

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ТЕРАПИИ  
И МОНИТОРИНГУ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

УДК 616.831-089

АНАЛИЗ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ  
ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ГЕМАТОМАМИ

А. К. Абдымечинова

*Национальный Госпиталь Минздрава Кыргызской Республики,  
Отделение нейротравматологии №2, г. Бишкек, Кыргызстан*

**Актуальность.** Сложность патогенеза, высокая летальность, многообразие клинических проявлений течения травматической болезни головного мозга в остром и отдаленном периоде, увеличение с каждым годом травматизма, высокая инвалидизация лиц молодого возраста определяют медицинскую и социальную значимость данной проблемы. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) в настоящее время является актуальной медицинской и социальной проблемой. Основной задачей медицины в настоящее время является не только сохранение жизни больного при тяжелой ЧМТ, но и сохранение его трудоспособности и социально-бытовая адаптация. Решение этой проблемы невозможно без достоверной оценки функциональных нарушений, развивающихся в головном мозге в результате травмы. Для дальнейшего изучения проблемы ЧМТ назрела необходимость оценки не только ближайших, но и отдаленных результатов лечения с учетом тяжести состояния пострадавших в остром периоде ЧМТ, сроков и объема оперативного вмешательства, а также возраста пострадавших, наличия соматической патологии [1-12].

**Материал и методы исследования.** Нами приведены данные 197 наблюдений изолированных травматических внутричерепных гематом после хирургического и консервативного лечения. Были использованы следующие методы исследования: неврологическое, офтальмологическое, отоларингологическое, КТ, МРТ, ЭЭГ, клиничко-катамнестический и статистический анализ. Сроки наблюдения за больными - от 1 года до 5 лет после перенесенной травмы и оперативного вмешательства, средний катамнез был  $7,0 \pm 3,0$  года, возраст больных - от 20 до 75 лет, средний возраст  $43,0 \pm 4,0$  года. Мужчин - 167 наблюдений, женщин - 30 наблюдений. Среди 197 наблюдаемых нами пациентов эпидуральные гематомы удалены у 40 больных, субдуральные гематомы - у 107, внутримозговые - у 20; эписубдуральные гематомы были у 16, сочетание субдуральной и внутримозговой гематомы - в 12 наблюдениях, наличие эпидуральной и внутримозговой - в 1 наблюдении, внутрижелудочковая гематома выявлена в 1 наблюдении. Гематомы малого объема - 20-50 см<sup>3</sup> были в 12%, 50-100 см<sup>3</sup> - в 54%, более 100 см<sup>3</sup> - в 25% наблюдений. В 47% наблюдений была I степень гипертензионно-дислокационного синдрома (ГДС), в 40% - II степень, в 14% наблюдений - III степень. Более 60% больных с острыми гематомами были прооперированы в течение 24 часов с момента поступления в стационар. Оперативное вмешательство при подострых гематомах в 74% наблюдений произведено в первые 5 суток, в 26% - в сроки до 2-х недель. В группе пациентов с хроническими гематомами клинические проявления травматической

болезни в 85 % наблюдений возникали в период от 2 месяцев с момента травмы.

**Результаты исследования.** Проведенный нами анализ влияния срока операции на исход травмы показал, что чем раньше проводили оперативное вмешательство и при этом дислокационная симптоматика была минимально выраженной (1 степень ГДС), тем менее заметными развивались изменения в отдаленном периоде безусловно при отсутствии осложнений в остром периоде.

Осложнения, присоединившиеся к основному патологическому процессу, часто являлись причиной ухудшения отдаленных результатов лечения. Все осложнения острого периода течения травмы были разделены на 3 группы: 1) сосудистые осложнения (посттравматические нарушения кровообращения головного мозга) отмечены в 13 наблюдениях; 2) внутричерепные гнойно-воспалительные осложнения - в 15; 3) внечерепные гнойно-воспалительные осложнения - в 6. Наличие посттравматических нарушений кровообращения головного мозга в остром периоде ухудшало исход лечения выявлены у 69 % пострадавших. Внечерепные и внутричерепные гнойно-воспалительные нарушения приводили в отдаленном периоде к тяжелым нарушениям по шкале исходов Глазго (ШИГ) отмечены в 50 % наблюдений. Причем у всех больных данной группы с тяжелыми нарушениями отмечали различную степень выраженности дислокационного синдрома в остром периоде ЧМТ. Результаты по шкале исходов Глазго в отдаленном периоде с учетом зависимости от наличия осложнений острого периода в группе больных с хорошим восстановлением и умеренными нарушениями различались статистически достоверно ( $p < 0,05$ ).

Анализ влияния возраста на исход ЧМТ выявил, что более чем в половине наблюдений отмечено хорошее восстановление по шкале исходов

ШИГ в группах больных до 60 лет. Обнаружено нарастание числа пациентов с умеренными нарушениями в группе старше 60 лет. Общеизвестно, что чем старше возраст, тем выше число больных с соматической патологией. В остром периоде ЧМТ соматическая патология в значительной мере усугубляла клиническую картину, ухудшала прогноз исходов. Это во многом объясняется тем, что во время травмы происходит срыв компенсаторных возможностей организма и обостряется соматическая патология, принимая иногда прогрессирующий характер течения. У 69 (35%) наблюдаемых в отдаленном периоде выявлена сопутствующая соматическая патология при этом в 44 (64%) наблюдениях имелась гипертоническая болезнь, а в 13 (9%) пострадавших - сахарный диабет, в 16 (23%) анализируемых - другие заболевания (полиартрит,

бронхиальная астма, хронический гепатит).

При анализе влияния длительности утраты сознания в остром периоде на исход ЧМТ установлено, что чем длительнее имела утрата сознания, тем хуже исход ЧМТ. Хорошее восстановление достигнуто в 60% случаях в группе больных с утратой сознания в остром периоде до 30 минут, а также в группе пациентов без утраты сознания. Умеренные нарушения отмечали в группе больных с длительностью утраты сознания более получаса. Тяжелые нарушения по ШИГ обнаружены у больных с длительностью утраты сознания более 1 часа (63%).

В наших наблюдениях с одинаковой частотой встречались гематомы как справа (93 пациента - 48%), так и слева (93 - 48%). Хорошее восстановление и умеренные нарушения в отдаленном периоде по ШИГ преобладали в группе больных с правосторонней локализацией гематомы (47%); Наряду с этим тяжелые нарушения чаще были в случаях расположения гематомы в доминантном полушарии (36%). При статистической обработке полученных данных выявлена прямая зависимость исходов ЧМТ ( $p < 0,05$ ) от стороны расположения гематомы. У больных с острыми гематомами ( $n=146$ ), расположенными в левом полушарии, наиболее часто отмечали церебрально-очаговый (97 наблюдений - 67%), эпилептический (34 - 24%) и психоорганический (21 - 15%) синдромы. Подострые гематомы ( $n=21$ ) преимущественно располагались слева (76%), основным клиническим синдромом в отдаленном периоде был или изолированный церебрально-очаговый, или его сочетание с другими синдромами (61%). Наиболее часто при хронических гематомах ( $n=30$ ) церебрально-очаговый синдром (24%) развивался при расположении гематомы слева, а эпилептический синдром (10%) являлся изолированно или в сочетании с другими синдромами при правосторонней локализации гематом.

В отдаленном периоде в группе наблюдений с острыми гематомами преобладали следующие клинические синдромы: астенический - в 65% наблюдений; вегетативно-сосудистый - в 56%; церебрально-очаговый - в 48%; эпилептический - в 26%; гипертензионно-гидроцефальный - в 3%. Важно подчеркнуть, что практическое выздоровление достигнуто в 24% наблюдений.

В отдаленном периоде у пациентов из группы подострых гематом частота астенического синдрома соответствовала 58% случаев; церебрально-очагового - 54%; вегетативно-сосудистого - 18%; эпилептического - 12%; гипертензионно-гидроцефального - 12%; практическое же выздоровление достигнуто в 37% наблюдений. В группе с хроническими гематомами в отдаленном периоде у больных отмечены следующие синдромы: церебрально-очаговый - в 14%; эпилептический - в 14%; вегетативно-сосудистый - в 32%; практическое выздоровление имелось в 33% наблюдений.

В отдаленном периоде больным проводилось комплексное клинико-инструментальное обследование, которое позволило выявить следующие синдромы: церебрально-очаговый синдром у 80 больных, эпилептический синдром - у 39, гипертензионно-гидроцефальный синдром - у 23, синдром трепанированного черепа — у 3, экстрапирамидный синдром - у 2, психоорганический синдром - у 36, вегетативно-сосудистый синдром - у 25 и астенический синдром у 61 больных. У 30 больных отмечено выздоровление с хорошим восстановлением нарушенных функций. Следует отметить, что в ряде наблюдений отмечалось сочетание нескольких синдромов, они отнесены по дезадаптирующему синдрому.

Среди пострадавших с острыми гематомами в отдаленном периоде церебрально-очаговый синдром оказался дезадаптирующим в 52 (78%) наблюдениях и проявлялся сопутствующим - в 14 (22%) случаях. В группе с подострыми гематомами - в 9 (43%)

анализируемых церебрально-очаговый синдром оставался дезадаптирующим, в группе хронических гематом церебрально-очаговый синдром в 7 (23%) наблюдениях приводил к дезадаптации. Церебрально-очаговый синдром в отдаленном периоде выявлен у 70 пациентов, находившихся в остром периоде в стадии грубой декомпенсации. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения травматических внутричерепных гематом свидетельствует, что частота церебрально-очагового синдрома и его выраженность выше в группе пострадавших, оперированных по поводу острых субдуральных гематом. При церебрально-очаговом синдроме структура бытовой адаптации оказалась следующей: хорошая наблюдалась в 52% случаях, удовлетворительная - в 46%, неудовлетворительная - в 2%.

Длительное наблюдение за больными с церебрально-очаговым синдромом в отдаленном периоде позволяет сделать выводы о том, что с течением времени выраженность очаговой симптоматики уменьшается, в дальнейшем у части пострадавших, в клинической картине доминируют изменения личности с последующим развитием психоорганического синдрома.

Эпилептический синдром отмечался у 39 больных, из них в остром периоде субдуральных гематом было 17, эпидуральных — 10, внутримозговых - 8, эписубдуральных - 4. Пострадавшие поступали в основном в стадии умеренной декомпенсации (45%), эпилептический синдром на момент выписки составил 11%. Сроки проявления эпилептических припадков варьировали от нескольких месяцев до двух лет после ЧМТ. В 23 наблюдениях припадков были генерализованные, в 16 - парциальные. В группе больных с острыми гематомами в отдаленном периоде эпилептический синдром был дезадаптирующим у 15 пациентов, сопутствующим - в 18; в группе с подострыми гематомами эпилептический синдром привел к дезадаптации в 1 случае и был сопутствующим также у 1 обследованного. В группе больных с хроническими гематомами эпилептический синдром был дезадаптирующим в 2 случаях и в 2 -сопутствующим. Профилактику и лечение эпилептического синдрома проводили у всех пациентов, перенесших тяжелую ЧМТ, начиная уже с острого периода.

Результаты проведенного исследования позволяют утверждать, что наиболее вероятно развитие эпилептических припадков возникает в период до 2-х лет после травмы (88% наблюдений). В дальнейшем риск возникновения эпилепсии после ЧМТ прогрессивно снижается. Течение парциальных припадков было доброкачественным. У пациентов, клиническая картина которых преимущественно представлена эпилептическим синдромом, хорошую бытовую адаптацию имели 65% наблюдений, удовлетворительную - в 33%, неудовлетворительную - в 2%. Полная трудовая адаптация отмечена в 62% наблюдений, при этом у 61% обследованных с парциальными припадками, из них 5 пациентов, имеющие II группу инвалидности, вернулись на работу в полном объеме, сниженная выявлена в 7%, не работают 59% пострадавших.

Гипертензионно-гидроцефальный синдром в отдаленном периоде выявлен у 23 пострадавших. В 15 наблюдениях диагностирована субдуральная гематома, в 4 случаях диагностирована эпидуральная гематома, внутримозговые гематомы были удалены в 4 наблюдениях. При острых гематомах гипертензионно-гидроцефальный синдром был дезадаптирующим в 12 наблюдениях, а сопутствующим - в 6. В группе с подострыми гематомами этот синдром был дезадаптирующим в 1 наблюдении и в 1 -сопутствующим. В группе хронических гематом гипертензионно-гидроцефальный синдром оказался

дезадаптирующим в I случае и в I - сопутствующим. В стадии клинической субкомпенсации в остром периоде обследовано 3 больных, в стадии умеренной декомпенсации - 10 пациентов и в стадии грубой декомпенсации - 1 больной. Нарушения ликворообращения, в виде избыточного накопления спинномозговой жидкости, по нашим наблюдениям, возникали на разных стадиях ЧМТ.

Нарушение ликворообращения у этих больных неизбежно приводит к усугублению неврологического дефицита и течения гипертензионно-дислокационного синдрома. Причиной расстройства ликворообращения у пациентов, перенесших ЧМТ, могут оказаться нарушения резорбции спинномозговой жидкости, окклюзия ликворопроводящих путей и гиперсекреция спинномозговой жидкости. При выборе тактики лечения важно выделение водянки с высоким, нормальным и низким давлением. В наших наблюдениях только 3 пострадавшим потребовалось хирургическое лечение (на фоне застойных изменений дисков зрительных нервов и выраженной гипертензионной симптоматики), им установлена шунтирующая система высокого и среднего давления. Остальным больным подобрана консервативная терапия, на фоне которой получена стойкая ремиссия в 43% наблюдениях и ремиссия с редкими обострениями также у 43% обследованных. При гипертензионно-гидроцефальном синдроме в отдаленном периоде бытовая адаптация пациентов оказалась хорошей в 61% наблюдений, удовлетворительной - 30%, неудовлетворительной - 9%.

Синдром трепанированного черепа выявлен в 3 наблюдениях, после удаления эпидуральной гематомы - в 1 наблюдении, после удаления субдуральной гематомы - 2. На протяжении острого периода в стадии умеренной декомпенсации было 2 больных при этом в стадии грубой декомпенсации наблюдался 1 больной. В отдаленном периоде у 1 пациента пластику дефекта черепа не проводили вследствие того, что на ЭЭГ выявлялся устойчивый очаг патологической активности с повышенной судорожной готовностью и заметным вовлечением в патологический процесс стволовых образований мозга. Помимо неврологического осмотра, больные обследовались отоневрологом в 98 наблюдениях, окулистом в 112 наблюдениях и психиатром в 43 наблюдениях.

Проводили следующие инструментальные методы исследования в отдаленном периоде: ЭЭГ - в 125 (63%) наблюдениях, КТ головного мозга - в 70 (35%), МРТ мозга - 97 (49%) наблюдениях. Выполненный анализ клинико-инструментальных сопоставлений в отдаленном периоде после удаления травматических внутричерепных гематом не установил прямой зависимости вида и степени выраженности клинических синдромов интраскопических изменений головного мозга и его оболочек. ЭЭГ-исследование при в сочетании с клиническими данными в отдаленном периоде ЧМТ позволяют в динамике объективизировать степень восстановления и компенсации функций мозга и диагностировать появление судорожной готовности и тем самым значительно раньше клинических проявлений судить о развитии эпилептического синдрома.

**Заключение.** Нами установлена прямая корреляционная зависимость между качеством жизни пациентов в отдаленном периоде и локализацией гематомы, а также выраженностью церебрально-очагового, эпилептического, гипертензионно-гидроцефального и психоорганического синдромов. При локализации гематомы в функционально «незначимой» зоне мозга отмечаются лучшие показатели качества жизни у таких больных социально-бытовая адаптация достигает в 82% наблюдений, трудовая - в 43%.

На основании проведенного исследования можно заключить, что отдаленные результаты лечения травматических гематом зависят от тяжести течения

острого периода, возраста, степени гипертензионно-дислокационного синдрома.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Берснев В.П. О работе нейрохирургической службы Санкт-Петербурга в 2000-2005 г.г. / В.П. Берснев, Е.Н. Кондаков, И.А. Симонова и соавт. // Поленовские чтения: Всерос. науч.-практ. конф. СПб., 2007. - С. 18-20.
2. Болотов Р.Ю. Прогноз при тяжелой черепно-мозговой травме в зависимости от коррекции дыхательных нарушений на догоспитальном этапе // Р.Ю. Болотов, В.Н. Котляров // Поленовские чтения: Всерос. науч.-практ. конф. СПб., 2006. - С. 24.
3. Головкин С.М. Нейрохирургическая помощь больным с черепно-мозговой травмой в стационарах департамента здравоохранения г. Москвы / С.М. Головкин, Ю.С. Иоффе, А.Э. Тальпов и соавт. // Поленовские чтения: Всерос. науч.-практ. конф. СПб., 2007. - С. 26.
4. Касумов Р.Д. Основные принципы хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы / Р.Д. Касумов // Поленовские чтения: Всерос. науч.-практ. конф. - СПб., 2005. С. 35-36.
5. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме // Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. М.: Антидор, 2002. - 631 с.
6. Лебедев В.В. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство // В.В. Лебедев, В.В. Крылов, В.А. Соколов и соавт. М., 2001. - 523 с.
7. Лихтерман Л.Б. Клиническая классификация и концептуальные подходы к лечению последствий черепно-мозговой травмы // Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов, А.Д. Кравчук и соавт. // Журн. вопр. нейрохир. им. Н.Н. Бурденко. 1999. - № 3. - С. 3-6.
8. Мартынов Ю.С. Катамнез больных, оперированных по поводу травматических субдуральных гематом // Ю.С. Мартынов, Е.В. Сурская, Е.В. Малкова и соавт. // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 2000. - Т. 100, №10. - С. 23.
9. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине // А.А. Новик, Т.И. Ионова. Спб.: Нева, 2002. - 320 с.
10. Потапов А.А. Рекомендации по диагностике и лечению пострадавших с черепно-мозговой травмой с позиции доказательной медицины. Сообщение I. Технологии доказательной медицины // А.А. Потапов, Л.Б., Лихтерман, А.Г. Гаврилов // Журн. вопр. нейрохир. им. Н.Н. Бурденко. - 2005. - № 3. С. 3-8.
11. Пукас Ю.В. Прогнозирование исходов хирургического лечения тяжелой черепно-мозговой травмы // Ю.В. Пукас, А.Э. Тальпов // Поленовские чтения: Всерос. науч.-практ. конф. - СПб., 2007. С. 50-51.
12. Раджабов С.Д. Отдаленные результаты лечения больных с очагами размозжения полушарий большого мозга в зависимости от объема оперативных вмешательств и консервативного лечения // С.Д. Раджабов, Н.Е. Иванова, Р.Д. Касумов // Поленовские чтения: Всерос. науч.-практ. конф. - СПб., 2006. - С. 54-55.

## ТҮЙІН

Бастағы зақымдылық гематомалары бар науқастарды емдеуінің нәтижелерін талдау

Өткізілген зерттеуде авторлар түкпір нәтижелері зақымдылық гематомалардың емдеуі өткір кезеңдегі ағымының ауырлығына, жасқа, гипертензиялық - дислокациялық синдромның дәрежелерінен бағынышты болатынын дәлелді. Бастағы зақымдылық гематомалармен оқшауланған 197 емделушілердің хирургиялық және

операциясыз емдеуден кейін мәліметтерді көрсетілген. Наукастарға бақылау мерзімі – жаракатты алғаннан және жедел араласқаннан кейін 1 жастан 22 жасқа дейінгі наукастар, орташа катамнезі  $7,0 \pm 3,0$  жыл, наукастардың жасы – 20 жастан 75 – ке дейін, орта жасы  $43,0 \pm 4,0$  жыл. Еркектер - 167 бақылау, әйелдерде - 30 бақылаулар.

**Түйін сөздер:** Бастағы гематома, хирургиялық емдеу, операциясыз емдеу, түкпір нәтижелер.

### РЕЗЮМЕ

Анализ исходов лечения больных с внутримозговыми гематомами

Авторами в ходе проведенного исследования доказано, что отдаленные результаты лечения травматических гематом зависят от тяжести течения острого периода, возраста, степени гипертензионно-дислокационного синдрома. Приведены данные 197 наблюдений изолированных травматических внутримозговых гематом после хирургического и консервативного лечения. Сроки наблюдения за больными - от 1 года до 22 лет после перенесенной травмы и оперативного вмешательства, средний катамнез был  $7,0 \pm 3,0$  года, возраст больных - от

20 до 75 лет, средний возраст  $43,0 \pm 4,0$  года. Мужчин - 167 наблюдений, женщин - 30 наблюдений.

**Ключевые слова:** Внутримозговая гематома, хирургическое лечение, консервативное лечение, отдаленные результаты.

### SUMMARY

**Analysis of traumatic intracranial hematomas management outcome**

Authors basing on investigation carried out it was proven that remote results of traumatic intracranial hematomas management depend on acute trauma period course severity, patient's age, hypertensive-dislocation syndrome level. This investigation was based on the analysis of 197 series with traumatic intracranial hematomas after surgical and conservative management. The duration of the investigation from 1 to 22 years after suffered brain trauma and surgery, the average katamnesis was  $7,0 \pm 3,0$  years, patients age from 20 to 75 years, the median age -  $43,0 \pm 4,0$  years, male – 167 and female 30 cases.

**Ключевые слова:** Intracranial hematoma, surgical treatment, conservative treatment, remote results.

УДК 616.8-00

## НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В СЕЛЬСКИХ ВРАЧЕБНЫХ ПУНКТАХ ПО ДАННЫМ ПЕРВИЧНОЙ ОБРАЩАЕМОСТИ

Бабаджанова З.Х., Гафуров Б.Г.

*Бухарский медицинский институт,*

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан*

Весомую часть обращений к врачу общей практики (ВОП) во многих странах мира составляет патология нервной системы, которая является частой причиной временной утраты трудоспособности, инвалидизации, преждевременной смертности, приводя в конечном счете к росту затрат здравоохранения и становится тяжелым бременем для общества и государства [1,2].

Неврологические расстройства повсеместно обуславливают довольно большой процент обращаемости в учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Так, например, в Великобритании на неврологические проблемы приходится 1/5 обращений больных с urgentными состояниями, а среди всех обращений к ВОП не менее 10% составляют больные с неврологическими жалобами и симптомами. Анализ обращаемости населения в СВП (сельские врачебные пункты) по отдельным областям Узбекистана показал, что удельный вес заболеваний нервной системы составляет от 4,9 до 7,9. [3].

**Цель исследования** - изучение фактического объема, уровня и характера обращений сельского населения в СВП по поводу неврологических проблем.

**Материалы и методы исследования.** Исследование было проведено в течение всего календарного 2008 года в 3 СВП Бухарской области. Был определен весь проведенный объем работы (диагностические, лечебные, противоэпидемические и других мероприятий в соответствии с действующими приказами, стандартами, положениями и инструкциями). Это позволило наиболее полно выявить и учесть всю совокупность работ, начиная от приема пациента до его выздоровления.

Использовались следующие методы: выкопировочный, статистический, экспертный, корреляционный и регрессионный анализ на основе статистической и графической системы.

За единицу наблюдения был принят каждый пациент, получивший те или иные виды услуг: медицинских, социальных, правовых, профилактических, а также оформление различных документов.

**Объем наблюдения.** Была собрана информация о фактическом объеме внебольничной помощи, оказанной наблюдаемому сельскому населению, которая составила 3358 единиц специально разработанных статистических карт амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой в СВП при завершенных случаях, и представляла собой репрезентативную и статистически достоверную выборку всей генеральной совокупности.

**Результаты исследования.** Как известно, в учреждениях ПМСП обслуживание, в зависимости от цели визита пациента, делится на: лечебное, диагностическое, диспансерное, профилактическое, оформление медицинской документации и др., то есть, один больной по поводу одного и того же заболевания контактирует с лечащим врачом в течение небольшого отрезка времени несколько раз. Этот показатель позволяет объективно оценивать действия врача и пациента, так как отклонение показателя в ту или иную сторону дает возможность лечащему врачу проводить мониторинг состояния здоровья пациента и течения его заболевания при осуществлении необходимых мероприятий, и позволяет производить соответствующую коррекцию в ходе лечения, диагностики или профилактики (табл.1).