

Шляхи оптимізації лікування хворих з розривом артеріальних аневризм головного мозку в гострий період

А.І. Зозуля

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ
Олександрівська міська клінічна лікарня, Київ

У роботі представлено аналіз лікування 79 хворих з розривом артеріальних аневризм головного мозку. Виявлені недоліки надання медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, визначені основні напрямки покращання лікування пацієнтів з цією патологією.

Ключові слова: порушення мозкового кровотоку, крововилив у мозок, нетравматичні внутрішньочерепні крововиливи, артеріальна аневризма головного мозку.

Вступ

Цереброваскулярні захворювання є однією з провідних медико-соціальних проблем сучасності. Інсульт посідає 2-ге місце серед причин смерті, при цьому більше половини пацієнтів помирає впродовж 1-го року після виникнення захворювання (Виленський Б.С., Яхно Н.Н., 2006). Наслідки інсульту займають 1-ше місце серед причин первинної інвалідності. В Україні, як і в Росії, рівень інвалідизації після перенесеного інсульту знаходиться в межах 75–88%, що значно перевищує відповідні показники в країнах Західної Європи, де вони становлять 25–30% (Ворлоу Ч.П., 1998).

Нетравматичні внутрішньочерепні крововиливи є дуже складним розділом невідкладної нейрохірургії й неврології, бо такі захворювання потребують швидких діагностичних рішень та адекватної лікувальної тактики. Особливе місце серед них посідають субарахноїдальні та інші форми внутрішньочерепних крововиливів у результаті розриву аневризм судин головного мозку й артеріальних мальформацій, які становлять 50–62 і 6–9% відповідно (Крылов В.В. и соавт., 2006). За даними N.F. Kassell та співавторів (1990), у США щорічно реєструють до 28 тис. випадків субарахноїдальних крововиливів із мішкоподібних аневризм, тобто 12 випадків на 100 тис. населення щорічно. З них 10 тис. пацієнтів помирають після першого крововиливу, а з тих, хто вижив, лише 36% мають шанс повернутися до повноцінного життя.

Для вирішення цієї проблеми необхідна колегіальна співпраця лікарів багатьох спеціальностей — неврологів, нейрохірургів, реаніматологів, працівників служби швидкої медичної допомоги (ШМД).

Мета роботи — розробити шляхи оптимізації лікування хворих із розривом артеріальних аневризм головного мозку в гострий період.

Об'єкт і методи дослідження

В основу роботи покладено аналіз даних щодо 79 хворих із аневризмами голо-

ного мозку, яких було госпіталізовано до Олександрівської міської клінічної лікарні м. Києва у 2011 р.

Крім загального клінічного обстеження хворим проведені магнітно-резонансна томографія (МРТ), спіральна комп'ютерна томографія (СКТ), ультразвукова доплерографія (УЗДГ), транскраніальна доплерографія (ТКДГ), ангиографія, електрокардіографія (ЕКГ).

Результати та їх обговорення

Встановлено, що екстрена профільна госпіталізація бригадами ШМД здійснювалася у 58 (73%) випадках, решта хворих — 21 (27%) особа — переведені з неврологічного відділення Олександрівської міської клінічної лікарні та інших закладів. Таким чином, первинна профільна госпіталізація до спеціалізованого нейрохірургічного стаціонару при розривах артеріальних аневризм головного мозку проведена у 73% випадків. Варто зауважити, що госпіталізація хворих із субарахноїдальними крововиливами до будь-якого іншого відділення, крім нейрохірургічного, приводить до підвищення летальності внаслідок розвитку дислокаційних синдромів, судинного спазму і повторного розриву аневризм. При такій патології тільки ранні хірургічні втручання дозволяють попередити фатальні ускладнення. Слід також пам'ятати, що в деяких випадках на догоспітальному і навіть на ранньому госпітальному етапах у хворих із такими крововиливами в стані компенсації можуть бути відсутні порушення свідомості і локальна неврологічна симптоматика.

Госпітальний етап лікування хворих із нетравматичними внутрішньочерепними крововиливами починається одразу після надходження пацієнтів до приймального відділення лікарні. Такі хворі потребують якнайшвидшої діагностики та лікування в максимально ранні строки від початку захворювання, тому деяких з них одразу госпіталізують до відділення реанімації та інтенсивної терапії.

При надходженні у 75% хворих виявлено компенсований стан, у 16,5% — субкомпенсований, у 8,5% — декомпенсований, при цьому до двох останніх категорій належали пацієнти, переведені з інших лікарень.

Непрофільна госпіталізація деяких хворих пояснюється недостатнім знанням специфіки цереброваскулярної патології, особливо клінічних ознак субарахноїдальних крововиливів, працівниками ШМД. Інколи фельдшери ШМД припускали у хворого з внутрішньочерепним крововиливом наявність запальних процесів головного мозку та його оболонок (менінгіт, менінгоенцефаліт). Це приводить до невиннованих затримок у проведенні спеціального обстеження й оперативного лікування, внаслідок чого якість етіологічного лікування знижується, результати його погіршуються. При цьому оптимальні строки для діагностики і спеціалізованого лікування швидко минають, значна частина хворих помирає на різних етапах медичної допомоги, а ті, що вижили, надходять до нейрохірургічної клініки пізно, часто після повторного крововиливу з ускладненнями геморагічного періоду (судинний спазм, внутрішньочерепна гіпертензія й ішемія мозку, гідроцефалія), які супроводжуються високою смертністю й інвалідизацією (Скоороход А.А., Олешкевич Ф.В., 2003).

Все це викликає необхідність підвищити вимоги до навчання лікарів та фельдшерів лінійних бригад ШМД, сімейних лікарів, дільничних неврологів нейрохірургічним принципам діагностики і лікування хворих із нетравматичними внутрішньочерепними крововиливами.

Причинами пізнього переведення з інших відділень були виконання відстрочених діагностичних пункцій, пізні проведення променевої діагностики (КТ, МРТ, СКТ головного мозку), тяжкий стан хворого. При цьому у 24% випадків відстрочене переведення можна вважати об'єктивно виправданим.

Для вирішення цієї проблеми необхідна реалізація комплексної програми, од-

ним із базових розділів якої має стати створення Госпітального реєстру інсультів, а також вирішення завдань догоспітального етапу (підвищення кваліфікації лікарів і фельдшерів бригад ШМД, сімейних і дільничних лікарів щодо діагностики та лікування інсультів), рання профільна госпіталізація хворих до нейрохірургічної клініки, що є основою для успішного проведення другого етапу — спеціалізованого нейрохірургічного лікування хворих із розривом внутрішньочерепних аневризм.

Для уточнення причин діагностичних помилок нами проаналізовано об'єм строки проведення обстеження хворих із внутрішньочерепними крововиливами в непрофільних і неврологічних стаціонарах.

Одним із найпоширеніших та найінформативніших методів діагностичного обстеження при інсульті, зокрема при субарахноїдальних крововиливах, є люмбальна пункція. За нашими даними, ліквор був досліджений впродовж 1-ї доби у 9 (43%) хворих, при цьому в стаціонарі Олександрівської міської клінічної лікарні люмбальну пункцію проведено всім 79 (100%) хворим. КТ-дослідження в непрофільних стаціонарах виконано всього 5 (24%) хворим. Ангіографію до надходження до Олександрівської міської клінічної лікарні не проведено жодному з переведених хворих. У стаціонарі Олександрівської міської клінічної лікарні МРТ/КТ-дослідження, УЗДГ, ТКДГ і ангіографію виконано всім 79 (100%) хворим.

У результаті регресивного аналізу нами виявлено, що найбільш значимі діагностичні заходи на хворих з нетравматичними внутрішньочерепними крововиливами аневризматичної етіології є КТ/МРТ, ангіографія та люмбальна пункція, при цьому оптимальною тактикою можна вважати проведення їх у перші 3–6 год (1-шу добу) з початку захворювання. Протипоказаннями до проведення вищевказаних досліджень є тільки вкрай тяжкий стан хворих (кома IV і V ступеня).

Пацієнти із судинними захворюваннями головного мозку мають знаходитися під наглядом нейрохірургів, їх лікування слід контролювати із застосуванням необхідних біохімічних та інструментальних методів обстеження. Все це можна організувати тільки на базі спеціалізованого стаціонару (нейросудинного відділення, центру з нейрохірургічним відділенням). Такі стаціонари мають бути суворо профільованими, з наявністю спеціально підготовленої для роботи зі вказаним контингентом мультидисциплінарної бригади лікарів і медсестер; також їх необхідно обладнати спеціальною апаратурою, в першу чергу для нейровізуалізації — СКТ, КТ, МРТ, УЗДГ. При цьому неврологічні відділення мають бути організаційно об'єднані зі спеціалізованими нейрохірургічними відділеннями.

Крім того, лікарі-неврологи повинні не тільки добре володіти методами консервативної терапії таких хворих, але й бути достатньо інформованими щодо нейрохірургічних методів лікування. На жаль, у багатьох неврологічних відділеннях діа-

гностичний комплекс залишається недостатньо розвиненим і включає переважно лише неврологічне обстеження та люмбальну пункцію. Для спрямованого лікування хворих із внутрішньочерепними крововиливами цих методів недостатньо, тому необхідно забезпечити неврологічні відділення можливістю застосовувати сучасні інвазивні та неінвазивні методи (церебральна ангіографія, КТ, МРТ, УЗДГ) паралельно з навчанням персоналу.

Висновки

Таким чином, для своєчасної та правильно диференційної діагностики, яка є складовою обґрунтованої організації медичної допомоги хворим із нетравматичними внутрішньочерепними крововиливами, необхідно забезпечити проведення таких заходів:

1. Необхідно створити Госпітальний реєстр інсульту у Києві та по всій Україні.

2. Госпіталізацію хворих із субарахноїдальними крововиливами слід проводити або до спеціалізованих судинних відділень (центрів), на базі яких є нейрохірургічні відділення та цілодобово працює необхідна апаратура для проведення МРТ і УЗДГ, або одразу до нейрохірургічних відділень.

3. У відділенні медицини невідкладних станів (приймальному) має працювати мультидисциплінарна бригада (невролог, кардіолог, нейрохірург, анестезіолог), яка могла б якнайшвидше провести потрібні діагностичні заходи та визначити тактику лікування (оперативне, консервативне) з наступним терміновим переведенням хворого до нейрохірургічного відділення або до палати інтенсивної терапії.

4. Найбільш значимі діагностичні заходи у пацієнтів із субарахноїдальним крововиливом аневризматичної етіології — це СКТ, ангіографія, люмбальна пункція. Ці обстеження мають бути проведені у перші години (до 24 год) з моменту надходження такого хворого до стаціонару.

5. Враховуючи те, що ключовим моментом у наданні екстреної медичної допомоги хворим з аневризматичними крововиливами є догоспітальний етап, направлення хворих, що знаходяться в стані компенсації і субкомпенсації, до стаціонару, які не мають нейрохірургічних відділень, необхідно розцінювати як помилку в наданні первинної медичної допомоги, бо саме ці пацієнти є найбільш перспективними щодо хірургічного лікування.

6. Для організації своєчасної та ефективно спеціалізованої нейрохірургічної допомоги хворим із внутрішньочерепними крововиливами необхідно максимально скоротити час від виникнення захворювання до надходження до нейрохірургічної клініки.

7. Слід постійно навчати виїзний медичний персонал ШМД сучасним стандартизованим правилам надання медичної допомоги хворим із нетравматичними субарахноїдальними крововиливами.

8. Необхідно проводити постійну просвітницьку кампанію серед населення

щодо важливості невідкладного звернення до служби екстреної медичної допомоги при перших ознаках інсульту.

Список використаної літератури

Виленский Б.С., Яхно Н.Н. (2006) Современное состояние проблемы инсульта. Вестник Рос. Акад. мед. Наук, 9-10: 18–23.

Ворлоу Ч.П., Деннис М.С., ван Гейн Ж. и др. (1998) Инсульт: практическое руководство для ведения больных. Политехника, Санкт-Петербург, 629 с.

Крылов В.В., Скороход А.А., Ткачев В.В. (2006) Организация хирургического лечения больных с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями в многомилионном городе. Мед. журнал БГМУ, 1: 358–359.

Скороход А.А., Олешкевич Ф.В. (2003) Принципы организации и лечения больных в остром периоде разрыва аневризм головного мозга. Материалы научно-практической конференции: «Стратегия развития экстренной медицинской помощи». БГМУ, Минск, с. 314–316.

Kassel N.F., Torner J.C., Haley E.C. Jr et al. (1990) The International Cooperative Study on the Timing of Aneurysm Surgery. Part 1: Overall management results. J. Neurosurg., 73(1): 18–36.

Пути оптимизации лечения больных с разрывом артериальных аневризм головного мозга в острый период

А.И. Зозуля

Резюме. В работе представлен анализ эффективности лечения 79 больных с разрывом артериальных аневризм головного мозга. Выявлены недостатки оказания медицинской помощи на разных этапах госпитализации, определены основные направления улучшения лечения пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: нарушение мозгового кровообращения, кровоизлияние в мозг, нетравматические внутримозговые кровоизлияния, артериальные аневризмы головного мозга.

Ways to optimize the treatment of patients in the acute period of brain arterial aneurysms rupture

A.I. Zozulya

Summary. The efficiency of treatment 79 patients with brain arterial aneurysms rupture is analyzed in this paper. Care defects at different stages of hospitalization are identified, the main directions of improving the treatment of patients with this pathology are determined.

Key words: stroke, brain hemorrhage, non-traumatic intracranial hemorrhage, brain arterial aneurysms.

Адреса для листування:

Зозуля Андрій Іванович
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9
НМАПО ім. П.Л. Шупика, кафедра
медицини невідкладних станів