

УДК 616.381-008.6-072.1

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2017.1.69-73

Особенности лапароскопических операций в условиях спаечной болезни брюшины и возможности ее лапароскопического лечения и профилактики

О.Э. Луцевич¹, Э.А. Галлямов¹, С.В. Попов², Р.Г. Биктимиров³, А.Е. Санжаров⁴, К.С. Преснов⁵, И.Н. Орлов², А.Д. Кочкин⁶, В.П. Сергеев⁷, А.Б. Новиков⁵, Т.Р. Биктимиров³, С.В. Галлямова⁸, Н.И. Насырова⁹, Л.Н. Аминова⁸, С.А. Павлова⁵, Т.Г. Михайликов⁹, А.В. Харчук⁹, С.А. Ерин¹⁰

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова (127473, г. Москва, ул. Делегатская, 20/1), ² Городская клиническая больница Святителя Луки (194044, г. Санкт-Петербург, ул. Чугунная, 46), ³ Федеральный клинический центр высоких медицинских технологий (141435, Московская область, г.о. Химки, мкр-н Новогорск), ⁴ Городская клиническая больница № 40 (620102, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 189), ⁵ Многопрофильный медицинский центр Банка России (117593, г. Москва, Севастопольский пр-т, 66), ⁶ Дорожная клиническая больница на ст. Горький ОАО РЖД (603033, г. Нижний Новгород, ул. Таллинская, 8в), ⁷ Московская городская онкологическая больница № 62 (143423, Московская обл., Красногорский р-н, п/о Степановское, пос. Истра, 27), ⁸ Клиническая больница МЕДСИ (125284, г. Москва, 2-й Боткинский пр-д, 5), ⁹ Центральная клиническая больница гражданской авиации (125367, г. Москва, Ивановское шоссе, 7), ¹⁰ Городская клиническая больница № 50 (127206, г. Москва, ул. Вучетича, 21)

При сравнении результатов оперативного лечения разных форм спаечной болезни брюшины на 279 наблюдениях с 2005 по 2015 гг. выявлены достоверные преимущества лапароскопических операций: сокращение продолжительности вмешательства, интраоперационной кровопотери, интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, частоты ранней спаечной кишечной непроходимости, срока стационарного лечения и частоты рецидивов. Во второй части исследования проанализированы результаты лечения 19711 пациентов с хирургической, урологической и гинекологической патологией. В 7831 наблюдении коррекция основной патологии проводилась в сочетании с адгезиолизисом, а в 11880 наблюдениях спайки в брюшной полости отсутствовали. Существенной разницы по тем же критериям между этими группами пациентов не выявлено.

Ключевые слова: спаечный процесс, абдоминальная хирургия, адгезиолизис.

Профилактика и лечение спаечной болезни брюшины являются одной из наиболее актуальных проблем абдоминальной хирургии. По данным Международного спаечного общества (International Adhesion Society), по поводу спаечной болезни в хирургических отделениях ежегодно лечится около 1 % перенесших ранее операции больных, из которых 50–75 % составляют пациенты со спаечной кишечной непроходимостью [5]. Наиболее частыми причинами спаечного процесса в брюшной полости служат хирургические вмешательства, воспалительные заболевания органов брюшной полости и малого таза, а также эндометриоз. Послеоперационная спаечная болезнь развивается в 3–14 % случаев после первой лапаротомии, и в 50–96 % случаев – после третьей. По свидетельству некоторых авторов, при клинических и секционных исследованиях лиц, перенесших лапаротомии, частота внутрибрюшных спаек достигала 70–90 % [3]. Самым грозным осложнением спаечной болезни, требующим экстренного хирургического вмешательства, можно назвать острую кишечную непроходимость, которая составляет 60–70 % всех форм непроходимости желудочно-кишечного тракта [2, 4].

По данным ВОЗ, одно- или двусторонняя окклюзия маточных труб может сформироваться у 15 % пациенток после аппендэктомии, у 60–80 %

пациенток – после оперативных вмешательств на яичниках, консервативной миомэктомии или операциях по поводу прерванной трубной беременности, особенно выполненных по экстренным показаниям. Перитонеальные причины в структуре женского бесплодия занимают от 9 до 65 % [9]. Формирование спаек приводит к тому, что органы смещаются и фиксируются в нефизиологическом положении, нарушаются их гемодинамика и функции, что способствует возникновению хронических тазовых болей, которые практически ничем не купируются [6].

Степень спаечного процесса, локализация, вид и плотность сращений не всегда соответствуют интенсивности и продолжительности болей в животе, что объясняется индивидуальными особенностями спайкообразования, количеством сращенных органов, характером перенесенных хирургических пособий и наличием сопутствующих заболеваний [2, 4]. Длительно существующая боль дезорганизует центральные механизмы регуляции важнейших функций организма человека, изменяет психику и поведение людей, нарушает их социальную адаптацию [7].

Некоторые авторы считают, что лапароскопическая хирургия не снижает частоту и распространенность спаечного процесса, болевого синдрома и повторных операций, так как формирование спаек связано исключительно с активностью N-ацетилтрансферазы [1]. Несмотря на многочисленные исследования, надежных

методов профилактики спаечной болезни не разработано, в связи с чем эндохирургам и в будущем придется сталкиваться с проблемой входа в брюшную полость на фоне спаечного процесса [12].

Материал и методы

Исследование отражает опыт работы авторов за последние десять лет. В клиниках, представленных коллективом авторов, проведено ретроспективно-проспективное нерандомизированное контролируемое исследование, состоящее из двух частей. Первая часть включала сравнительный анализ результатов лечения двух групп пациентов, оперированных по поводу разных форм спаечной болезни. Пациенты группы 1А перенесли операцию из открытого доступа, в группе 1Б операции выполнялись с использованием лапароскопических технологий (табл. 1).

Во второй части исследования сделано сравнение результатов лечения еще двух групп пациентов, которым были выполнены лапароскопические операции по поводу хирургической (7849 человек), урологической (2761 человек) и гинекологической (9101 человек) патологии. В группе 2А лапароскопические операции проводились в условиях спаечного процесса в брюшной полости, в группе 2Б – в отсутствии такового (табл. 2).

В отдельную группу следует выделить операции по поводу эндометриоза как причины образования тяжелых межорганных сращений. Как правило, данные сращения не являются следствием перенесенных операций, однако вовлечение в патологический процесс соседних органов нижнего этажа брюшной полости и малого таза существенно повышает сложность хирургического вмешательства, увеличивает риск ятрогенной травмы и выводит данную нозологическую форму за границы изолированной гинекологической проблемы. Мы располагаем опытом 138 лапароскопических операций по поводу осложненных форм эндометриоза с резекцией прямой кишки (43), резекцией сигмовидной кишки (22), резекцией тонкой кишки (15), резекцией мочевого пузыря (32), в том числе с пересадкой (8) и резекцией (18) мочеточников.

Возраст пациентов колебался от 18 до 87 лет, мужчины составили 31 %, женщины – 69 %. Обследование и лечение проводились в соответствии со стандартами оказания стационарной медицинской помощи для взрослого населения. При постановке диагноза и определений показаний к операции

Таблица 1

Структура оперативных вмешательств в первой части исследования

Операция	Кол-во наблюдений	
	группа 1А	группа 1Б
Расщепление единичных сращений	72	54
Тотальный адгезиолизис	35	11
Адгезиолизис и стомирование	48	39
Адгезиолизис с резекцией полого органа и первичным анастомозом	14	6
<i>Всего:</i>	169	110

Таблица 2

Структура оперативных вмешательств во второй части исследования

Операция	Кол-во наблюдений			
	группа 2А	группа 2Б		
Хирургия	Холецистэктомия	796	1193	
	Реконструкция желчных протоков	50	11	
	Резекции печени	5	44	
	Спленэктомия	34	22	
	Резекция желудка	120	386	
	Гастрэктомия	201	467	
	Антирефлюксные вмешательства	589	1725	
	Гемиколэктомия и резекция ободочной кишки	88	57	
	Реконструктивные операции на кишке	274	5	
	Аппендэктомия	824	191	
	Преперитонеальная пластика при грыже	153	614	
	Урология	Нефрэктомия	164	796
		Резекция почки	129	522
Пластика лоханочно-мочеточникового сегмента		46	276	
Кишечная пластика мочеточника		18	2	
Psoas-Hitch + Boari		32	48	
Простатэктомия		120	479	
Резекция мочевого пузыря		5	4	
Цистэктомия		16	49	
Разобщение пузырно-прямокишечного свища		8	0	
Разобщение пузырно-влагалищного свища		47	0	
Гинекол.	Операции на придатках матки	3141	2098	
	Ампутация и экстирпация матки	639	1848	
	Консервативная миомэктомия	293	976	
	Сакровагинопексия	39	67	
<i>Всего:</i>	7831	11880		

пользовались расширенной классификацией клинического течения спаечной болезни брюшины Н.Г. Гауллина (1978):

- I. Латентная форма.
- II. Болевая форма.
- III. Желудочно-кишечный дискомфорт.
- IV. Хроническая рецидивирующая кишечная непроходимость.
- V. Острая спаечная кишечная непроходимость.
- VI. Послеоперационные вентральные грыжи в сочетании с одной из форм болезни.

При определении степени распространенности спаечного процесса пользовались классификацией О.И. Блинникова и др. (1993):

I степень – локальный процесс, ограниченный областью рубца.

II степень – локальный процесс в сочетании с одиночными спайками в других областях.

III степень – спаечный процесс занимает один этаж брюшной полости.

IV степень – спаечный процесс занимает 2/3 брюшной полости и более.

При анализе результатов оперативного лечения сравнивали следующие критерии его эффективности: длительность операции, интраоперационное повреждение полого органа (вскрытие просвета) или крупных сосудов, интраоперационная кровопотеря, интенсивность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, частота рецидивов в виде ранней спаечной кишечной непроходимости, сроки стационарного лечения, частота рецидивов (клинических проявлений) спаечной болезни в течение первого года после операции. Данный комплекс исследования удалось провести среди 48 % оперированных.

Статистический анализ результатов исследования включал вычисление средних величин с ошибкой репрезентативности и определение уровня достоверности по критерию Стьюдента (t).

Результаты исследования

Выявлены следующие достоверные отличия в результатах оперативного лечения спаечной болезни в группе 1А (открытые операции) и в группе 1Б (лапароскопические вмешательства):

- ♦ средняя продолжительность операции среди пациентов с I–II ст. спаечного процесса в группе 1Б оказалась на 43 % меньше ($t=2,7$);
- ♦ средняя продолжительность операции среди пациентов с III–IV ст. спаечного процесса в группе 1Б оказалась на 16 % меньше ($t=2,1$);
- ♦ средняя интраоперационная кровопотеря при коррекции III–IV ст. спаечного процесса была в группе 1Б на 32 % меньше ($t=2,0$);
- ♦ средняя интенсивность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде была в группе 1Б в 3,5 раза меньше ($t=2,9$);
- ♦ ранняя спаечная кишечная непроходимость в группе 1А встречалась на 18 % чаще ($t=3,1$);
- ♦ средний послеоперационный срок пребывания в стационаре пациентов группы 1Б был на 39 % короче ($t=2,2$);
- ♦ рецидивы спаечной болезни в течение первого года после операции у пациентов группы 1А регистрировались на 12 % чаще ($t=2,1$).

При анализе результатов второй части исследования выявлены следующие отличия в результатах оперативного лечения пациентов группы 2А (лапароскопические операции в условиях спаечного процесса)

и группы 2Б (лапароскопические операции в отсутствие спаечного процесса):

- ♦ зафиксировано достоверное увеличение длительности операции лишь среди пациентов с III–IV ст. спаечного процесса, а при его I–II ст. разница в длительности вмешательства оказалась несущественной;
- ♦ разница в частоте интраоперационных осложнений, объеме интраоперационной кровопотери, интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде и длительности пребывания больного в стационаре между двумя группами оказалась несущественной.

Обсуждение полученных данных.

При планировании и проведении лапароскопических операций по поводу (или в условиях) спаечной болезни следует акцентировать внимание на определенных моментах, позволяющих минимизировать риск и частоту основных осложнений интра- и послеоперационного периода:

- ♦ определение места и выбор способа постановки первого (оптического) троакара,
- ♦ создание свободного пространства в брюшной полости для введения рабочих троакаров,
- ♦ приоритетность использования «острой холодной» диссекции,
- ♦ динамичная эргономика в ходе операции,
- ♦ система интраоперационных мероприятий по профилактике спаечного процесса в брюшной полости.

При выборе точки постановки первого троакара в условиях спаечного процесса в брюшной полости недостаточно в качестве ориентиров использовать послеоперационные рубцы передней брюшной стенки, места проекции крупных сосудов и паренхиматозных органов. Зачастую висцеро-париетальные сращения образуются в стороне от места предыдущего входа в брюшную полость (лапаротомии).

Для уточнения наличия спаек предложены различные методы дооперационной диагностики. При ультразвуковом исследовании ультразвуковым датчиком высокого разрешения оценивается подвижность кишечника в области предполагаемого входа в брюшную полость при дыхании. Чувствительность метода составляет 86 %, специфичность – 91 % [11]. Возможно применение для этой цели компьютерной томографии и магнитного резонанса, при которых чувствительность метода достигает 87,5 %, а специфичность – 92,5 % [10]. Мы предлагаем использовать динамическое полипозиционное ультразвуковое исследование брюшной полости, при помощи которого можно определить области брюшной стенки с фиксированными к ней участками кишки и так называемые «акустические окна» – зоны передней стенки живота, в которых подвижность прилежащих к париетальной брюшине внутренних органов не ограничена. В пределах определенного акустического окна выбирается точка постановки первого (оптического) троакара.

При выборе способа его постановки мы обычно пользовались техникой открытой лапароскопии по Хассену. В качестве оптического троакара применяли самофиксирующийся троакар Хассена или обычный 10-миллиметровый троакар, фиксируя его к брюшной стенке отдельным герметичным швом.

Следует отметить, что в мировой научной литературе нет единого мнения по технике вхождения в брюшную полость в условиях спаечного процесса. Некоторые авторы считают, что применение техники Хассена не делает доступ безопаснее, чем с помощью иглы Вереша, если в области вхождения в живот кишечная петля подпаяна к передней брюшной стенке [13]. В 2011 г. Французский национальный колледж гинекологов сравнил различные методы доступа в брюшную полость, и в большинстве случаев не выявил значительной разницы между закрытыми и открытыми техниками [8].

Дальнейшее освобождение интраабдоминального пространства для постановки рабочих портов в условиях тотального спаечного процесса на собственном материале осуществляли с использованием лапароскопа с 30-градусной оптикой. Направление для атаки торцом или боковой поверхностью оптики с целью расширения свободного пространства выбирали визуально по наибольшему содержанию жировой ткани в висцеро-париетальных сращениях. При появлении возможности установки первого рабочего троакара осуществляли переход к инструментальному адгезиолизу. Приоритетной мы считаем диссекцию «холодными» ножницами, что позволяет минимизировать возможность термической травмы полого органа и, в определенной мере, сокращает время операции.

Важно отметить, что для успешного выполнения лапароскопического адгезиолиза операционная должна обладать оптимальными эргономическими условиями. При разделении спаек брюшной полости нет четкой последовательности смены областей диссекции, так как хирург следует в направлении появляющегося свободного интраабдоминального пространства. В ходе операции происходят неоднократные смены оптических портов, расположения операционной бригады по отношению к пациенту и друг к другу, расположения мониторов и положения пациента на операционном столе.

Система интраоперационной профилактики рецидива спаечного процесса в брюшной полости включает в себя бережное обращение с тканями, использование мягких лапароскопических зажимов, интракорпоральное ушивание десерозированных участков полых органов резорбируемым материалом, тщательный гемостаз, санацию брюшной полости раствором реополиглокина, новокаиновую блокаду брыжейки тонкой кишки, визуально контролируемую укладку петель кишки с интракорпоральной энтеропликацией, а также применение противоспаечных барьеров (Intercoat gel, Interceed, мезогель).

Оперирующий хирург, приступая к лапароскопическому синехиолизису, должен иметь большой опыт сложных вмешательств по поводу хирургической, урологической и гинекологической патологии, а также обладать навыками бимануальной работы в монотеральной позиции (по отношению к лапароскопу) и работы в зеркальном отображении.

Выводы

1. Оперативное лечение спаечной болезни и ее осложнений из лапароскопического доступа имеет достоверные преимущества перед открытыми операциями.
2. При наличии определенных мануальных навыков и технического оснащения операционной, выполнение тотального адгезиолизиса возможно исключительно лапароскопически.
3. Спаечный процесс III–IV ст. не является противопоказанием к лапароскопической коррекции патологии брюшной полости и забрюшинного пространства. Более того, в целях профилактики рецидива спайкообразования лапароскопический доступ следует рассматривать как приоритетный.

Литература

1. Беженарь В.Ф., Цыпурдеева А.А., Байлюк Е.Н. Спаечная болезнь органов малого таза у гинекологических больных: от патогенеза к профилактике // Онкогинекология. 2014. № 4. С. 68–74.
2. Горелик П.В., Макшанов И.Я. Спаечная болезнь. Спаечная кишечная непроходимость. Патогенез, диагностика, тактика, лечение, профилактика: метод. рек. Гродно, 2000. 39 с.
3. Матвеев Н.Л., Арутюнян Д.Ю., Дигаева М.А. Результаты применения 4% раствора икодекстрина для профилактики спаечного процесса после хирургических и гинекологических операций // Эндоскопическая хирургия. 2008. № 3. С. 45–54.
4. Михин И.В., Бебуришвили А.Г., Гушул А.В. Лечение болевых форм спаечной болезни брюшной полости лапароскопическим способом // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. 2010. № 2. С. 40–44.
5. Мясников А.Д., Липатов В.А. К вопросу о современных принципах профилактики послеоперационного спаечного процесса брюшной полости // Современные подходы науки и практики в хирургии: мат. межрегион. конф., посв. 70-летию ... В.И. Бульниной. Воронеж, 2002. С. 154–157.
6. Назаренко В.А., Дуринян Э.Р., Перминова С.Г. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия у женщин // Гинекология. 2004. Т. 6, № 6. С. 27–31.
7. Подзолкова Н. М., Глазкова О. Л. Симптом, синдром, диагноз. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 520 с.
8. Defieux X., Ballester M., Collinet P. [et al.]. Risks associated with laparoscopic entry: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2011. Vol. 158, No. 2. P. 159–166.
9. Johnson N.P., Watson A. Cochrane review: post-operative procedures for improving fertility following pelvic reproductive surgery // Hum. Reprod. Update. 2000. Vol. 6, No. 3. P. 259–267.
10. Nitin P.Gh., Sanchita D.Gh. Computed tomography and magnetic resonance imaging in the evaluation of pelvic peritoneal adhesions: What radiologists need to know? // Indian J. Radiol. Imaging. 2014. Vol. 24, No. 2. P. 149–155.
11. Piccolboni D., Ciccone F., Settembre A. High resolution ultrasound for pre-operative detection of intraperitoneal adhesions: An invaluable diagnostic tool for the general and laparoscopic surgeon // Journal of Ultrasound. 2009. Vol. 12, No. 4. P. 148–150.
12. Studer P., Mennicke M., Inderbitzin D. Adhesions and abdominal pain // Ther. Umsch. 2011. Vol. 68, No. 8. P. 468–472.

13. Vernon A.H., Hunter J.G. Maingot's abdominal operations // Fundamental soflaparoscopic surgery. 11th ed. McGraw Hill Co., 2007. P. 1099–1112.

Поступила в редакцию 15.09.2016.

PECULIARITIES OF LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS IN PERITONEAL ADHESIONS AND APPROACHES OF THEIR PREVENTION AND TREATMENT

O.E. Lucevich¹, E.A. Gallyamov¹, S.V. Popov², R.G. Biktimirov³, A.E. Sanzharov⁴, K.S. Presnov⁵, I.N. Orlov², A.D. Kochkin⁶, V.P. Sergeev⁷, A.B. Novikov⁸, T.R. Biktimirov³, C.V. Gallyamova⁸, N.I. Nasirova⁹, L.N. Aminova⁸, S.A. Pavlova⁵, T.G. Mikhaylikov⁹, A.V. Kharchuk⁹, S.A. Yerin¹⁰

¹ Moscow State Medico-Stomatology University in the name of A.I. Evdokimov (20/1 Delegatskaya St. Moscow 127473 Russian Federation), ² City Clinical Hospital St. Luke (45 Chugunnaja St. Saint Petersburg 194044 Russian Federation), ³ Federal Clinical Center of High Medical Technologies (Novogorsk microdistrict of Khimki, Moscow region 141435 Russian Federation), ⁴ City Clinical Hospital No. 40 (189 Volgogradskaja St. Yekaterinburg 620102 Russian Federation), ⁵ Diversified Medical Center of Bank of Russia (66 Sevastopol Ave. Moscow 117593 Russian Federation), ⁶ Road Clinical Hospital Art. Gorky of JSC Russian Railways (8b Tallinskaja St. Nizhny Novgorod 603033 Russian Federation), ⁷ Moscow City Oncology Hospital No. 62 (27 Istra town, Krasnogorsk district, Moscow region 143423 Russian Federation), ⁸ Clinical Hospital MEDSI (5 2nd Botkinsky Passage, Moscow 125284 Russian Federation), ⁹ Central Clinical Hospital of Civil Aviation (7 Ivankovskoe Hwy. Moscow 125367 Russian Federation), ¹⁰ City Clinical Hospital No. 50 (21 Vucetic St. Moscow 127206 Russian Federation)

Objective. Summarized 10-year (2005–2015) experience in the treatment of various forms of adhesive disease of the peritoneum

Methods. Conducted a retrospective and prospective, non-randomized controlled study of 279 cases of adhesive disease, using traditional surgical and laparoscopic techniques. On a material of 19,711 cases of laparoscopic surgery compared to abdominal surgery, urology and gynecology in the presence and absence of adhesions in the abdominal cavity.

Results. Determined significant advantages of laparoscopic surgery: reduction in the duration of intervention, intraoperative blood loss, pain intensity, frequency of early adhesive intestinal obstruction, the term hospital treatment and the frequency of relapses. Any significant difference to the same criteria in the presence and absence of adhesions with laparoscopic procedures in the abdominal cavity is not registered.

Conclusions. Surgical treatment of adhesive disease and its complications of the laparoscopic approach has significant advantages over the open surgery. Having certain manual skills and technical equipment performing total adhesiolysis is possible only using laparoscopic method. Adhesive process stage 3–4 is not a contraindication for laparoscopic correction of abdominal and retroperitoneal pathology. Moreover, in order to prevent recurrence of adhesions laparoscopic approach should be seen as a priority.

Keywords: adhesion, abdominal surgery, epidural adhesiolysis.

Pacific Medical Journal, 2017, No. 1, p. 69–73.

УДК 616.831-005.1-089.168.8

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2017.1.73-77

Анализ послеоперационной летальности при гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях

И.В. Радьков¹, А.В. Лантух², Е.П. Костив², С.Е. Гуляева², А.А. Овчинникова²

¹ Владивостокская клиническая больница № 2 (690105, г. Владивосток, ул. Русская, 57),

² Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Представлены результаты анализа послеоперационной летальности 38 пациентов 38–86 лет с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями. Общая послеоперационная летальность составила 87%. В группе пациентов с супратенториальными кровоизлияниями, исходно находившихся в коме, летальность доходила до 91,3% и коррелировала с объемом гематомы. Среди пациентов с субкортикальными гематомами объемом до 60 см³ и уровнем сознания более 7 баллов по шкале комы Глазго послеоперационная летальность не превышала 33%.

Ключевые слова: супратенториальные кровоизлияния, субтенториальные кровоизлияния, шкала комы Глазго, объем гематомы.

По данным Всемирной организации здравоохранения, инсульты занимают второе место среди причин смерти. В 2012 г. в мире от инсульта погибли 6,8 млн человек, что составило 11,9% от всех умерших [1]. В Приморском крае в 2012 г. этот показатель был даже выше – 13,94% [5]. Частота же гипертензивных внутримозговых кровоизлияний (ГВМК) среди всех нарушений мозгового кровообращения доходит до 10–20% [4, 6].

Крупнейшее международное рандомизированное исследование хирургического лечения ГВМК

Радьков Иван Валерьевич – врач 2-го нейрохирургического отделения ВКБ № 2; e-mail: radiarest@gmail.com

(STICH – The International Surgical Trail in Intracerebral Hemorrhage), включавшее около 1000 пациентов, показало, что ургентная краниотомия и эвакуация гематомы в течение первых 72 часов не ассоциируется с благоприятными исходами по сравнению с консервативными методами лечения [4, 13]. При следующем исследовании (STICH II), выполненном в 2013 г., отмечен небольшой, но клинически значимый эффект операций у пациентов с субкортикальными ГВМК без внутрижелудочкового компонента [14]. Ассоциация нейрохирургов России в 2014 г. приняла рекомендательный протокол хирургического лечения внутримозговых гематом, в котором сформулированы принципы