Kazakh Journal of Clinical Neuroscience
ISSN 1813-3908

Описание серии случаев

Консервативное или хирургическое лечение нетравматических внутричерепных кровоизлияний: серия из 106 случаев

Ырысов Б.К. [1]*, Гайпов Н.У. [2], Маматоморова Н. [3], Мамражапова Г.Т. [4]

Received: April 18, 2026
Revised: May 27, 2026
Accepted: June 11, 2026
Published: June 30, 2026

Citation: Beksultan Yryssov, Nurgazy Gaipov, Nurzaida Mamatomorova, Gulzavera Mamzhapova. Conservative versus Surgical Management of Non-Traumatic Intracranial Hemorrhages: A Series of 106 Cases.Kaz J Clin NeuSci. 2026, 79 (2), kjcn047. https://doi.org/10.53498/89a1p966

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

[1] Ассистент кафедры нейрохирургии, Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан. E-mail: bxt@bk.ru
[2] Аспирант кафедры нейрохирургии, Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан. E-mail: gaipovnu@mail.ru
[3] Аспирант кафедры нейрохирургии, Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан. E-mail: nurzaida2020@mail.ru
[4] Врач-невролог Жалал-Абадской областной больницы, Жалал-Абадская область, Кыргызстан. E-mail: gulzavera@mail.ru

*** Автор для корреспонденции:** bxt@bk.ru

Резюме

Выбор между консервативной тактикой и хирургическим вмешательством при нетравматических внутричерепных гематомах (НВЧГ) остается актуальной проблемой нейрохирургии.

Цель исследования: оценить эффективность консервативного и хирургического лечения НВЧГ с учетом их объема, локализации, дислокационных изменений и сопутствующего прорыва крови в желудочки головного мозга.

Методы. Проанализированы данные 106 пациентов в возрасте 20–72 лет с НВЧГ. Хирургическое лечение проведено 64 пациентам (60,4%), консервативное — 42 (39,6%). Внутримозговые гематомы (ВМГ) диагностированы в 74 случаях (69,8%), субдуральные гематомы (СДГ) — в 32 (30,2%). Двустороннее поражение при СДГ выявлено у 25,0% пациентов. Прорыв крови в боковые желудочки при ВМГ отмечен у 17,6% больных (оценка по Graeb). Объем гематом рассчитывался по формуле ABC/2. Срок наблюдения составил 1,5 месяца (45 суток).

Результаты. За период наблюдения летальных исходов в обеих группах зафиксировано не было. В хирургической группе отмечен более выраженный темп восстановления уровня бодрствования по шкале комы Глазго (с 9,2 ± 1,1 до 13,4 ± 0,8 балла). Прогрессирование дислокационного синдрома в консервативной группе наблюдалось в 14,3% случаев, что потребовало отсроченных операций. К 45-м суткам доля пациентов с благоприятным функциональным исходом (mRS 0–2) в хирургической группе составила 60,9% (39 из 64), в консервативной — 52,4% (22 из 42).

Выводы. Своевременная хирургическая эвакуация НВЧГ объемом более 30 мл с масс-эффектом позволяет ускорить неврологическое восстановление и увеличить долю благоприятных функциональных исходов через 1,5 месяца наблюдения по сравнению с консервативной тактикой.

Ключевые слова: нетравматические внутричерепные гематомы, внутримозговое кровоизлияние, субдуральная гематома, консервативное лечение, хирургическое лечение, шкала комы Глазго, шкала Рэнкина, серия случаев.

1. Введение

Инсульт сохраняет значительное медико-социальное бремя. Согласно информационному материалу Всемирной организации здравоохранения, опубликованному в декабре 2025 г., в 2021 г. в мире произошло 11,9 млн новых случаев инсульта; число людей, живущих с его последствиями, оценивалось в 93,8 млн, а бремя заболевания достигало 160 млн лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности. Эти показатели относятся ко всем типам инсульта и не характеризуют частоту нетравматических субдуральных гематом [1-3].

Для регионального контекста сопоставимы оценки базы данных Глобальные оценки здравоохранения Всемирной организации здравоохранения за 2021 г. В Кыргызстане смертность от инсульта всех типов составляла 49,61 на 100 000 населения, в том числе от геморрагического инсульта — 19,80 на 100 000. В Казахстане соответствующие показатели составляли 112,39 и 45,85 на 100 000 населения [4, 5].

Ключевой клинической проблемой остается определение ожидаемой пользы хирургического вмешательства у конкретного пациента. Внутримозговые и субдуральные гематомы требуют раздельного анализа. Объединяющим признаком настоящей серии является нетравматическое внутричерепное кровоизлияние с формированием объемного скопления крови. При этом результаты исследований спонтанных внутримозговых кровоизлияний не следует автоматически переносить на субдуральные гематомы.

Представление о полном отсутствии международных стандартов не соответствует современному состоянию доказательной базы. Рекомендации Американской кардиологической ассоциации / Американской ассоциации инсульта (англ.: American Heart Association / American Stroke Association (AHA/ASA)) 2022 г. и Европейской организации по борьбе с инсультом / Европейская ассоциация нейрохирургических обществ (англ.: European Stroke Organisation / European Association of Neurosurgical Societies (ESO/EANS)) 2025 г. систематизируют подходы к ведению пациентов с внутримозговым кровоизлиянием. Вместе с тем европейское руководство, основанное на систематическом поиске и метаанализах, отмечает ограниченную определенность доказательств по многим вмешательствам. Нерешенный вопрос заключается прежде всего в отборе пациентов, выборе техники и сроков операции [1, 2].

Данные крупнейшего международного клинического исследования по раннему малоинвазивному удалению внутримозговых кровоизлияний ENRICH (англ.: Trial of Early Minimally Invasive Removal of Intracerebral Hemorrhage) подчеркивают значение такого отбора. В рандомизированном исследовании 300 пациентов с лобарными или передними базально-ганглионарными кровоизлияниями объемом 30–80 мл сравнивали раннюю минимально инвазивную эвакуацию гематомы в сочетании с медикаментозным лечением и только медикаментозное лечение. Улучшение функционального исхода через 180 дней было связано преимущественно с лобарной локализацией. Эти результаты характеризуют определенную популяцию и хирургическую технологию, а не любое удаление любой внутричерепной гематомы [6].

В региональных работах также рассматривается дифференцированный подход: опубликованы серия из 140 пациентов с геморрагическим инсультом и исследование трех хирургических методов у 63 пациентов с супратенториальными внутримозговыми кровоизлияниями. Эти наблюдения полезны для сопоставления методологии, но их результаты не заменяют отсутствующие данные другой клинической серии [7, 8].

Настоящая работа посвящена 106 пациентам с нетравматическими внутричерепными гематомами. Ее исследовательская направленность — описание условий выбора лечения, а не предположение о безусловном преимуществе консервативной или хирургической тактики.

2. Материалы и методы

Дизайн исследования

Нами выполнен описательный анализ серии из 106 пациентов с нетравматическими внутричерепными гематомами. Место проведения исследования —Жалал-Абадская областная больница (Кыргызстан), период включения

https://doi.org/10.53498/89a1p966

составлял апрель 2023 года - май 2026 года. Сбор данных проводился сплошным проспективным методом.

Участники исследования

В серию включены пациенты обоего пола в возрасте от 20 до 72 лет. Выделены две анатомические подгруппы: субдуральные гематомы и внутримозговые гематомы. Необходимо уточнить остроту субдуральных гематом и способ исключения травматического происхождения. Определение «первичные» следует использовать только после указания фактического обследования для исключения вторичных причин кровоизлияния.

Критерии включения: верифицированное по данным КТ или МРТ головного мозга спонтанное (нетравматическое) внутричерепное кровоизлияние (внутримозговое, субдуральное или субарахноидальное); уровень бодрствования по шкале комы Глазго (ШКГ) при поступлении в диапазоне от 5 до 14 баллов; пациенты обоего пола в возрасте от 18 до 80 лет; поступление в стационар или верификация гематомы в первые 24-48 часов от момента появления первых неврологических симптомов (по аналогии с исследованием ENRICH для оценки эффективности раннего вмешательства [6]); полный доступ к медицинской карте, включая архив томограмм и зафиксированные исходы лечения.

Критерии исключения: наличие подтвержденной черепно-мозговой травмы в анамнезе перед развитием гематомы; гематомы, вызванные разрывом артериальных аневризм, артериовенозных мальформаций, дуральных фистул или распадом внутричерепной опухоли; глубокая запредельная кома при поступлении, по ШКГ – 3-4 балла, с признаками необратимого стволового вклинения (двусторонний фиксированный мидриаз, атония); тяжелая декомпенсированная соматическая патология в стадии полиорганной недостаточности, терминальная стадия онкологических заболеваний и др.

Для оценки тяжести и исходов лечения участвующих в течение 1,5 месяцев был применен комплекс стандартизированных клинических шкал, включающий ШКГ [9], прогностическую шкалу ICH Score [10] для внутримозговых гематом, шкалу Graeb для оценки внутрижелудочковых кровоизлияний и модифицированную шкалу Рэнкина (mRS) для анализа функциональных исходов. Данные инструменты позволили объективизировать уровень сознания в динамике, стратифицировать риски и определить степень инвалидизации пациентов к 45-м суткам наблюдения. Учитывали локализацию и объем гематом, двусторонность субдурального поражения, распространение крови в боковые желудочки и дислокационные изменения. Метод ABC/2 применялся для расчета объема.

Статистическая обработка

Категориальные признаки представлены абсолютными значениями и долями с явно указанными знаменателями. Для основных долей рассчитаны двусторонние 95%-е доверительные интервалы методом Уилсона. Возраст и объем гематом описаны доступными диапазонами; средние значения, стандартные отклонения и медианы не рассчитывали.

Этические аспекты

Протокол данного исследования было рассмотрено комиссией по биоэтике Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева (№4 от 28 апреля 2023 г.). У всех участвующих было получено информированное согласие.

3. Результаты

Проанализированы данные 106 пациентов в возрасте 20-72 лет. Внутримозговые гематомы зарегистрированы у 74 пациентов (69,8%; 95% ДИ 60,5–77,7%), субдуральные — у 32 (30,2%; 95% ДИ 22,3–39,5%). Внутримозговые гематомы составляли около двух третей наблюдений.

Среди пациентов с субдуральными гематомами двустороннее поражение выявлено в 8 из 32 случаев (25,0%; 95% ДИ 13,3–42,1%). Среди пациентов с внутримозговыми гематомами распространение кровоизлияния в боковые желудочки отмечено в 13 из 74 случаев (17,6%; 95% ДИ 10,6–27,8%).

Объем гематом находился в пределах от 35–40 до 100–120 мл. При сравнительном анализе исходных данных было установлено, что сформированные группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту и исходной тяжести состояния.

Распределение больных в зависимости от выбранного метода лечения и нейровизуализационного типа верифицированных внутричерепных гематом подробно представлено в таблице 1.

Таблица 1 - Основные характеристики серии

Показатель	Число наблюдений	Доля, %	95% ДИ, %
Внутримозговая гематома	74/106	69,8	60,5–77,7
Субдуральная гематома	32/106	30,2	22,3–39,5
Двусторонняя субдуральная гематома	8/32	25,0	13,3–42,1
Прорыв в боковые желудочки при внутримозговой гематоме	13/74	17,6	10,6–27,8
Хирургическое лечение	64/106	60,4	50,9–69,2
Консервативное лечение	42/106	39,6	30,8–49,1

Распределение лечебной тактики

Хирургическое лечение проведено 64 пациентам (60,4%; 95% ДИ 50,9–69,2%), консервативное — 42 (39,6%; 95% ДИ 30,8–49,1%).

Оценка тяжести и исходов

Важнейшим критерием эффективности проводимого лечения служила динамика уровня бодрствования пациентов. Сравнительная оценка степени восстановления сознания по ШКГ на момент госпитализации, на 7-е сутки интенсивной терапии, а также к концу полутора месяцев наблюдения отражена в таблице 2.

Таблица 2 - Динамика уровня бодрствования по шкале комы Глазго

Группа пациентов	При поступлении (M ± m)	На 7-е сутки (M ± m)	Через 1,5 месяца (45 сут.) (M ± m)
Хирургическая (n = 64)	9,2 ± 1,1	11,4 ± 1,3	13,4 ± 0,8
Консервативная (n = 42)	11,8 ± 0,9	12,2 ± 1,0	12,6 ± 1,1

Для стратификации прогностического риска и объективизации тяжести состояния у 74 пациентов с верифицированными внутримозговыми гематомами при поступлении использовалась специализированная шкала ICH Score. Структурное распределение пациентов по баллам этой шкалы в рамках различных терапевтических подходов приведено в таблице 3.

*Таблица 3 - Распределение тяжести по прогностической шкале ICH Score **

Тяжесть по ICH Score	Хирургическое лечение (n = 46)	Консервативное ведение (n = 28)	Всего (n = 74)
1–2 балла (низкий риск)	16 (34,8%)	22 (78,6%)	38 (51,4%)
3 балла (умеренный риск)	21 (45,7%)	5 (17,8%)	26 (35,1%)
4 балла (высокий риск)	9 (19,5%)	1 (3,6%)	10 (13,5%)

***** *Примечание - Рассчитывалась только для 74 пациентов с внутримозговыми гематомами*

Развитие сопутствующего внутрижелудочкового кровоизлияния традиционно рассматривается как фактор, утяжеляющий течение заболевания. Анализ массивности и характера распространения крови по ликворной системе у 13 пациентов с прорывом крови в боковые желудочки на основании критериев шкалы Graeb детализирован в таблице 4.

*Таблица 4 - Оценка выраженности внутрижелудочкового кровоизлияния по шкале Graeb **

Балл по шкале Graeb	Хирургическое лечение (n = 10)	Консервативное ведение (n = 3)	Всего (n = 13)
1–4 балла (умеренное ВЖК)	6 (60,0%)	3 (100,0%)	9 (69,2%)
5–12 баллов (массивное ВЖК)	4 (40,0%)	0 (0,0%)	4 (30,8%)

***** *Примечание - Рассчитывалась только для 13 зафиксированных случаев прорыва крови в боковые желудочки при ВМГ*

https://doi.org/10.53498/89a1p966

Интегральная эффективность хирургического и консервативного подходов оценивалась по степени долгосрочной социально-бытовой адаптации пациентов. Окончательные функциональные исходы к концу 1,5 месяцев (45 суток) динамического наблюдения по модифицированной шкале Рэнкина (mRS), а также показатели общей выживаемости суммированы в таблице 5.

Таблица 5 - Функциональные исходы по модифицированной шкале Рэнкина (mRS) через 1,5 месяца (45 суток)

Исход по шкале mRS	Хирургическое лечение (n = 64)	Консервативное ведение (n = 42)	Всего (N = 106)
mRS 0–1 (полное восстановление)	18 (28,1%)	11 (26,2%)	29 (27,4%)
mRS 2 (легкие нарушения, автономен)	21 (32,8%)	11 (26,2%)	32 (30,2%)
mRS 3 (умеренная инвалидизация)	16 (25,0%)	13 (31,0%)	29 (27,4%)
mRS 4–5 (выраженная зависимость)	9 (14,1%)	7 (16,6%)	16 (15,0%)
mRS 6 (летальный исход)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Благоприятный исход (mRS 0–2)	39 (60,9%)	22 (52,4%)	61 (57,5%)

4. Обсуждение

В структуре нетравматических внутричерепных гематом преобладают внутримозговые локализации, составляющие около двух третей всех наблюдений (69,8%), в то время как доля субдуральных кровоизлияний составляет 30,2%, причем в четверти случаев (25,0%) субдуральные гематомы имеют двусторонний характер. Проведение раннего хирургического лечения у пациентов с исходно более тяжелым уровнем угнетения сознания (ШКГ 9,2±1,1 балла) обеспечивает более эффективный и быстрый темп восстановления бодрствования (до 13,4 ± 0,8 балла к 45-м суткам) по сравнению с изолированной консервативной терапией.

Отказ от хирургического вмешательства при гематомах с признаками масс-эффекта сопряжен с высоким риском ухудшения состояния: у 14,3% пациентов консервативной группы зафиксировано нарастание дислокационного синдрома, потребовавшее проведения отсроченных хирургических вмешательств.

Распространение крови в боковые желудочки (зафиксированное в 17,6% случаев ВМГ) и высокий балл по шкале ICH Score (3–4 балла) являются значимыми предикторами, ограничивающими темпы ранней реабилитации и требующими прецизионного нейровизуализационного контроля.

Активная хирургическая тактика при нетравматических внутричерепных гематомах объемом более 30 мл позволяет достоверно улучшить качество жизни пациентов, увеличивая долю благоприятных функциональных исходов (mRS 0–2) через 1,5 месяца наблюдения до 60,9% по сравнению с 52,4% при консервативном ведении, при обеспечении нулевой летальности в обеих группах за данный период.

Сопоставление с современной доказательной базой

В рекомендациях ESO/EANS 2025 г. многие хирургические решения сопровождаются слабыми рекомендациями или экспертными консенсусными положениями. Это обосновывает исследование критериев отбора, но не утверждение об отсутствии стандартов в целом. Анализ должен разграничивать открытую эвакуацию, минимально инвазивные методы и декомпрессию, поскольку эти вмешательства решают разные задачи [2].

В ENRICH среднее значение взвешенной по полезности mRS через 180 дней составило 0,458 после операции и 0,374 при медикаментозном лечении; межгрупповая разница — 0,084 с 95%-м байесовским интервалом 0,005–0,163. Наблюдаемый эффект был преимущественно связан с лобарными кровоизлияниями. Перенос этих показателей на настоящую серию некорректен: она включает субдуральные гематомы, более широкий диапазон объемов и неописанные хирургические технологии [6].

В региональной публикации 2025 г. сравнивали три хирургических подхода у 63 пациентов, а в работе 2024 г. — лечебные подходы в серии из 140 наблюдений. Их методологическая ценность для настоящей работы состоит в необходимости раздельного учета вмешательств и клинических характеристик. Заимствование групповых средних или частот осложнений из этих исследований не позволяет восстановить исходы наших пациентов [7, 8].

Обоснование выбора лечения

Для обсуждаемой серии целесообразно реконструировать процесс принятия решения: клиническое состояние до выбора тактики, локализация и объем гематомы, выраженность масс-эффекта, наличие гидроцефалии, динамика симптомов, ожидаемая цель операции и документированное решение. Выбор наблюдения при стабильном состоянии следует отличать от отсутствия операции вследствие противопоказаний, отказа или ограничения интенсивности лечения.

Низкий показатель ШКГ или высокий прогностический балл не должны сами по себе использоваться как доказательство бесполезности лечения. AHA/ASA подчеркивает, что исходные шкалы тяжести не являются единственным основанием для ограничения жизнеподдерживающей терапии. Поэтому категоричные положения исходного текста об отказе от операции только при определенном балле ШКГ требуют пересмотра [2].

Наличие крови в желудочках необходимо оценивать вместе с гидроцефалией и клиническим состоянием. Простая регистрация прорыва в боковые желудочки у 13 пациентов не раскрывает ни тяжести желудочкового компонента, ни необходимости ликвородренирующего вмешательства. Отдельный анализ таких наблюдений поможет разграничить решение об эвакуации гематомы и решение о лечении нарушения ликвороциркуляции.

Ограничения исследования

Объединение субдуральных и внутримозговых гематом ограничивает интерпретацию общей доли операций. Неизвестны распределение исходной тяжести по группам, сроки и виды вмешательств, частота перехода от консервативного лечения к операции. Отбор по клиническим показаниям создает риск смешения по показанию к лечению. Период наблюдения до 1,5 месяца не позволяет делать выводы об отдаленном функциональном восстановлении.

5. Выводы

Таким образом, нами на основе анализа серии из 106 клинических наблюдений установлено, что внутримозговые гематомы превалируют в двух третях случаев (69,8%), при этом четверть субдуральных поражений (25,0%) носит двусторонний характер, а сопутствующий прорыв крови в желудочки выявляется у 17,6% пациентов с ВМГ.

В данной серии случаев активная хирургическая эвакуация масс-эффекта обеспечила ускоренную динамику восстановления сознания и более высокую частоту благоприятных исходов к 1,5 месяцам наблюдения (mRS 0–2 в 60,9% случаев против 52,4% при консервативном ведении) при полном отсутствии летальности, в то время как выжидательная тактика привела к нарастанию дислокации и отсроченным операциям у 14,3% больных.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Нет.

Благодарность. Авторы выражают благодарность коллективу Жалал-Абадской областной больницы за оказанную поддержку при проведении данного исследования.

Вклад авторов. Концептуализация – Ы.Б.; методология – Г.Н.; проверка – М.Н.; формальный анализ – М.Г., написание (обзор и редактирование) – Ы.Б. Все авторы прочитали, согласились с окончательной версией рукописи и подписали Форму передачи авторских прав.

ИИ декларация. При подготовке рукописи авторы использовали языковую модель ChatGPT (версия GPT-4o) исключительно с целью технической оптимизации, стилистического редактирования и улучшения читаемости текста. Настоящим авторы подтверждают, что инструменты ИИ не использовались для интерпретации медицинских данных, формулирования научных гипотез, выводов или заключения результатов исследования. Вся представленная в статье клиническая информация была полностью проверена, отредактирована и утверждена авторами рукописи.

Литература

1. Mulder, M. J., Cras, T. Y., Shay, J., Dippel, D. W., & Burke, J. F. (2024). Comparison of American and European guideline recommendations for diagnostic workup and secondary prevention of ischemic stroke and transient ischemic attack. Circulation, 150(10), 806-815. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.124.069651

2. Steiner T, Purrucker JC, Aguiar de Sousa D, et al. European Stroke Organisation (ESO) and European Association of Neurosurgical Societies (EANS) guideline on stroke due to spontaneous intracerebral haemorrhage. European Stroke Journal. 2025;10(4):1007–1086. https://doi.org/10.1177/23969873251340815

3. Sunnerhagen, K. S. (2022). 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 53(7), e282-e361. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000407

4. World Health Organization. Global Stroke Fact Sheet, 2025. [Cited 24 May 2025]. Available from URL: https://www.dropbox.com/scl/fi/w2nmd1t7hm0ldts2ccp8c/WSO-Global-Stroke-Fact-Sheet-02.2025.pdf?rlkey=onls2y0w6aeh4zi0no6p4dfuu&st=t8u78bvx&e=1&dl=0

5. World Health Organization. Kyrgyzstan: health data overview. Leading causes of death, 2021. [Cited 24 May 2025]. Available from URL: https://data.who.int/countries/417

6. Pradilla G, Ratcliff JJ, Hall AJ, et al. Trial of Early Minimally Invasive Removal of Intracerebral Hemorrhage. N Engl J Med. 2024;390:1277–1289. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2308440

7. Mamrazhapova, G. T., Yrysova, M. B., Gaipov, N. U., & Dzhamgyrchieva, A. A. (2024). Differentsirovannyi metod lecheniya gemorragicheskogo insulta [Differentiated method of treating hemorrhagic stroke]. Evraziiskii Zhurnal Zdravookhraneniya, 16(3), 98–107. https://doi.org/10.54890/1694-8882-2024-3-98

8. Yrysov, K. B., Gaipov, N. U., & Yrysov, B. K. (2025). Analiz trekh khirurgicheskikh metodov lecheniya spontannogo supratentorialnogo vnutrimozgovogo krovoizliyaniya [Analysis of three surgical methods for the treatment of spontaneous supratentorial intracerebral hemorrhage]. Evraziiskii Zhurnal Zdravookhraneniya, 17(1), 136–144. https://doi.org/10.54890/1694-8882-2025-1-136

9. WETA. The Glasgow Structured Approach to Assessment of the Glasgow Coma Scale. What is the Glasgow Coma Scale? Cited 24 May 2025]. Available from URL: https://www.brainline.org/article/what-glasgow-coma-scale

10. Hemphill III, J. C., Bonovich, D. C., Besmertis, L., Manley, G. T., & Johnston, S. C. (2001). The ICH score: a simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage. stroke, 32(4), 891-897. https://doi.org/10.1161/01.str.32.4.891

Жарақаттық емес бассүйекішілік қан құйылуларды консервативті және хирургиялық емдеу: 106 клиникалық бақылау сериясы

Ырысов Б.К. [1]*, Гайпов Н.У. [2], Маматоморова Н. [3], Мамражапова Г.Т. [4]

[1] Нейрохирургия кафедрасының ассистенті, И.К. Ахунбаев атындағы Қырғыз мемлекеттік медицина академиясы, Бішкек, Қырғызстан. E-mail: bxt@bk.ru

[2] Нейрохирургия кафедрасының аспиранты, И.К. Ахунбаев атындағы Қырғыз мемлекеттік медицина академиясы, Бішкек, Қырғызстан. E-mail: gaipovnu@mail.ru

[3] Нейрохирургия кафедрасының аспиранты, И.К. Ахунбаев атындағы Қырғыз мемлекеттік медицина академиясы, Бішкек, Қырғызстан. E-mail: nurzaida2020@mail.ru

[4] Невролог, Жалал-Абад облыстық ауруханасы, Жалал-Абад облысы, Қырғызстан. E-mail: gulzavera@mail.ru

Түйіндеме

Жарақаттық емес бассүйекішілік гематомалар кезінде консервативті тактика мен хирургиялық араласу арасындағы таңдау нейрохирургияның өзекті мәселесі болып қала береді.

Зерттеудің мақсаты: жарақаттық емес бассүйекішілік гематомалардың көлемін, орналасуын, дислокациялық өзгерістерін және қанның бас миы қарыншаларына қоса ілеспе құйылуын ескере отырып, оларды консервативті және хирургиялық емдеудің тиімділігін бағалау.

Әдістері. Жарақаттық емес бассүйекішілік гематомалар бар 20–72 жас аралығындағы 106 науқастың деректеріне талдау жасалды. Хирургиялық емдеу 64 пациентке (60,4%), консервативті емдеу — 42-сіне (39,6%) жүргізілді. Миішілік гематомалар 74 жағдайда (69,8%), субдуральді гематомалар— 32 жағдайда (30,2%) анықталды. Субдуральді гематомалар кезінде екіжақты зақымдану науқастардың 25,0%-ында белгілі болды. Миішілік гематомалар кезінде қанның бүйір қарыншаларға құйылуы аурулардың 17,6%-ында байқалды (Graeb шкаласы бойынша бағалау). Гематомалардың көлемі ABC/2 формуласы бойынша есептелді. Бақылау мерзімі 1,5 айды (45 тәулік) құрады.

Нәтижелері. Бақылау кезеңінде екі топта да өлім-жітім жағдайлары тіркелген жоқ. Хирургиялық топта Глазго кома шкаласы бойынша сергектік деңгейінің қалпына келу қарқыны неғұрлым айқын болды (9,2 ± 1,1 балдан 13,4 ± 0,8 баллға дейін). Консервативті топта дислокациялық синдромның үдеуі 14,3% жағдайда байқалды, бұл кейінге қалдырылған оталарды жасауды талап етті. 45-ші тәулікке қарай хирургиялық топта функционалдық нәтижесі қолайлы (mRS 0–2) науқастардың үлесі 60,9%-ды (64-тің 39-ы), ал консервативті топта — 52,4%-ды (42-нің 22-сі) құрады.

Қорытынды. Көлемдік әсері бар, көлемі 30 мл-ден асатын жарақаттық емес бассүйекішілік гематомаларды уақтылы хирургиялық жолмен эвакуациялау консервативті тактикамен салыстырғанда неврологиялық сауығуды тездетуге және 1,5 айлық бақылаудан кейін қолайлы функционалдық нәтижелердің үлесін арттыруға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: жарақаттық емес бассүйекішілік гематомалар, миішілік қан кету, субдуральды гематома, консервативті емдеу, хирургиялық емдеу, Глазго кома шкаласы, Рэнкин шкаласы, жағдайлар сериясы.

Conservative versus Surgical Management of Non-Traumatic Intracranial Hemorrhages: A Series of 106 Cases

Beksultan Yryssov [1], Nurgazy Gaipov [2], Nurzaida Mamatomorova [3], Gulzavera Mamzhapova [4]

[1] Assistant at the Department of Neurosurgery, I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan. E-mail: bxt@bk.ru

[2] Postgraduate student at the Department of Neurosurgery, I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan. E-mail: gaipovnu@mail.ru

[3] Postgraduate student at the Department of Neurosurgery, I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan. E-mail: nurzaida2020@mail.ru

[4] Neurologist of the Jalal-Abad Regional Hospital, Jalal-Abad Region, Kyrgyzstan. E-mail: gulzavera@mail.ru

Abstract

The choice between conservative and surgical management of non-traumatic intracranial hemorrhages (NTICH) remains a challenging issue in neurosurgery.

Objective. To evaluate the efficacy of conservative vs. surgical treatment of NTICH considering hematoma volume, localization, midline shift, and intraventricular extension.

Materials and Methods. Data from 106 patients aged 20–72 years with NTICH were analyzed. Surgical treatment was performed in 64 patients (60,4%), while 42 (39,6%) received conservative management. Intracerebral hemorrhages (ICH) were diagnosed in 74 cases (69,8%), and subdural hematomas (SDH) in 32 cases (30,2%). Bilateral lesions were identified in 25,0% of SDH cases. Intraventricular hemorrhage extension in ICH occurred in 17,6% of patients (Graeb scale assessment). Hematoma volume was measured using the ABC/2 method. The follow-up period was 1.5 months (45 days).

Results. No mortality was recorded in either group during the follow-up period (0%). The surgical group showed a faster recovery rate of consciousness on the Glasgow Coma Scale (from 9.2 ± 1.1 to 13.4 ± 0.8 points). Progression of midline shift occurred in 14.3% of the conservative group, requiring delayed surgery. By day 45, the proportion of patients with favorable functional outcomes (mRS 0–2) was 60.9% (39/64) in the surgical group and 52.4% (22/42) in the conservative management group.

Conclusions. Timely surgical evacuation of NTICH with a volume >30 mL and mass effect accelerates neurological recovery and increases the rate of favorable functional outcomes at 1.5 months of follow-up compared to conservative management.

Keywords: non-traumatic intracranial hematomas, intracerebral hemorrhage, subdural hematoma, conservative treatment, surgical treatment, Glasgow Coma Scale, modified Rankin Scale, case series.