

течении послеоперационного периода, имеют лучшие исходы по сравнению с гематомами глубокой локализации. Однако именно пациенты с путаменальными гематомами объемом более 30 см³ в процессе лечения требуют наибольшего участия нейрохирурга, поскольку они и составляют большинство среди инвалидизированных и умерших с гипертензивными кровоизлияниями. Показания к хирургическому лечению в настоящее время определены и согласованы большинством нейрохирургов, однако методы проведения хирургического лечения обсуждаются. При глубоких кровоизлияниях несомненное предпочтение отдается мини-инвазивным методикам хирургии. Несмотря на ограниченный арсенал этих операций (стереотаксическая аспирация без локального фибринолиза или с локальным фибринолизом, эндоскопическая аспирация и их сочетание), выбор до настоящего времени определяется традицией клиники, проводящей операцию. Исследования, посвященные сравнению эффективности мини-инвазивных методов хирургии, четкого преобладания одного метода над другим пока не выявили.

Совершенствование только технического оснащения мини-инвазивных операций не привело к существенному улучшению функциональных исходов хирургического лечения у больных с путаменальными кровоизлияниями. Удаление гематомы или уменьшение ее в размере даже без дополнительной травматизации окружающего мозга само по себе не привело к изменению отдаленных результатов. Очевидно, что говорить о восстановлении пациента без своевременной и полноценной реабилитации бессмысленно. Поэтому логично не сбрасывать со счетов и наиболее простые хирургические пособия, способные уменьшить компрессию мозга гематомой и облегчить восстановление утраченных функций. К таковым методам относится простая пункци-

онная аспирация гематомы, которой посвящена рассматриваемая статья.

Авторы производили аспирацию кровоизлияний в различные сроки от начала заболевания, изучая эффективность методики в зависимости от плотности сгустков крови по данным КТ головного мозга. Было выявлено, что в острейшем периоде (до 3 сут) и после недели от начала заболевания гематома чаще представлена жидкой фракцией, что делает ее доступной для аспирации без использования фибринолитиков. Проблема применения последних для локального фибринолиза геморрагического инсульта известна у нас в стране, и до ее разрешения многие клиники резонно отказываются от использования данного эффективного метода лечения. С точки зрения технической стороны операции простой пункционной аспирации, она, на мой взгляд, имеет право на существование даже в условиях хорошей оснащенности региональных сосудистых центров (РСЦ) навигационными станциями и другим оборудованием. Не секрет, что в регионах страны далеко не каждого больного, требующего специализированной нейрохирургической помощи, можно издалека перевезти в РСЦ из-за тяжести его состояния или по другим причинам. И нейрохирурги первичного звена нередко вынуждены оперировать больных с геморрагическим инсультом в первичных сосудистых или даже нейротравматологических отделениях. Представляется, что лучше использовать простую и малотравматичную операцию в попытке спасти больного в неспециализированном учреждении, чем осуществлять открытую травматическую операцию без должного оснащения, подготовки и перспективы полноценной интенсивной терапии.

Работа представляется актуальной и полезной для значительного круга нейрохирургов, занимающихся лечением геморрагического инсульта.

В.Г. Дашьян

Комментарий

Лечение больных с геморрагическим инсультом является очень актуальной и современной задачей, что обусловлено высокой частотой заболевания и большим количеством неблагоприятных исходов. Многочисленные, в том числе проспективные рандомизированные исследования демонстрируют разнородные и порой противоречивые результаты хирургии инсульта. В связи с этим продолжаются поиски путей оптимизации хирургической тактики и способов эвакуации внутримозговых гематом в остром периоде инсульта.

Авторами предложена методика пункционной аспирации внутримозговых путаменальных гематом с использованием стандартизованного мини-доступа из теменной области. Хирург осуществляет пункцию гематомы мягким катетером по внешним анатомическим ориентирам с последующей аспирацией жидкой части гематомы.

На первый взгляд, кажется заманчивым использование подобной методики удаления путаменальной гематомы: при небольшой длительности операции удаляют более 50% первоначального объема гематомы, что является достаточным в хирургии инсульта. Учитывая эффективность, методика может быть применена в условиях стационаров, не оснащенных системами нейронавигации, операционным микроскопом и нейроэндоскопией.

Вместе с тем использование данного метода в отделениях, имеющих необходимое оборудование (операционный микроскоп или видеондоскопическую систему), на наш взгляд, неоправданно. Выполнение операции на головном мозге вслепую при манипуляциях мягким катетером на глубине до 7 см сопряжено с риском повреждения проводящих путей, в том числе внутренней

капсулы, а также перфорирующих ветвей средней мозговой артерии. Мягкий катетер может менять направление, и траектория его введения оказывается малопредсказуемой. В связи с этим непонятно, как можно вслепую безопасно аспирировать сгустки из полости гематомы вытянутой формы, каковыми обычно являются путаменальные кровоизлияния, осуществляя доступ не по оси, соответствующей наибольшему линейному размеру гематомы.

Нам кажется более надежным и менее опасным для больного проведение микрохирургических или эндоскопических операций, при которых диаметр энцефалотомии составляет 0,5—1 см и, в качестве компенсации за хирургическую травму по ходу раневого канала, обеспечивается прецизионное удаление сгустков гематомы под контролем зрения с меньшим риском повреждения глубинно расположенных проводящих путей.

Летальность, представленная в работе авторов (44%), является высокой, сравнимой с летальностью после открытой хирургии. Полученные ре-

зультаты также не демонстрируют преимуществ «слепой» хирургии инсульта перед традиционными хирургическими методами.

Не совсем ясен и вывод авторов о том, что аспирация гематомы эффективна в 1-2-е сутки от начала заболевания и после 7-х суток. Радикальность удаления гематом варьировала в различные сроки, но определенный вывод на этот счет следует делать только при статистически достоверных результатах сравнения. Более того, по данным морфологических исследований и нашим собственным наблюдениям, сгустки крови имеют наибольшую плотность к концу первых суток после кровоизлияния, а в последующем постепенно разжижаются. Удаление плотных сгустков в 1-2-е сутки после инсульта является наиболее трудным, в связи с чем нам иногда приходится выполнять конверсионное микрохирургическое вмешательство вместо запланированного эндоскопического.

И.М. Годков