

КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ Я.А. ШЕСТЕРИКОВА И СОАВТ. «РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТОГО И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ»

Commentary on article of Ya.A. Shesterikov et al. "Results of open and endoscopy-guided removal of hypertensive intracerebral hematomas"

Авторами представлена статья, демонстрирующая высокую эффективность эндоскопической хирургии геморрагического инсульта. В настоящее время метод эндоскопической аспирации гипертензивных внутримозговых гематом действительно занимает лидирующие позиции при соблюдении концепции минимально инвазивной хирургии: выполнении операции через фрезевое отверстие, без широкой диссекции и в обход функционально значимых участков головного мозга. Авторам удалось добиться впечатляющих результатов: высокой радикальности удаления гематом при отсутствии интраоперационных осложнений, уменьшения летальности на 19 % по сравнению с контрольной группой больных, оперированных открыто, и увеличения частоты благоприятных исходов в 3 раза.

По прочтении статьи может сложиться впечатление об абсолютной безопасности эндоскопического удаления гипертензивных гематом: ни в одном наблюдении авторы не получили интраоперационного кровотечения и рецидива гематомы в послеоперационном периоде. Возможно, поэтому вопрос о методах гемостаза в статье не затрагивается. Вместе с тем известно, что причиной кровоизлияний во многих случаях становятся крипт-АВМ (артериовенозные мальформации), которые не выявляют при церебральной ангиографии. Чаше АВМ становятся источником субкортикальных, в более редких случаях — путаменальных кровоизлияний. По нашему опыту, кровотечения во время удаления путаменальных гематом возникали в 5 % случаев, что потребовало конверсионного микрохирургического вмешательства. В 3 % наблюдений источником кровоизлияния оказывалась АВМ. После конверсионных операций летальных исходов не было, но этого удалось добиться благодаря готовности бригады безотлагательно перевести любую эндоскопическую операцию в открытую.

В разделе «Обсуждение» хотелось бы получить более определенное мнение авторов относительно достигнутых результатов: авторы показывают, что летальность после ранних открытых операций выше, чем после эндоскопических вмешательств, выполненных спустя 2 сут после инсульта. С одной стороны, это демонстрирует эффективность эндоскопической хирургии в отсроченном периоде, с другой — показывает, что группы больных (оперированных открыто с резекционной трепанацией и в ранние сроки и оперированных минимально инвазивно отсроченно) не совсем

сопоставимы. На наш взгляд, хорошие результаты были достигнуты как благодаря применению эндоскопического метода в опытных руках, так и вследствие оптимизации тактики, в частности правильного выбора сроков операции. Более глубокий анализ причин и структуры летальных исходов в обеих группах больных, возможно, прояснил бы эти вопросы.

По нашим наблюдениям, которые лишь подтверждают результаты авторов, попытки проведения эндоскопической аспирации гематом в более ранние сроки не сопровождаются лучшими функциональными исходами и более высокой выживаемостью больных, но приводят к увеличению частоты рецидивов кровоизлияния, после которых количество неблагоприятных исходов значительно возрастает. Мы считаем, что к минимально инвазивному удалению гипертензивных гематом небольшого объема следует относиться в большей степени как к функциональной хирургии. Мы наблюдали восстановление неврологических функций у пациентов, оперированных даже спустя несколько суток после инсульта, и считаем операции в эти сроки обоснованными и эффективными. При этом операции выполняются до наступления наиболее выраженного отека вещества мозга вокруг гематомы (до 4–5 сут после кровоизлияния). Таким образом, при проведении операций у пациентов с гематомами умеренного объема (35–50 см³) в срок от 2 до 4 сут удается избежать рецидивов гематом и предотвратить развитие отека и дислокации головного мозга вследствие объемного и токсического воздействия гематомы.

При гематомах большего объема (50–80 см³) обычно невозможно занимать выжидательную тактику и требуется проводить операцию в экстренном порядке. В подобных случаях, на наш взгляд, предпочтение следует отдавать микрохирургическим операциям с возможной декомпрессивной краниэктомией. Данный подход позволяет провести удаление гематомы с надежным гемостазом и предотвратить нарастание отека и дислокации головного мозга в послеоперационном периоде. Вероятно, дальнейшие исследования с инвазивным измерением внутричерепного давления и дифференцированным подходом к хирургии внутримозговых инсультных гематом внесут большую ясность в вопросы выбора тактики и оптимизации подходов к лечению больных.

К.м.н. И.М. Годков