



Рис. 2 - Характеристика величины индекса отношения распространенности мозгового инсульта к острому инфаркту миокарда за 12-летний период по данным станции скорой и неотложной помощи г. Семей

Закключение. Полученные данные требуют изменить отношение к проблеме мозгового инсульта в регионе. Необходимо оптимизировать вопросы диагностики и неотложной помощи на догоспитальном этапе с проведением обучающих семинаров и мастер-классов для врачей данного звена, а врачам первичной медико-санитарной помощи главное внимание акцентировать на профилактике мозгового инсульта. Существенные различия распространенности двух ведущих заболеваний системы кровообращения требуют внедрения регионального популяционного динамического регистра, как острого инфаркта миокарда, так и мозгового инсульта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Яхно Н.Н., Виленский Б.С. *Инсульт как медико-социальная проблема // Русский медицинский журнал. – 2005 – Том 13. – №12. – С.807-815.*
2. *Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / Под ред. З.А. Суслиной, М.А. Пирадова. – М.: МЕДпресс, 2008. – 288с.*

3. Люсов В.А., Волов Н.А., Гордеев И.Г. *Инфаркт миокарда – М.: Литтера, 2010. – 240с.*

ТҮЙІН

2001-2012жж. аралығындағы 12 жылдың Шығыс-Қазақстан облысы Семей қаласының жедел және шұғыл медициналық көмек станциясына қаралған, миокардтың жедел инфаркты және мидың инсульты диагнозымен науқастардың шақыру карталарына сараптама жүргізілді. Мидың инсультының таралуы – 3,9, ал миокардтың жедел инфаркты – 1,2 1000 тұрғынға алғанда. Сонымен қатар ми инсультының таралу көрсеткішінің жоғарлауы және миокардтың жедел инфарктының көрсеткіштері төмендегені анықталды.

РЕЗЮМЕ

Проведен анализ карт вызовов пациентов с диагнозом мозговой инсульт и острый инфаркт миокарда, обслуженных станцией скорой и неотложной помощи медицинской помощи г. Семей Восточно-Казахстанской области за 12-летний период – 2001-2012гг. Распространенность мозгового инсульта составила 3,9, острого инфаркта миокарда – 1,2 на 1000 населения. Отмечается тенденция к увеличению показателя распространенности мозгового инсульта и снижению острого инфаркта миокарда.

Ключевые слова: распространенность, мозговой инсульт, острый инфаркт миокарда, скорая и неотложная помощь

SUMMARY

The analysis of the calling cards of patients with a diagnosis of cerebral stroke and acute myocardial infarction, served by the station first aid and emergency medical care Semey East Kazakhstan region for the 12-year period - 2001 to 2012. The incidence of stroke was 3.9, acute myocardial infarction - 1.2 per 1,000 population. There is a trend to increased prevalence of stroke and reduce acute myocardial infarction.

Keywords: prevalence, acute stroke, acute myocardial infarction, emergency and first aid.

УДК 616.8-089

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ

К. Б. Ырысов, А. К. Абдымечинова

*Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
Кафедра нейрохирургии, г.Бишкек, Кыргызская Республика*

Актуальность. Последние десятилетия характеризуются неуклонным ростом случаев черепно-мозговой травмы (ЧМТ), составляющих 30-50 % от общего числа травматических повреждений. ЧМТ относится к самым тяжелым и распространенным формам поражения центральной нервной системы. В 50-90% случаев после острой ЧМТ сохраняется остаточная неврологическая симптоматика или формируются новые неврологические синдромы с временной или стойкой утратой трудоспособности и инвалидизацией, что сопряжено со значительным экономическим ущербом. Все эти обстоятельства определяют проблему отдаленных последствий ЧМТ не только как медицинскую, но и как социально-экономическую [1-5].

В последние годы с уточнением патогенетических

механизмов образования травматических внутричерепных гематом головного мозга, изучением их клиники и диагностики, а также с развитием анестезиологии и реаниматологии, совершенствованием способов терапии удалось значительно улучшить результаты лечения данной категории пострадавших. Между тем среди больных с тяжелой ЧМТ остается еще высокой, и по данным многих авторов достигает 60-80 %, а инвалидизация и снижение трудоспособности составляют 60% и более. В связи с этим на основании перечисленного выше открываются новые возможности по снижению летальности и инвалидизации нейротравматологических больных, которые побуждают к дальнейшим научным поискам в этой многогранной проблеме.

Лечебная тактика при травматических внутричерепных

гематомах длительное время была однозначной, так как установление наличия гематомы служило основанием к их хирургическому удалению. Летальность при данной патологии составляла 80%, что было обусловлено не только тяжестью повреждения мозга, но и трудностями своевременного распознавания гематомы недостаточностью адекватно разработанной тактики лечения. Использование в диагностике компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) позволило уточнить истинную частоту травматических внутричерепных гематом (они составляют 13% при ЧМТ), их локализацию и объем. В последние годы сформировалось мнение о нецелесообразности хирургического вмешательства при гематомах малого объема (от 20 до 50 мл); стал возможен дифференцированный (хирургический или консервативный) подход к лечению таких гематом с учетом не только объема, но и локализации, так как часть гематом со временем рассасывается, не оставляя признаков объемного процесса, что подтверждается повторными данными КТ, МРТ [6-9].

Подробно освещены особенности течения тяжелой ЧМТ в остром периоде и ближайшие результаты. Отдаленные результаты хирургического лечения травматических внутричерепных гематом изучены недостаточно. Между тем, закономерности формирования отдаленных последствий после хирургического лечения травматических внутричерепных гематом в зависимости от возраста пострадавших, сроков и характера оперативного вмешательства в остром периоде травмы, проведения в послеоперационном периоде восстановительной терапии, и ее объема до настоящего времени мало изучены. Перспективы изучения этой важной проблемы нейротравматологии и определяют выбор настоящего исследования, который представляет не только научный, но и практический интерес [1-12].

Целью исследования явилась оценка качества жизни пострадавших после хирургического и консервативного лечения изолированных травматических внутричерепных гематом и предложить рекомендации по их оптимизации.

Настоящая работа основана на анализе 197 наблюдений изолированных травматических внутричерепных гематом после хирургического и консервативного лечения. Были использованы следующие методы исследования: неврологическое, офтальмологическое, отоларингологическое, КТ, МРТ, ЭЭГ, клиника-катамнестический и статистический анализ. Информация была сгруппирована в два основных блока наблюдений: 1) ретроспективный анализ острого периода и 2) анализ отдаленного периода. Проведено ретроспективное изучение острого периода с учетом клинического течения травмы, объема и локализации гематом, объема и срока хирургического вмешательства и сопоставлено с исходами в отдаленном периоде. В результате проведенного исследования изучены дезадаптирующие и сопутствующие неврологические синдромы, социально-бытовая адаптация, структура и динамика инвалидности. Для оценки исхода ЧМТ использовалась шкала исходов Глазго (ШИГ), для оценки когнитивных функций - шкала MMSE, для оценки бытовой и трудовой адаптации нами использовалась шкала PULSESS, а для оценки эффективности реабилитационного лечения - шкала индекса активности повседневной жизни РАН. 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 были в 12%, 50-100 см - в 54%, более 100 см - 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.

При изучении отдаленного периода выявлены наиболее значимые факторы и их влияние на развитие неблагоприятных вариантов исходов травматических гематом. Восстановление нарушенных функций и степень социально-бытовой адаптации, восстановление трудоспособности в значительной мере определялись тяжестью состояния пострадавшего в остром периоде, сроком оперативного вмешательства и видом лечения (консервативное или хирургическое).

В наших наблюдениях хорошее восстановление по ШИГ достигнуто в 99 (50%) анализируемых, умеренные нарушения были в 35% (69 больных), тяжелые нарушения - в 6% (11 больных), в 1 случае сохранялось вегетативное состояние. В 25% наблюдений отмечалось практическое выздоровление.

При анализе отдаленных результатов консервативного лечения больных с травматическими гематомами малого объема (12 наблюдений) было установлено, что в этой группе наибольшее число практически выздоровевших - 66%. Установлено, что наиболее частым инвалидизирующим синдромом при консервативном лечении был церебрально-очаговый (13%); при хирургическом лечении гематом малого объема - также церебрально-очаговый (13%).

Анализ отдаленных результатов проводили с учетом объема гематомы, локализации, степени ГДС и сроков хирургического лечения.

Среди больных с гематомами небольших объемов (до 50 см³), оперированных в остром периоде (16 наблюдений), хорошее восстановление отмечено в 50% случаев, при объемах гематомы от 50 до 100 см³ (112 наблюдений) практическое выздоровление было также в 50 % пострадавших. При больших объемах (>100 см³) гематом (47 пострадавших) менее благоприятны (практическое выздоровление лишь в 47% наблюдений). Во всех группах преобладало хорошее восстановление, однако в группе больных, имевших средний и большой объем гематом, отмечались исходы с тяжелыми нарушениями (4% и 14% соответственно). В группе больных с большим объемом гематом 1 пациент остался в вегетативном состоянии. По нашим данным в группе больных с объемом травматического субстрата более 70 см³, смещением срединных структур больше чем на 5 мм и оперированных позже 6 часов после травмы отмечался высокий процент инвалидности - до 31 %.

Анализ причин сдавления головного мозга выявил, что хорошее восстановление по ШИГ при эпидуральной локализации гематом наблюдали в 60 % наблюдений, при субдуральной - в 51%, при внутримозговой - в 40 %. Неблагоприятные отдаленные результаты (20%) преимущественно отмечали у больных с внутримозговой локализацией гематом.

Для более достоверной оценки развития и выраженности клинических синдромов отдаленного периода выделила три группы наблюдений с учетом тяжести состояния в остром периоде, выраженности общемозговой и очаговой симптоматики. Оперативное вмешательство в ближайшие часы после травмы проводилось у наиболее тяжелой категории больных с выраженным ГДС, у них отмечалось более тяжелое течение острого периода.

1-я группа (n=65): стадия клинической субкомпенсации - удовлетворительное состояние больных, сознание ясное или легкое оглушение, минимально выраженная очаговая и общемозговая симптоматика, отсутствие выраженной дислокационной симптоматики.

2-я группа (n=80): стадия умеренной клинической декомпенсации - состояние больных средней тяжести, сознание нарушено по типу умеренного оглушения. Были отчетливо выражены признаки внутричерепной гипертензии, умеренные очаговые и общемозговые симптомы, периодическое появление стволовых симптомов с тенденцией к нарушению витальных функций.

3-я группа (n=32): стадия грубой клинической декомпенсации; характеризовалась общим тяжелым состоянием больных. Сознание было нарушено от глубокого оглушения до комы, резко выражена очаговая и общемозговая симптоматика, дислокационная симптоматика с нарушением витальных функций.

Наибольшее число хороших результатов получили в группе больных, находившихся в остром периоде в фазе субкомпенсации - 63%. В группе пострадавших с фазой тяжелой декомпенсации в остром периоде хорошее восстановление достигнуто в 44% случаев. Хорошее восстановление и умеренные нарушения по ШИГ в отдаленном периоде зависели от исходной тяжести состояния и различались статистически достоверно. Неудовлетворительные результаты лечения у больных, находившихся в остром периоде в фазе умеренной декомпенсации, обусловлены развитием осложнений в послеоперационном периоде.

При сопоставлении результатов лечения со сроками операции оказалось, что чем раньше проводили оперативное вмешательство в случаях минимально выраженной ГДС, тем менее выраженные клинические изменения возникали в отдаленном периоде при условии отсутствия осложнений в остром периоде. Причем положительные результаты лечения в зависимости от выраженности дислокационного синдрома явно снижаются.

Оперативное вмешательство, направленное на удаление острой травматической внутричерепной гематомы, проводили в сроки до 12 часов после получения травмы у 31 (16%) больного, в первые 12-24 часа - у 65 (33%) больных и в 50 (25%) пациентов - в течение трех суток после получения травмы.

Следует отметить, что среди пострадавших, оперированных в первые 12 часов после травмы, 9 (29%) больных находились в стадии клинической субкомпенсации, 8 (26%) пациентов лечили в стадии умеренной декомпенсации и 14 (45%) - в стадии грубой декомпенсации. В группе пострадавших, оперированных в сроки до 24 часов после ЧМТ 23 (36% пациента) были в стадии субкомпенсации, 21 (32%) оказались в стадии умеренной декомпенсации, 21 (32%) - в стадии грубой декомпенсации. В группе больных, оперированных в течение трех суток, 22 (47%) пациента были в фазе субкомпенсации, 17 (37%) анализируемых - в стадии умеренной декомпенсации и 7 (15%) больных в состоянии грубой декомпенсации. Больные с подострыми и хроническими гематомами преимущественно в остром периоде поступали в состоянии клинической

субкомпенсации или умеренной декомпенсации.

Заключение. Клиническое течение отдаленного периода характеризуется сочетанием различных клинических синдромов, из которых дезадаптирующими является церебрально-очаговый, эпилептический, психоорганический, гипертензионно-гидроцефальный. Частота дезадаптирующих синдромов отдаленного периода остается выше в группе наблюдений с клинической фазой грубой декомпенсации в остром периоде, внутримозговыми гематомами и их левосторонним расположением гематом. Степень выраженности дезадаптирующих синдромов уменьшается с увеличением срока катамнеза и проводимого дифференцированного лечения.

В отдаленном периоде лечения травматических внутричерепных гематом положительные результаты бытовой адаптации проявляются в 90% наблюдений, трудовой - в 42%, практическое выздоровление - в 25%. Хорошие результаты лечения по шкале PULSES отмечается в 70% случаев, умеренная зависимость от окружающих - в 18%, глубокая зависимости от окружающих - в 12%. Лучшие результаты определяются при подострых и хронических гематомах, при гематомах малого объема, эпидуральной локализации гематом, отсутствии дислокационного синдрома и осложнений в остром периоде.

У больных, находившихся в стадии клинической субкомпенсации в остром периоде ЧМТ и оперированных в ранние сроки до 24 часов, более часто отмечается практическое выздоровление и умеренная инвалидизация по сравнению с такими же пострадавшими в стадии грубой декомпенсации (53%, 26% и 22%, 72% соответственно).

При выборе тактики лечения в отдаленном периоде после хирургического и консервативного лечения травматических внутричерепных гематом необходимо учитывать основные клинические синдромы последствий, сопутствующую соматическую патологию, данные нейровизуализации, а при наличии эпилептического синдрома обращать особое внимание на динамическое ЭЭГ-обследование. Наиболее целесообразно проводить лечение в условиях диспансерного наблюдения с привлечением смежных специалистов (психиатра, психолога, логопеда).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Арутюнов, А.И. Травматические внутричерепные гематомы / А.И. Арутюнов // *Руководство по нейротравматологии. Ч. 1.* - М., 1978. С. 257- 269.
2. Архангельский, В.В. Патологическая анатомия черепно-мозговой травмы / В.В. Архангельский // *Руководство по нейротравматологии. Ч. 1.* - М.: Медицина, 2010. - С. 7-42.
3. Благодатский М.Д. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том I / Под редакцией акад. РАМН. А.Н. Коновалова, проф. Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. - М: Антидор, 1998 - 550 с.
4. Карабаев И.Ш., Камалов К.У., Поддубный А.Б. Анализ типичных ошибок в диагностике, тактике и хирургического лечения тяжелой черепно-мозговой травмы // *III съезд нейрохирургов России.* - Санкт-Петербург, 2002. - С. 27-28.
5. Крылов В.В., Талытов А.Э., Пураас Ю.В. Выбор трепанации в хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы. // *Журнал Вопросы нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, 2007.* - №1. - С.3-11.
6. Лихтерман Л.Б., Корниенко В.Н., Потапов А.А. Черепно-мозговая травма: прогноз, течение и исходы. - М.: Книга ЛТР, 2003. - 309 с.
7. Abe M., Udonо H., Tabuchi K. Analysis of ischemic brain damage in cases of acute subdural hematomas. // *Surg Neurol., 2009.* - Vol. 59(6). - P. 464-72.

РЕЗЮМЕ

Дифференцированный подход в лечении травматических внутричерепных гематом

Настоящая работа основана на анализе данных 197 пациентов с изолированными травматическими внутричерепными гематомами 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. 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 см³ были в 12%, 50-100 см³ - в 54%, более 100 см³ - в 25% наблюдений.

Ключевые слова: Внутричерепная гематома, хирургическое лечение, консервативное лечение, отдаленные результаты.

SUMMARY

Differentiated approach in the management of traumatic intracranial hematomas

The investigation is based on the analysis of data from 197 patients 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 cases, female - 30. Out of these 197 series, epidural hematomas have been removed in 40 patients, subdural hematomas - in 107, intracerebral hematomas - in 20, epi-s0ubdural hematomas - in 16, combination of subdural and intracerebral hematomas - in 12, epidural and intracerebral - in 1, intraventricular hematoma - in 1 case. Small sized hematomas - 20-50 cm³ have been revealed in 12%, 50-100 cm³ - in 54%, more than 100 cm³ - in 25% series.

Keywords: Intracranial hematoma, surgical treatment, conservative management, remote results.

8. Bullock R., Tesdale A. *Surgical management of traumatic intracranial hematomas.* - Elsevier, Amsterdam, 2008. - P. 249-198.

9. Croce M.A., Schurr M.D., Dent D.L. *Management of small acute subdural hematomas // J. Term. Med. Assoc., 2009. -Vol. 87. -N 3. - P. 104-105.*

10. Englander J., Cifu D.X., Wright J.M. *The association of early computed tomography scan findings and ambulation, self-care, and supervision needs at rehabilitation discharge and at 1 year after traumatic brain injury. // Arch Phys Med Rehabil., 2010. - Vol. 84(2). - P. 214-20.*

11. Gudeman S., Young F., Miller D. *Indication for operative management and operative technique in closed head injury //Textbook of head injury, 2009. - P.138-181.*

12. Jacobsson L.J., Westerberg M., Lexell J. *Demographics, injury characteristics and outcome of traumatic brain injuries in northern Sweden. // Acta Neurol Scand, 2007. - Vol. 116(5). - P. 300-6.*

ТҮЙІН

Бастағы зақымдылық гематомаларды емдеуінде келелі ұстаным

Осы жұмыс бастағы зақымдылық гематомалармен оқшауланған 197 емделушілердің хирургиялық және операциясыз емдеуден кейін мәліметтерді талдауға негізделген. Науқастарға бақылау мерзімі – жарақатты алғаннан және жедел араласқаннан кейін 1 жастан 22 жасқа дейінгі науқастар, орташа катамнезі $7,0 \pm 3,0$ жыл, науқастардың жасы – 20 жастан 75 – ке дейін, орта жасы $43,0 \pm 4,0$ жыл. Еркектер - 167 бақылау, әйелдерде - 30 бақылаулар. Біздің бақылалатын 197 емделушілердің арасында 40 науқаста эпидуралды гематомалар жойылды, 107 науқаста субдуралды гематомалар алып тасталынды, ми ішіндегі - 20; эписубдуралды гематомасы 16 адамда болды, субдуралды және ми ішіндегі гематомасы тіркесінде - 12 бақылауларда, эпидуралды және ми ішіндегі - 1 бақылауда бар болды, асқан ішіндегі гематома 1 бақылауда анықтаған. Аз көлемнің гематомасы - 12% - да 20-50 см³, 54% - 50-100 см³, 100 см³-тен астамы - 25% бақылауларда болған.

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

УДК 616.8-07

АНАЛИЗ ИНФОРМАТИВНОСТИ МЕТОДОВ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ГРЫЖАХ ПОЯСНИЧНЫХ ДИСКОВ

К.Б. Ырысов, К.А. Исмаилов

Кафедра нейрохирургии Кыргызской Государственной Медицинской Академии имени И. К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Введение. Своевременность диагностики, профилактики и лечения неврологических проявлений поясничного остеохондроза является весьма важной проблемой для здравоохранения, и, несмотря на имеющиеся достижения ее нельзя считать разрешенной.

Болевым синдромам поясничного отдела позвоночника посвящено множество работ. Тем не менее, до сих пор нет единого мнения о причинах возникновения различных болевых синдромов в спине и конечностях и их связи с морфологическими изменениями позвоночника. Существенную роль в их определении призваны сыграть дополнительные методы диагностики. Каждый из применяемых сегодня методов имеет свою точку приложения и диагностическую ценность [1-7].

Надежная верификация грыжевых и негрыжевых форм компрессии содержимого позвоночного канала достаточно затруднительна. В последнее время наметилась значительная динамика взглядов исследователей и практикующих врачей на вопросы патогенеза, течения, биохимических изменений элементов спинного мозга и связочного аппарата, происходящих при остеохондрозе. Это связано с новыми возможностями, которые раскрылись благодаря появлению компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в арсенале средств диагностики. С внедрением в практику КТ и МРТ достоверность информации повысилась до 82 - 93% [1].

В зависимости от характера оперативных пособий, подбора пациентов, методов оценки результатов лечения и