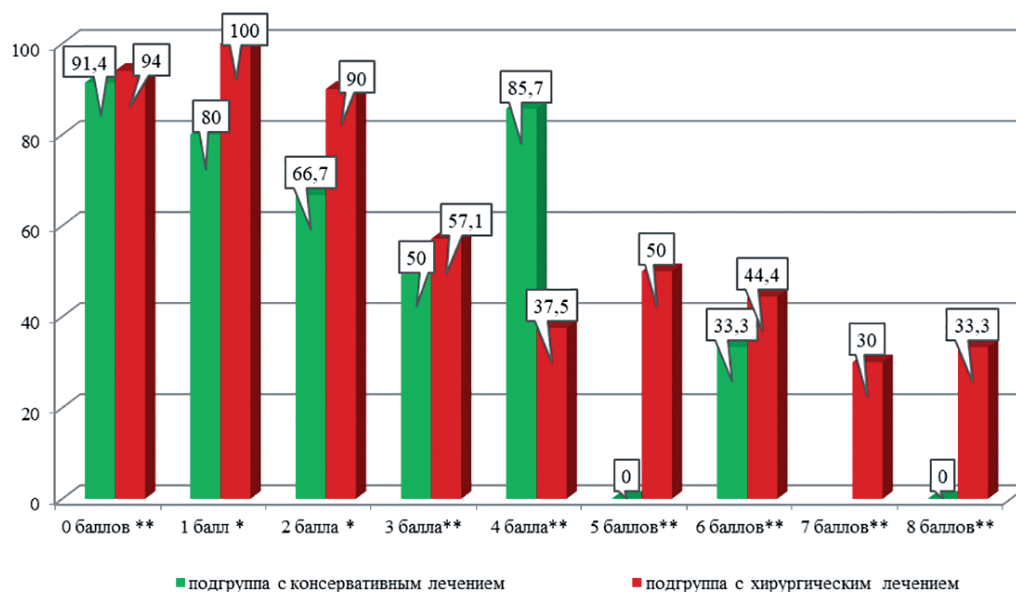


Рис. 4. Сравнительная оценка 30-дневной выживаемости пациентов в зависимости от степени градации по шкале mGS

данный коэффициент составил 66,7% и 90% соответственно ($p < 0,05$), при третьей градации по шкале mGS – 50% и 57,1% соответственно ($p > 0,05$), при четвертой градации по шкале mGS – 85,7% и 37,5% соответственно ($p > 0,05$), при пятой градации по шкале mGS – 0% и 50% соответственно ($p > 0,05$), при шестой градации по шкале mGS – 33,3% и 44,4% соответственно ($p > 0,05$), при восьмой градации по шкале mGS – 0% и 33,3% соответственно ($p > 0,05$) (табл. 3 и рис. 4).

Заключение

Показатели 30-дневной выживаемости у пациентов с ГВМК зависят от множества факторов, таких как исходный уровень сознания по ШКГ, неврологический дефицит по шкале NIHSS, степени инвалидизации по шкале mRS, а также от КТ-морфометрических показателей. Выбор тактики лечения основывается на таких показателях, как объем кровоизлияния и степени градации внутрижелудочного кровоизлияния по шкале mGS.

Литература

1. Гусев Е.Н., Виленский Б.С., Скоромец А.А. Основные факторы, влияющие на исходы инсультов. Журн. неврол. и психиатр. 1995; 95(1):4–7 [Gusev E.N., Vilenskiy B.S., Skoromets A.A. Osnovnye factory, vliyayushchie na iskhody insul'tov. Journ. Nevrol I psihiatr. 1995; 95(1):4–7. In Russian].
2. Keep R.F., Xi G, Hua Y, Hoff J.T. The deleterious or beneficial effects of different agents in intracerebral hemorrhage: think big, think small, or is hematoma size important? Stroke 2005; 36:1594–1596. In Russian].
3. Mendelow A.D. Mechanisms of ischemic brain damage with intracerebral hemorrhage. Stroke 1993; 24 (suppl I):I 115–117.
4. Mendelow A.D., Bullock R, Teasdale G.M., Graham D.I., McCulloch J. Intracranial haemorrhage induced at arterial pressure in the rat: part 2. Short term changes in local cerebral blood flow measured by autoradiography. Neurol Res 1984; 6:189–193.
5. Auer LM, Deinsberger W, Niederkorn K, et al. Endoscopic surgery versus medical treatment for spontaneous intracerebral hematoma: a randomized study. J Neurosurg 1989; 70:530–535.
6. Bhattathiri P.S., Gregson B., Prasad K.S., Mendelow A.D., STICH Investigators. Intraventricular hemorrhage and hydrocephalus after spontaneous intracerebral hemorrhage: results from the STICH trial. Acta Neurochir Suppl 2006; 96:65–68.
7. Xi G, Wagner K.R., Keep R.F., de Courten-Myers G.M., Broderick J.P. et al. Role of blood clot formation on early edema development after experimental intracerebral hemorrhage. Stroke 1998; 29:2580–2586.
8. Nehls D.G., Mendelow D.A., Graham D.I., Teasdale G.M. Experimental intracerebral hemorrhage: early removal of a spontaneous mass lesion improves late outcome. Neurosurgery 1990; 27:674–682.
9. Siddique M.S., Fernandes H.M., Arene N.U., Wooldridge T.D., Fenwick J.D., Mendelow A.D. Changes in cerebral blood flow as measured by HMPAO SPECT in patients following spontaneous intracerebral haemorrhage. Acta Neurochir Suppl 2000; 76:517–520.
10. Xi G, Keep R.F., Hoff J.T. Mechanisms of brain injury after intracerebral haemorrhage. Lancet Neurol 2006; 5:53–63.
11. Mendelow D.A., Gregson B.A., Rowan E.N., Murray G.D., Gholkar A, Mitchell P.M. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial lobar intracerebral haematomas (STICH II): a randomised trial. Lancet 2013; 382:397–408.
12. Галкина Т.Н. Организация медицинской помощи и многофакторный анализ исходов нетравматических внутримозговых кровоизлияний: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: Рос. науч.-иссл. нейрохир. институт им. А.Л. Поленова. СПб, 2000; 25с. [Galkina T.N. Organizatsiya medicinskoy pomoshchi i mnogofaktornyy analiz iskhodov netravmaticheskikh vnutricherepnykh krovoizliyaniy: Avtoref. Dis... kand. med. nauk. Rossiyskiy nauchno-issledovatel'skiy neyrokhirur-

- gicheskii institute im. A.L. Polyanova. SPb, 2000; 25s. In Russian].
- 13 Мартынов Ю.С., Кевдина О.Н., Шувакина Н.А. и др. Пневмония при инсульте. Неврол. 1998; 3(3):18–21 [Martynov Yu.S., Kevdina O.N., Shuvahina N.A. I dr. Pnevmoniya pri insul'te. Nevrology. 1998; 3(3):4–7s. In Russian].
- 14 Al Shardan M.M. Factors that predict hydrocephalus following intraventricular hemorrhage. Brit j neurosurg. 2015; 29(2):225–228.
- 15 Herrick D.B., Ullman N., Nekoovaght-Tak S., Hanley D.F., Awad I., LeDroux S. et al. Determinants of external ventricular drain placement and associated outcomes in patients with spontaneous intraventricular hemorrhage. Neurocrit care. 2014; 21(3):426–434.
- 16 Moradiya Y., Murthy S.B., Newman-Toker D.E., Hanley D.F., Ziai W.C. Intraventricular thrombolysis in intracerebral hemorrhage requiring ventriculostomy: a decade-long real-world experience. Stroke. 2014; 45(9):2629–2635.
- 17 Bhattathiri P.S., Gregson B., Prasad K.S.M., Mendelow A.D. Intraventricular hemorrhage and hydrocephalus after spontaneous intracerebral hemorrhage: results from the STICH trial. Acta neurochirurg. 2006; 96:65–68.
- 18 Trifan G., Arshi B., Testai F.D. Intraventricular Hemorrhage Severity as a Predictor of Outcome in Intracerebral Hemorrhage. Frontiers in Neurology 2019; 10:217. doi:10.3389/fneur.2019.00217
- 19 Tuhim S., Horowitz D.R., Sacher M., Godbold J.H. Volume of ventricular blood is an important determinant of outcome in supratentorial intracerebral hemorrhage. Crit Care Med. 1999; 27:617–621. doi:10.1097/00003246-199903000-00045
- 20 Young W.B., Lee K.P., Pessin M.S., Kwan E.S., Rand W.M., Caplan L.R. Prognostic significance of ventricular blood in supratentorial hemorrhage: a volumetric study. Neurology. 1990; 40:616–619. doi: 10.1212/WNL.40.4.616

ГИПЕРТЕНЗИВ ИНТРАСЕРЕБРАЛ ҚОН ҚУЙЛИШИ БИЛАН ОГ'РИГАН БЕМОРЛАРНИ КОНСЕРВАТИВ ВА ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ҚИЙОСИЙ БАХОЛАШ

L.B. MAKSUDOVA¹, B.G. GAFUROV², M.K. MAKHKAMOV¹, SH.R. MUBARAKOV¹

¹Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi, Toshkent, O'zbekiston

²Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, Toshkent, O'zbekiston

Maqsad. Konservativ va jarrohlik davolashdan so'ng gipertenziv intraserebral qon quyilishi (GIQQ) bilan og'rikan bemorlarda 30 kunlik omon qolish darajasini qiyosiy baholash.

Material va usullar. Tadqiqotda GIQQ bilan kasallangan 140 bemor ishtirok etdi, ulardan 52 nafari (37,1%) ayol, 88 nafari (62,9%) erkak. O'rtacha yoshi 58,8±14,0 yil. Bemorlar 2 guruhga bo'lingan: 1-guruh – konservativ usulda davolangan bemorlar ($n=60$), 2-guruh – jarrohlik usulida davolangan bemorlar ($n=80$).

Natijalar. Konservativ usulida davolangan bemorlarda 30 kunlik omon qolish darajasi gematomalarning kichik hajmlarida, jarrohlik usulida davolangan bemorlarda esa katta hajmlarda yuqori bo'ladi. GIQQ hajmi 10 sm³ gacha bo'lgan konservativ davo bilan davolangan bemorlarda 30 kunlik omon qolish darajasi 92,9%, hajmi 11–20 sm³ – 63,6%, hajmi 21–30 sm³ – 50%, hajmi 31–40 sm³ – 0% ni tashkil etdi ($\chi^2=29,9$ $p<0,01$). GIQQ hajmi 10 sm³ gacha bo'lgan jarrohlik usulida davolangan bemorlarda 30 kunlik omon qolish darajasi 50%, hajmi 11–20 sm³ – 70,8%, hajmi 21–30 sm³ – 82,4%, hajmi 31–40 sm³ – 41,9% ni tashkil etdi ($\chi^2=8,3$ $p<0,05$). mGS shkalasi bo'yicha baholangan intraventrikular qon quyilishida (IQQ) kichik hajmlarda 30 kunlik omon qolish yuqori hajmlarga qaraganda yuqori edi. mGS 0 balli konservativ davo bilan davolangan bemorlarda 30 kunlik omon qolish darajasi 91,4%, 3 ball – 50%, 6 ball – 33,3%, 8 ball – 0% ni tashkil etdi ($\chi^2=24,4$ $p<0,01$). mGS 0 balli jarrohlik usulida davolangan bemorlarda 30 kunlik omon qolish darajasi 94%, 3 ball – 57,1%, 6 ball – 44,4%, 8 ball – 33,3% ni tashkil etdi ($\chi^2=24,5$ $p<0,01$).

Xulosa. Jarrohlik yoki konservativ davolash usulini tanlash gematoma hajmi va IVH zo'rayishi ko'rsatkichlari asosida amalga oshirilishi mumkin.

Kalit so'zlar: gipertenziv intraserebral qon quyilishi, 30 kunlik omon qolish, davolash taktikasi.

Сведения об авторах:

Максудова Лайло Бахтиёровна – доктор PhD, врач-ординатор отделения неврологии № 1 Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Невропатолог.
E-mail: Laylo 26@mail.ru. Тел.: +99890 931-48-57.

Гафуров Бахтиёр Гафурович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нервных болезней Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.
E-mail: Coolbakhtiyar@yandex.ru. Тел.: +99893 393-78-00.

Author Information:

Maksudova Laylo Bakhtiyorovna – PhD, physician of the Department of Neurology No. 1 of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine. Neurologist.
E-mail: Laylo 26@mail.ru. Tel.: +99890 931-48-57.

Gafurov Bakhtiyor Gafurovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Nervous Diseases of the Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers.
E-mail: Coolbakhtiyar@yandex.ru . Tel.: +99893 393-78-00.

Махкамов Махкам Казимович – доктор медицинских наук, заведующий отделением сосудистой нейрохирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Нейрохирург.
E-mail: Makhkam@icloud.com Тел.: +99890 372-51-50.

Мубаракوف Шухрат Рустамович – доктор PhD, врач-ординатор отделения неврологии № 1 Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Невропатолог.
E-mail: shukhrat200211@yandex.ru. Тел.: +99890 972-03-44.

Поступила в редакцию: 13.02.2023

Makhkamov Makhkam Kazimovich – Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Vascular Neurosurgery of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine. Neurosurgeon.
E-mail: Makhkam@icloud.com Tel.: +99890 372-51-50.

Shukhrat Rustamovich Mubarakov – PhD, physician of the Department of Neurology No. 1 of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine.
E-mail: shukhrat200211@yandex.ru. Tel.: +99890 972-03-44.

Received: 13.02.2023