

КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ «ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ ГЕМАТОМАМИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН»

Comment on the article “Surgical treatment of patients with hypertensive intracerebral hematomas in the Republic of Tatarstan”

Несмотря на развитие современных хирургических технологий, достижение благоприятного исхода при хирургическом лечении геморрагического инсульта (ГИ) остается трудной задачей. Известно, что больные с ГИ являются одними из наиболее тяжелых в неврологическом и соматическом плане пациентов, с которыми сталкивается нейрохирург. Логично, что при лечении такой сложной патологии роль клинических рекомендаций заключается в том, что они позволяют отойти от разночтений в выборе хирургической тактики и послеоперационного ведения пациентов. Однако следует напомнить, что при разработке клинических рекомендаций их авторам предписывалось опираться на наиболее авторитетные зарубежные исследования, а отечественные монографии в расчет не принимались. При этом известно, что значительное количество медицинских средств (фибринолитики, седативные, гипотензивные, антифибринолитические препараты и др.), распространенных за рубежом, у нас в стране сейчас недоступны для применения. Получилось так, что показания к операции определяем в соответствии с международным опытом, а оперируем и лечим тем, что имеется в наличии. Подобные реалии заставляют нас обратить внимание на то, что разработано нашими исследователями: от В.В. Лебедева и Э.И. Канделя до И.М. Годкова. И каждая новая работа, посвященная хирургии ГИ, ценна при условии внесения нового в наше решение проблемы.

Авторы статьи представили свой опыт хирургического лечения ГИ, подчеркивая, что в выборе тактики они опирались на общепринятые у нас подходы, основанные на клинических рекомендациях. Можно дискутировать о том, нужно ли оперировать паренхиматозную часть таламических гематом или выполнять вмешательство в первые часы кровоизлияния. Имеются исследования, отражающие альтернативные точки зрения. Авторы пытались помочь пациентам, и это их право. Можно спорить о предлагаемых новых терминах («агрессивные гематомы»), без которых ранее обходились, или необходимости подчеркивать, что в отдельно взятом регионе результаты и выводы по данному вопросу тривиальны и соответствуют таковым по всей стране. Важно то, что авторами получены наилучшие результаты при ранней хирургии (от 8 до 24 ч после кровоизлияния), которых пока

никому из нас достичь не удастся, а объяснения этому успеху не приводится. Были ли какие-то особые подходы к подготовке больных к операции, технике вмешательств, достижению интраоперационного гемостаза, обеспечению анестезиологического пособия или послеоперационному ведению пациентов, — подробностей нет. А это, на наш взгляд, обсудить гораздо интереснее и важнее, чем констатировать, что у больных с ГИ, оперированных в состоянии комы, результаты плохие. Упоминаемый авторами факт разночтений в трактовке тяжести состояния пациентов, вследствие чего части больных хирургическое лечение не было проведено, позволил получить группу сравнения (консервативное лечение), наличие которой, с одной стороны, наглядно показало преимущества хирургии, а с другой — снова подчеркнуло необходимость обучения специалистов, концентрации больных для операции в специализированных отделениях и индивидуального подхода к планированию лечения с опорой на реалии конкретной обстановки, о чем давно говорили наши учителя и что сейчас называют «персонализированным подходом».

До того, как пациент с ГИ сможет перейти на этап полноценной реабилитации, ему необходимо без осложнений пройти ранний послеоперационный период, который несет риски повторного кровотечения, легочных осложнений вследствие продленной искусственной вентиляции легких и развития многих других патологических состояний. Во многих исследованиях показано, что не столько оперативная нейрохирургия, сколько анестезиологическое и реанимационное сопровождение являются залогом успешного хирургического лечения больных с ГИ. Надеюсь, авторы смогут в будущем поделиться более подробной информацией о нехирургической стороне лечения этой группы пациентов.

В.Г. Дашьян, д.м.н.,

(ФГБОУ ВО «Российский университет медицины»
Минздрава России; ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения г. Москвы»)

V.G. Dashyan, MD, DMSc

(Russian University of Medicine, Ministry of Health
of Russia; N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency
Medicine, Moscow Healthcare Department)