

які знаходяться у стані психічного напруження тривалий час, спостерігається зниження функціональної активності слинних залоз і збільшується розповсюдженість стоматологічної патології.

Висновок

Усі форми тривалого психічного напруження, до яких належать стрес і депресія, є ризиком розвитку і посилення стоматологічної патології, при цьому одним із найважливіших патогенних чинників слід вважати зниження функціональної активності слинних залоз.

ЛІТЕРАТУРА

1. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учеб. пособие / В. Д. Менделевич. – М., 2005. – 390 с.
2. Трошин В. Д. Стресс и стрессогенные расстройства. Диагностика, лечение и профилактика / В. Д. Трошин. – М. : МедИнформАгентство, 2007. – 784 с.
3. Вейн А. М. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / А. М. Вейн. – М., 2009. – 369 с.
4. Денисов А. Б. Слюна и слюнные железы / А. Б. Денисов. – М., 2006. – 370 с.
5. Афанасьев В. В. Слюнные железы. Болезни и травмы : рук. для врачей / В. В. Афанасьев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 296 с.

REFERENCES

1. Mendeleovich V.D. Clinical and medical psychology. A textbook. Moscow. 2005. 390 p.
2. Troshin V.D. Stress and stress-origin disorders. Diagnostics, treatment and prophylaxis. Moscow, Medical News Agency, 2007, 784 p.
3. Vayne A.M. Vegetative disorders. Clinic. Diagnostics. Treatment. Moscow. 2009. 369 p.
4. Denisov A.B. Saliva and salivary glands. Moscow. 2006. 370 p.
5. Afanasyev V.V. Salivary glands. Diseases and traumas : a guidance for doctors. Moscow, GEOTAR-MEDIA. 2012. 296 p.

Надійшла 22.01.2014

УДК 616.714.15

А. О. Мирзоян

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА СМЕРТНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, ЛЕЧИВШИХСЯ КОНСЕРВАТИВНО

РМЦ «Армения», Ереван, Республика Армения

УДК 616.714.15

А. О. Мирзоян

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА СМЕРТНОСТЬ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ, ЛЕЧИВШИХСЯ КОНСЕРВАТИВНО

РМЦ «Армения», Ереван, Республика Армения

На смертность больных с тяжелой изолированной черепно-мозговой травмой существенное влияние оказывают: первичное поражение головного мозга — нарушение жизненно важных центров, стадия клинического течения черепно-мозговой травмы при поступлении, объем медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах лечения, день поступления больного после травмы, сердечно-сосудистые заболевания, состояние алкогольного опьянения, возрастные изменения организма; развитие мозговых и внемозговых осложнений. В день поступления больного с тяжелой изолированной черепно-мозговой травмой необходимо выполнить компьютерную томографию головного мозга. Для контроля развития патологических процессов при черепно-мозговой травме, оценки эффективности тактики лечения следует проводить динамическое КТ-наблюдение.

Ключевые слова: факторы риска, тяжелая черепно-мозговая травма, консервативное лечение.

UDC 616.714.15

A. O. Mirzoyan

THE RISK FACTORS INFLUENCING ON THE MORTALITY OF CONSERVATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH SEVERE ISOLATED TRAUMATIC BRAIN INJURY

Republic Medical Center "Armenia", Yerevan, Republic of Armenia

The aim is to study the risk factors affecting the mortality of conservative treatment of patients with severe isolated traumatic brain injury (ITBI). The retrospective analysis was performed. 165 medical records of patients with severe ITBI were studied. All of them had conservative treatment in 3 hospitals of city Yerevan (Republic of Armenia) with Department of neurosurgery and intensive care unit.



Conclusions. There are many factors influencing on mortality of patients with severe ITBI: the primary traumatic lesion of the brain — the defeat of the centers of vital functions, stage of clinical course of brain injury at admission, the volume of medical assistance at the pre-hospital and in-hospital stage of treatment, the day of admission after the injury, cardiovascular diseases, alcoholic intoxication, age-related changes of the body, especially in elderly patients, the development of cerebral and extracerebral complications. The patients with severe ITBI should be examined by CT scan at the day of admission. CT dynamic observation is necessary during treatment for monitoring the development of pathological processes of the injury, as well as for the effectiveness of the treatment management. The provided medical assistance at different stages of treatment needs to be improved.

Key words: risk factors, ITBI, conservative treatment.

Введение

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) остается одной из актуальных проблем медицины как в нашей стране, так и за рубежом. Это объясняется большой ее распространенностью среди населения, высоким уровнем временной нетрудоспособности и инвалидизации пострадавших, значительной смертностью, а также тем, что она чаще встречается у лиц молодого и среднего возраста, т. е. у наиболее активной в трудовом и социальном отношении части населения. В развитых странах частота травматизма в структуре причин смерти населения следует за сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а по наносимому обществу суммарному экономическому и медико-социальному ущербу ЧМТ занимает первое место [2; 6; 8]. Тяжелая ЧМТ занимает первое место в структуре нейротравматизма, сопровождается высокой летальностью, грубой инвалидизацией. Различные аспекты тяжелой ЧМТ до настоящего времени остаются недостаточно изученными, что обуславливает особую актуальность этой проблемы в современной медицине [1–4; 7]. Эффективность лечения пациентов с ЧМТ зависит не только от качества диагностических и терапевтических мероприятий, но в значительной мере и от организации медицинской помощи, включающей меры по профилактике ЧМТ, диагностике и своевременному полноценному лечению [5]. Исходя из вышесказанного, постав-

лена **цель:** изучить факторы риска, влияющие на смертность больных с тяжелой изолированной черепно-мозговой травмой, лечившихся консервативно.

Материалы и методы исследования

В Ереване (Республика Армения) с 2007–2011 гг. в трех больницах с отделениями нейрохирургии были исследованы истории болезни лечившихся консервативно больных с тяжелой изолированной ЧМТ. Проведены ретроспективный анализ, процентный расчет. Среди исследуемых больных с тяжелой ЧМТ консервативно излечились 165 человек. Диагноз подтвердился в результате неврологического, рентгенологического, параклинического и КТ-исследований. При изучении факторов, влияющих на смерть, необходимо также учитывать состояние больного при поступлении — стадию ЧМТ, в которой он находился. Для описания общего и неврологического состояния больного мы использовали классификацию клинического течения ЧМТ, согласно которой различают пять этапов клинического течения. При поступлении больные находились в трех разных стадиях клинического течения ЧМТ.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно обобщенным данным, все больные разделены на три группы: первая группа — больные, находившиеся в стадии субкомпенсации клинического течения, — 87 (52,7 %) человек, вторая группа — в

стадии умеренной декомпенсации — 51 (30,9 %) больной, третья — в стадии грубой декомпенсации — 27 (16,4 %) человек. Умерли 23 (13,9 %) больных: 1 (1,15 %) — из первой группы, 9 (13,65 %) — из второй, 13 (48,15 %) — из третьей.

Возраст 67 (77 %) больных первой группы не достигал 60 лет, 20 (23 %) больных — превышал 60 лет, 1 (5 %) человек умер. Во второй группе 36 (70,6 %) больным было до 60 лет, из них 3 (8,3 %) человека умерли. В третьей группе 15 (29,4 %) больным было 60 лет и более, из них 6 (40 %) человек умерли, а 19 (70,4 %) больным третьей группы было до 60 лет, 8 (42,1 %) из них умерли. В этой же группе возраст 8 (29,6 %) пациентов достиг 60 лет и более, умерли 5 (62,5 %) человек.

В первой группе 9 (10,3 %) больных страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями, 5 (5,75 %) находились в состоянии алкогольного опьянения. Во второй группе 5 (9,8 %) больных страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями, 2 (40 %) из них умерли, 7 (13,7 %) находились в состоянии алкогольного опьянения, 1 (14,3 %) из которых умер. В третьей группе 3 (11,1 %) человека страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями, 1 (33,3 %) из них умер, 4 (14,8 %) находились в состоянии алкогольного опьянения, 2 (50 %) из которых умерли.

На догоспитальном этапе 72 (82,8 %) больных первой группы не получили необходимого лечения, из них умер 1 (1,4 %) человек. Во второй



группе не получили лечения 38 (74,5 %) больных, 6 (15,8 %) из них умерли. В третьей группе 15 (55,6 %) больных остались без адекватного лечения, 6 (40 %) из них умерли.

В первой группе в первый день травмы поступили 60 (69 %) больных, из них 1 (1,7 %) умер. На второй-третий день поступили 27 (31 %) больных этой группы. Во второй группе 40 (78,4 %) больных поступили в первый день травмы, из них 7 (17,5 %) умерли. Из 11 (21,6 %) больных этой группы, поступивших на второй-третий день травмы, 2 (18,2 %) умерли. В третьей группе 24 (88,9 %) больных поступили в первый день травмы, из них 10 (41,7 %) умерли. Из 3 (17,65 %) пациентов, поступивших на второй-третий день травмы, все умерли.

В день поступления КТ-исследование головного мозга не было выполнено у 26 (29,9 %) больных первой группы, 3 (5,8 %) — второй группы, 1 (33,3 %) пациент второй группы умер. В третьей группе не проведено КТ-исследование 2 (7,4 %) больным, 1 (50 %) из которых умер.

В течение первого дня поступления умерли 5 (21,7 %) больных, 4 (14,8 %) из них были из третьей группы, а 1 (2,0 %) — из второй.

Во время лечения динамическое КТ-наблюдение не было осуществлено у 37 (42,5 %) больных первой группы, 22 (43,1 %) — второй группы; 4 (18,2 %) из них умерли. В третьей группе такое наблюдение не проводилось у 15 (55,6 %) пациентов, из которых 10 (66,7 %) умерли.

Диагноз ЧМТ был подтвержден результатами КТ-исследования, рентгенодиагностики, лабораторных анализов, заключением консультаций узких специалистов. В результате патоморфологического исследования мозга мертвых были установлены причины смерти. Их разделили на две группы:

мозговые и внемозговые. Мозговые причины, в свою очередь, делились на первичные и вторичные травматические поражения мозгового вещества. Первичными считались случаи смерти, которые возникли в результате первичных травматических поражений жизненно важных центров головного мозга. Вторичным считалось развитие отека мозгового вещества, вследствие которого развиваются дислокационные явления или ишемизация мозгового вещества, что приводит ко вторичному поражению жизненно важных центров головного мозга. В результате первичного мозгового травматического поражения 8 (34,8 %) человек умерли. Из них 5 (18,5 %) входили в третью группу, 3 (5,9 %) — во вторую. Вследствие вторичного травматического поражения погибли 13 (56,5 %) человек, 7 (25,9 %) из которых были из третьей группы, 5 (9,8 %) — из второй, 1 (1,1 %) — из первой. В результате внемозговых осложнений умерли 2 (8,7 %) больных, 1 (3,7 %) из первой группы — у него случился острый инфаркт миокарда, а 1 (2 %) — из второй группы — у него развились аспирационная пневмония и острая дыхательная недостаточность.

Аспирационная пневмония, пролежни зарегистрированы у 4 (14,8 %) больных третьей группы.

Смерть при тяжелой ЧМТ после консервативного лечения наступила в 23 (13,9 %) случаях. Погибли почти половина больных, поступивших в стадии грубой декомпенсации — 13 (48,15 %) человек, 9 (13,65 %) — в стадии умеренной декомпенсации и только 1 (1,15 %) — в стадии субкомпенсации.

Случаи смерти высоки в старческом возрасте (60 лет и старше). Среди больных, поступивших в стадии грубой декомпенсации, смерть в старческой возрастной группе зарегистрирована в 5 (62,5 %)

случаях, до 60 лет — в 8 (42,1 %), среди поступивших в стадии умеренной декомпенсации — в 6 (40 %), в стадии субкомпенсации — в 1 (5 %).

Сердечно-сосудистые заболевания способствовали смертности больных, поступивших в стадии грубой или умеренной декомпенсации. Эти заболевания встречаются в 9,8–11,1 % случаев, из которых в 33,3–40 % бывает смертельный исход.

На смертность больных, поступивших в стадии грубой или умеренной декомпенсации, влияет также состояние алкогольного опьянения. Из всех больных 13,7–14,8 % людей находились в состоянии алкогольного опьянения, из которых у 14,3–50 % наблюдался летальный исход. Сердечно-сосудистые заболевания, а также алкогольное опьянение усложняют не только клиническое течение ЧМТ, но и своевременную диагностику, тем самым способствуют летальному исходу. На смертность влияет также отсутствие лечения на догоспитальном этапе у больных, поступающих в стационар в стадии грубой или умеренной декомпенсации. Такие больные составили 55,6–74,5 % из всех поступивших, что в 15,8–40 % случаев привело к смертельному исходу. На клиническое течение и результат лечения больных с тяжелой ЧМТ существенное влияние оказывает срок госпитализации: 21,6–41,7 % больных, находящихся в стадии грубой или умеренной декомпенсации, поступили в стационар на 2–3-й день травмы, у 18,2–100 % из них был смертельный исход, тогда как среди поступивших в первый день травмы — у 17,1–47,1 %.

Роль КТ-исследования трудно преувеличить. Компьютерная томография способствует быстрому установлению диагноза. К сожалению, 7,4–8 % больным, находящимся на стадии грубой или умеренной де-



компенсации, не проведено КТ-исследование головного мозга, из них 33,3–50 % умерли. В день поступления случаи смерти зарегистрированы только у 5 (21,7 %) больных, среди поступивших в стадии грубой декомпенсации — у 4 (14,8 %), а в стадии умеренной декомпенсации — у 1 (2 %). Это означает, что смертность больных с ЧМТ можно сократить путем улучшения качества лечения.

Для отслеживания развития патологических процессов у больных с ЧМТ, оценки эффективности консервативного лечения необходимы не только ежедневный неврологический осмотр, но и осуществление динамического КТ-наблюдения, что выполнено в 42,5–55,6 % случаев. Среди в последствии умерших больных оно проведено в 44,4–76,9 % случаев, притом только у пострадавших, поступивших в стадии грубой или умеренной декомпенсации. Причиной смерти только в 8 (34,8 %) случаях было первичное травматическое поражение головного мозга. Такое поражение отмечалось у 5 (18,5 %) больных, поступивших в стадии грубой декомпенсации, у 3 (5,9 %) — в стадии умеренной декомпенсации. В таких случаях течение болезни не зависит от способов лечения. Причиной смерти 13 (56,5 %) человек стало вторичное травматическое поражение. В результате таких поражений смерть наступила у 7 (25,9 %) больных, поступивших в стадии грубой декомпенсации, у 5 (9,8 %) — в стадии умеренной декомпенсации, у 1 (1,15 %) — в стадии субкомпенсации. В подобных случаях велика роль лечения независимо от того, на каком этапе поступил больной. Тактика лечения должна быть направлена на предотвращение не только мозгового, но и немозгового осложнения, а также их устранение. Немозговые осложнения зарегистри-

рованы у 2 (8,7 %) умерших. Это сердечные и легочные осложнения, ставшие причиной смерти у 2–3,7 % больных, поступивших на разных стадиях декомпенсации. На процесс лечения отрицательно может повлиять легочное осложнение, возникновение пролежней, которые отмечены у 4 (14,8 %) больных, поступивших в стадии грубой декомпенсации.

Выводы

1. На смертность больных с тяжелой изолированной ЧМТ существенное влияние оказывают: первичное поражение головного мозга — нарушение жизненно важных центров, стадия клинического течения ЧМТ при поступлении, объем медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах лечения, день поступления больного после травмы, сердечно-сосудистые заболевания, состояние алкогольного опьянения, возрастные изменения организма, особенно у больных старческого возраста, а также развитие мозговых и немозговых осложнений.

2. В день поступления больных с тяжелой изолированной ЧМТ необходимо проводить КТ-исследование головного мозга. Для наблюдения за развитием патологических процессов при ЧМТ, контроля эффективности тактики лечения необходимо динамическое КТ-наблюдение во время лечения.

3. Оказание медицинской помощи на разных этапах лечения нуждается в улучшении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зотов Ю. В. Очаги разможнения головного мозга (клиника, диагностика, лечение) / Ю. В. Зотов, Р. Д. Касумов, И. И. Тауфик. — СПб.: Изд-во РНХИ им. проф. А. Л. Поленова, 1996. — 256 с.

2. Коновалов А. Н. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том 1 / А. Н. Коновалов; под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. — М.: АНТИДОР, 1998. — 550 с.

3. Лебедев В. В. Неотложная нейрохирургия: рук. для врачей / В. В. Лебедев, В. В. Крылов. — М.: Медицина, 2000. — 568 с.

4. Лихтерман Л. Б. Справочник по нейротравматологии / Л. Б. Лихтерман. — М., 1994. — 416 с.

5. Социальные и эпидемиологические аспекты черепно-мозговой травмы (обзор) / Д. М. Овсянников, А. А. Чехонацкий, В. Н. Колесов, А. И. Бубашвили // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2012. — Т. 8, № 3. — С. 777–785.

6. Сергеев В. А. Сравнительное клинико-психологическое исследование больных с отдаленными последствиями ЧМТ, осложнениями алкогольной зависимостью: автореф. дис. ... д-р мед. наук / В. А. Сергеев. — Челябинск, 2006. — 32 с.

7. Evaluation of pharmacological treatment strategies in traumatic brain injury / N. Marklund, A. Bakshi, D. J. Castelbuono [et al.] // Curr Pharm Des. — 2006. — Vol. 12. — P. 1645–1680.

8. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe / F. Tagliaferri, C. Compagnone, M. Korsic [et al.] // Acta Neurochir (Wien). — 2006. — Vol. 148. — P. 255–268.

REFERENCES

1. Zotov Yu.V., Kasumov R.D., Taufik I. Foci of brain crushing (clinic, diagnostics, medical treatment). SPb. A.L. Polenov's RNHI edit. office, 1996. — 256 p.

2. Konovalov A.N.; Konovalov A.N., L.B. Likhтерman, A. A. Potapov (eds). Cranio-cerebral trauma clinical guidance. Vol. 1. Moscow, ANTIDOR, 1998. — 550 p.

3. Lebedev V.V., Krylov V.V. Emergency neurosurgery. Manual for doctors. M., Medicine. 2000. 568 p.

4. Likhтерman L.B. Neurotraumatology guidance. Moscow, 1994. 416 p.

5. Ovsyannikov D.M., Chekhonatskiy A.A., Kolesov V.N., Bubashvili A.I. Social and epidemiologic aspects of cranio-cerebral trauma (review). *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal* 2012; 8 (3): 777-785.

6. Sergeev V.A. Comparative clinical-psychological research of patients with remote consequences of cranio-cerebral trauma, complications by alcoholic addiction; avtorefer. dis. dr. med. sciences. Chelyabinsk, 2006. 32 p.

7. Marklund N., Bakshi A., Castelbuono D.J. et al. Evaluation of pharmacological treatment strategies in traumatic brain injury. *Curr Pharm Des* 2006; 12: 1645-1680.

8. Tagliaferri F., Compagnone C., Korsic M. et al. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta Neurochir (Wien)* 2006; 148: 255-268.

Поступила 22.01.2014

