



Оңтүстік Қазақстан
медицина академиясының

ХАБАРШЫСЫ

• ВЕСТНИК •

Южно-Казакстанской медицинской академии

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

№2 (86), 2019

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 2 (86), 2019

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medicina academy
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

Учредитель:

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

Журнал перерегистрирован Министерством информации и коммуникаций Республики Казахстан Регистрационное свидетельство №17199-ж от 04.07.2018 года.
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКМА» зарегистрирован в Международном центре по регистрации сериальных изданий ISSN(ЮНЕСКО, г.Париж,Франция), присвоен международный номер ISSN 2306-6822

Журнал индексируется в КазБЦ; в международной базе данных Information Service, for Physics, Electronics and Computing (InspecDirect)

Адрес редакции:
160019 Республика Казахстан,
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1
Тел.: 8(725-2) 40-22-08, 40-82-22(5113)
Факс: 40-82-19
www.ukgfa.kz, ukgma.kz
E-Mail: medacadem@rambler.ru,
raihan_ukgfa@mail.ru

Тираж 200 экз. Журнал отпечатан в типографии ОФ «Серпилис», г. Шымкент.

Главный редактор

Рысбеков М.М., доктор мед. наук., профессор

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук, асс.профессор

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А.

Редакционная коллегия:

Абдурахманов Б.А., кандидат мед.н., доцент
Абуова Г.Н., кандидат мед.н., доцент
Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Дуцанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Кауызбай Ж.А., кандидат мед.н., доцент
Ордабаева С.К., доктор фарм.наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор

Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Бачек Т., асс.профессор(г.Гданьск, Республика Польша)
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated Professor (Dudley, UK)
Георгиянц В.А., д.фарм.н., профессор (г.Харьков, Украина)
Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск, Россия)
Корчевский А. Phd, Doctor of Science (г.Колумбия, США)
Раменская Г.В., д.фарм.н., профессор (г.Москва, Россия)
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек, Кыргызстан)
Халиуллин Ф.А., д.фарм.н., профессор (г.Уфа, Россия)
Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK, Финляндия)
Хеннеле Титтанен, (Университет LAMK, Финляндия)
Шнитовска М.,Prof.,Phd., M.Pharm (г.Гданьск, Республика Польша)



**«Инсультологияның өзекті мәселелері,
даму перспективалары»**

Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференциясының материалдары
18-19 наурыз 2019 жыл, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

Материалы международной научно-практической конференции
«Актуальные вопросы инсультологии, перспективы развития»
18-19 марта 2019 года, город Шымкент, Республика Казахстан

International

Scientific and practical conference proceedings

«Topical issues in stroke research, perspective for development»
March 18-19, 2019, Shymkent the city, the Republic of Kazakhstan

**Приветственное слово ректора Южно-Казахстанской медицинской академии,
доктора медицинских наук, профессора Рысбекова Мырзабека Мырзахевича
участникам международной научно-практической конференции «Актуальные
вопросы инсультаологии, перспективы развития»
18-19 марта 2019 года, город Шымкент, Республика Казахстан**



Уважаемые гости и коллеги!

Мы рады приветствовать Вас на Международной научно-практической конференции, посвященной проблемам инсульта «Актуальные вопросы инсультаологии, перспективы развития», которая проводится в г.Шымкенте при поддержке Республиканского Координационного центра по проблеме инсульта АО «Национальный центр нейрохирургии» Министерства здравоохранения Республики Казахстан и Управления здравоохранения Туркестанской области!

Мы рады приветствовать Вас на южноказахстанской земле, богатой не только природными ресурсами, достопримечательностями, занесенными в мировое культурное наследие, но и человеческим капиталом. В южном регионе сконцентрированы не только медицинские клиники, выполняющие высокотехнологичные операции на сердце, так и по пересадке почек и печени. Радует то, что мы продвинулись далеко вперед и по оказанию медицинских услуг в области инсультаологии, эпилептологии, двигательным расстройствам и болезни Паркинсона.

В течение двух дней на научном форуме будут рассматриваться проблемы, касающиеся основных вопросов эпидемиологии и факторов риска сосудистых заболеваний головного мозга, патогенезу острой цереброваскулярной патологии, особенностям ведения больных в остром периоде церебрального инсульта, направлений реабилитации, первичной и вторичной профилактики.

Спикеры обсудят современные достижения в области изучения тонких механизмов ишемического и геморрагического повреждения головного мозга, а также устройств для механического восстановления кровотока, способных с помощью различных средств реабилитации улучшить качество жизни пациентов, находящихся на длительном лечении в амбулаторных условиях и в условиях стационаров. Есть положительная динамика и в сфере медицинской техники и фармации, фармакотерапии и клинической фармакологии.

Отрадно, что на конференции будут представлены итоги реализации программ помощи больным с сосудистой патологией в нашей стране, по внедрению новых инвазивных технологий и технологий восстановительного лечения в клиническую практику.

Следует также отметить, что на научном форуме присутствуют представители ведущих казахстанских и зарубежных клиник, известные ученые, внесшие значительный вклад в данную область, а также практические врачи, организаторы здравоохранения, которые помимо профессионального общения, приобретут новые контакты, укрепляющие деловые и дружеские связи между государствами и народами.

Как показывает практика, нынешняя конференция имеет большую социальную направленность, и ее результаты будут донесены не только до медицинской общественности Казахстана, Туркестанской области и города Шымкента, но и до пациентов, и их родственников.

Желаю гостям и всем участникам конференции плодотворной работы, интересных дискуссий, эффективного взаимодействия и новых достижений!

МРНТИ 76.29.51

УДК 616.831-005.1-003.93

Табиев Идиль Искандарович

Руководитель образовательного курса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр» «Основы физической и реабилитационной медицины на этапах реабилитации больного с патологией центральной нервной системы», врач-невролог неврологического отделения для больных ОНМК Республиканского головного сосудистого центра ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр», г. Казань, Республика Татарстан, Россия, e-mail: ideltabi@gmail.com

**АЛГОРИТМ НЕРОБОТИЗИРОВАННОЙ ПАССИВНО-АКТИВИЗИРУЮЩЕЙ
ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНСУЛЬТА.**

Резюме

Рассмотрены подходы к реабилитации пациентов после инсульта с определением алгоритма нероботизированной пассивно-активизирующей вертикализации в острый период заболевания. Представлены результаты исследования с оценкой эффективности разработанных алгоритмов лечения. Обследованы с 2015 по 2018 год 1156 пациентов с гемипарезами в остром периоде инсульта (ишемического и геморрагического). Больные 1-й группы (683 человека) получали лечение по разработанному алгоритму пассивно-активизирующей вертикализации, больные 2-й группы (473 человека) получали традиционную реабилитацию. Установлено, что в 1-й группе пациентов восстановление уровня подвижности и достижение более высокой функциональной независимости после инсульта оказались выше по сравнению с группой, получавшей традиционную реабилитацию.

Ключевые слова: инсульт, гемипарез, реабилитация, вертикализация, мобилизация.

Актуальность проблемы. Острые нарушения мозгового кровообращения являются важнейшей медико-социальной проблемой, т.к. инсульт занимает ведущее место по инвалидизации населения среди всех заболеваний. Только в России, по данным Национального регистра инсульта, 31% пациентов, перенесших инсульт, требуют посторонней помощи для ухода за собой, 20% не могут самостоятельно ходить, лишь 8% выживших больных могут вернуться к прежней работе [12, с.9], кроме того, около 25% пациентов, перенесших инсульт, имеют двигательные нарушения, которые приводят к неспособности передвигаться и самостоятельно обслуживать себя и вызывают необходимость физической помощи со стороны других лиц [10].

Учитывая важность данной проблемы, Европейское бюро ВОЗ и Европейская ассоциация по инсульту (Хельсингборгская Конференция 2006 г.) определили стратегической целью достижение бытовой «независимости» через 3 месяца от начала заболевания не менее 70% выживших пациентов [3, с.10], а в рамках Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020гг. по обеспечению доступности и повышению эффективности медицинских услуг поставлены задачи по развитию медицинской реабилитации [2].

Достижение данных целей невозможно без организации преемственности комплекса мероприятий по ранней активизации пациента согласно этапной [13] или фазовой (в фазы А и В, т.е. первые 3-7 недель от дебюта заболевания [7, с.13-20.]) модели реабилитации неврологического больного на основе деятельности мультидисциплинарной бригады [15].

Поэтому создание комплексной методики реабилитации больных с различными формами неврологического дефицита, развившегося вследствие инсульта или другой мозговой катастрофы, является решением крайне актуальной и важной задачи, позволяющим существенно облегчить страдания пациентов и повысить качество оказания медицинской помощи.

Цели и задачи ранней нейрореабилитации больного инсультом. В остром и раннем периодах реабилитации больного с инсультом (1-й, 2-й и частично 3-й этапы восстановительного лечения [13]) необходимо решить следующие задачи (Г.Е.Иванова, 2003) [4]:

- 1) восстановление функции морфологически сохранных, но функционально недеятельных нейронов и угнетение тех механизмов, которые обуславливают образование зоны функциональной асинапсии;
- 2) предупреждение развития атонических и атрофических процессов в мышцах через поддержание и этапное развитие нормальных функциональных взаимоотношений между различными мышечными группами, соответствующими постнатальному онтогенезу двигательной функции, или воссоздание статического и динамического стереотипов;

3) поддержание и расширение функциональных возможностей пациента на основе адекватной стимуляции функции кардиореспираторной системы.

Имеющиеся на сегодняшний день данные клинических исследований позволяют утверждать, что при правильно подобранном своевременном лечении человеческий мозг способен в значительной степени восстановить свои функции после инсульта [18, с.183] и, на данном этапе, накоплен достаточный клинический опыт практического применения различных медикаментозных и немедикаментозных методов регулирования процессом восстановления нейронов. Эффективность данных методов основана на стимулировании процессов нейромышечной пластичности: неоднократные повторяющиеся тренировки, ориентированные на решение конкретных задач, вызывают кортикальную функциональную перестройку [23; 25], повышают кортикальное представительство с дальнейшим функциональным восстановлением [27], а так же уменьшают риск развития депрессивных симптомов - еще одного негативного фактора в постинсультном периоде, снижающего мотивацию к реабилитации и, соответственно, реабилитационный потенциал и являющегося фактором риска повторных сосудистых событий [28].

Особенностью течения инсульта является длительность назначения пациенту с тяжёлым соматическим неблагополучием, грубым неврологическим дефицитом постельного режима, вследствие чего огромное значение приобретает проведение ранней вертикализации больного.

Задачи ранней вертикализации [14, с.6.]:

- сохранение регуляции вегетативной нервной системы, обеспечивающей адекватное функционирование дыхательной и сердечно-сосудистой систем;
- профилактика развития привычного регуляторного обеспечения кровообращения в горизонтальном положении, приводящего к ортостатической гипотензии.
- сохранение рефлекторного механизма опорожнения кишечника и мочевого пузыря, а также информацию с суставов, особенно коленных и голеностопных;
- поддержание постурального тонуса и сохранения схемы тела в вертикальном положении гравитационным раздражением рецепторного аппарата суставов конечностей, позвоночника.

Если вертикализация не произошла в течение 48 часов, то все эти процессы придется восстанавливать с нуля.

Ранняя мобилизация пациента с инсультом способствует стабилизации витальных функций (нормализации глотания, улучшению дыхания, оксигенации крови), снижению риска развития пневмонии и пролежней, подготавливает к дальнейшей антигравитационной активности, закладывает основы восстановления бытовых навыков (самостоятельности при приеме пищи, одевании, умывании, пользовании туалетом) и дальнейшей социализации больного - полноценного общения и возможности участия в окружающей жизни.

Условия начала ранней вертикализации [3, с.110-114]:

- инфаркт мозга средних и небольших размеров, небольшие кровоизлияния; - обширные инфаркты и кровоизлияния: сроки активизации больных определяются сроками начала регресса отёка мозга и дислокационных явлений, выявляемых с помощью методов нейровизуализации.

Таким образом, показанием к пассивной вертикализации является острейший/острый период ОНМК с момента поступления пациента в отделение реанимации, палату/блок интенсивной терапии.

При отсутствии противопоказаний ранняя вертикализация проводится по следующим технологиям [11]:

1. Пассивная вертикализация – вертикализация с помощью ассистента/ассистентов на 3-х секционной кровати и (или) поворотном столе под контролем врача реаниматолога или врача-специалиста, прошедшего специальную подготовку;

2. Активно-пассивная аппаратная вертикализация – самостоятельная вертикализация с использованием стендера под контролем/с помощью ассистента, прошедшего специальную подготовку;

3. Активно-пассивная мануальная вертикализация – самостоятельная вертикализация с помощью одного или двух ассистентов, прошедшего специальную подготовку;

4. Активная вертикализация – самостоятельная вертикализация (и ходьба) под контролем ассистента, прошедшего специальную подготовку.

Общие правила активной вертикализации: - максимально раннее начало; - постепенное уменьшение площади опоры (от сидения с полной опорой – спина, локти, стопы до активного сидения с поддержкой паретичного локтя); - постепенное увеличение продолжительности (в зависимости от уровня АД, общего самочувствия, двигательных возможностей); - бережное отношение к плечу (при любом перемещении пациентов с высоким риском развития болей в плече необходимо проводить профилактические мероприятия – позиционирование паретичной руки,

ношение бандажа, пассивная гимнастика); - использование вертикального положения для функциональной деятельности пациента (умывание, чистка зубов, приём пищи и жидкости, общение).

Непосредственно перед вертикализацией, согласно общепринятой методике [11], для оценки волемического статуса проводится тест пассивного поднятия нижних конечностей (PLR - passive leg raising test): у лежащего на спине в горизонтальном положении пациента исследователь поднимает вытянутые ноги до угла не менее 60° и регистрирует показатели гемодинамики (АД, ЧСС, центральное венозное давление – при наличии катетера в центральной вене) до начала подъема и в верхней точке. Тест положительный, если отмечается повышение АД и (или) ЧСС на 10%, ЦВД на 2 мм рт. ст. от исходного уровня. В этом случае пациент имеет волемический дефицит, создающий угрозу развития гемодинамических нарушений при вертикализации. После коррекции гиповолемии тест повторяется. В случае отрицательного результата пациента можно вертикализировать.

При проведении вертикализации на поворотном столе (подъемы последовательно на 20° , 40° , 60° , 80°) или функциональной кровати (подъемы последовательно на 45° , 60° , 75° , 90°) контролируются показатели витальных функций (гемодинамики - АД, ЧСС, сатурации кислорода крови %SpO₂) и возможные внешние признаки возможного ухудшения состояния пациента (развитие бледности кожных покровов, гипергидроза, цианотичности носогубного треугольника, закатывание глазных яблок или нарушения сознания).

Результаты проведенной вертикализации пациента подлежат обязательной интерпретации и фиксации в истории больного.

Биомеханика вертикализации. Стандартная технология вертикализации неврологического больного (с инсультом или после нейрохирургической операции) в сосудистом центре РФ включает в себя 2 этапа: в Б(П)ИТ с помощью поворотного стола (см. рис. 1а) и активная вертикализация в отделении для больных ОНМК с постановкой пациента на ноги (см. рис. 1б).



Рисунок 1 - Стандартная технология вертикализации в условиях сосудистого центра.

а). Пассивная вертикализация в Б(П)ИТ с помощью поворотного стола.

б). Активная вертикализация медицинским специалистом в ПСО.

Недостатками данной технологии являются: 1.Вертикализация в Б(П)ИТ с помощью поворотного стола или в ПСО проводится изолированно от других стимулирующих методик физической нейрореабилитации (Бобат, проприоцептивного нейромышечного прототипа (PNF) и его аналогов – методы по В.А.Исановой, Кастильо Моралес и др.). 2.Процедура вертикализации, согласно Клинического протокола Союза реабилитологов России [11], расписана только для Б(П)ИТ, свидетельством чему является бланк стандартизированного протокола. 3. Активизирующая вертикализация в ПСО проводится силами одного врача (методиста, инструктора) ЛФК больным с умеренно выраженным или минимальным дефицитом.

Следствием данных недостатков являются: 1.Отсутствие преемственности в технологии ранней нейрореабилитации между Б(П)ИТ и ПСО сосудистого центра. 2. Пациенты с грубым неврологическим дефицитом и сохранной возможностью двустороннего контакта ограничиваются в проведении адекватной нейрореабилитации. 3.Изолированность активной

вертикализации от других стимулирующих методик приводит к развитию асимметричности тонуса мышц туловища и конечностей с последующим формированием классической позы Вернике-Манна.

Развитие патологических позно-тонических рефлексов, формирующих позу Вернике-Манна с асимметричностью мышечного тонуса, связано с анатомическими и биомеханическими аспектами прямостояния тела человека с опорой на обе ноги, что соответствует теории Н.А.Берштейна об уровнях управления двигательной функцией с собственными механизмами «обратной связи» [1].

Возможность вертикального положения тела обеспечивают мышцы осанки (**антигравитационная группа мышц**): большие ягодичные мышцы, поясничные и дорзальные околопозвоночные мышцы, мышцы задней поверхности шеи, четырехглавые мышцы и трехглавые мышцы голени [8].

Устойчивость вертикального положения (т.е. препятствие падению – законам земной гравитации) зависит от сохранности двусторонней симметричности тонуса и силы данных мышц и возможности целенаправленного контроля пациента над основным центром тяжести своего тела.

Основной центр тяжести человека располагается в области таза, примерно у второго-третьего крестцовых позвонков [8, с.296; 9, с.52-55.]. Однако расположение данного центра не носит постоянный характер и меняется с изменением положения тела человека в пространстве.

Кроме того, функциональное состояние тонуса мышц антигравитационной группы напрямую зависит от противодействия, оказываемого ими силам земной гравитации. Поэтому в условиях отсутствия воздействия гравитационных сил на мышцы осанки (длительный постельный режим, состояние невесомости в течение продолжительного времени у космонавтов и т.п.) из-за сокращения действия сил реакции опоры и уменьшения сенсорной обратной связи нарушается их тонус и снижается сила. Вследствие чего смещение центра тяжести тела в область крыла повздошной кости «здоровой» стороны с опорой на «здоровую» ногу при активной вертикализации пациента с гемипарезом не приводит к восстановлению тонуса паретичных мышц. В результате формируется компенсаторное нарушение осанки из-за развития спастичности тонуса паретичных мышц и/или гипертонуса в контрлатеральных «здоровых», даже при использовании вспомогательных средств опоры (трости, ходунки).

И наоборот, применение поддерживающих терапевтических ортопедических устройств, регулирующих положение туловища и позволяющих адекватно нагружать паретичную нижнюю конечность за счёт частичного поддержания веса тела (около 40%) с равномерной разгрузкой нижних конечностей, способствует активации мышц на нормальном уровне [18, с.127-129; 22].

Методология алгоритма вертикализации больного инсультом в острый период заболевания. В Республиканском головном сосудистом центре ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр» с 2015 по 2018 год проводилось исследование по созданию алгоритма мероприятий пассивно-активизирующей вертикализации (ПАВ) в ранней нейрореабилитации больных инсультом с использованием стандартного штатного оборудования неврологического отделения для больных ОНМК, адаптированного к условиям стандартного сосудистого центра РФ и обеспечивающего преимущество комплексов лечебно-реабилитационных мероприятий по ранней мобилизации больного инсультом (далее – комплекс) с целью оптимизации лечебного процесса и профилактики осложнений, развивающихся на фоне длительного постельного режима, с определением возможных критериев оценки эффективности проводимых мероприятий. Данный алгоритм разрабатывался в соответствии с Клиническими протоколами Союза реабилитологов России и на основе мирового опыта [16, с.2632-2636; 20, с.609–614.; 29].

Методология алгоритма представляет собой последовательное применение ранней пассивно-активизирующей вертикализации пациентов в сочетании с различными методиками кинезотерапии с целью решения конкретных задач (проприоцептивной стимуляции голосообразования, глотания [5, с.129; 6, с.39; 16, с.2632-2636; 18, с.83-113; 20, с.609–614], дыхания, удержания головы и т.п.) с постепенным повышением объёма физических нагрузок с учётом улучшения общего соматического состояния пациента, регресса неврологической симптоматики [17, с.86-99; 18, с.64-78; 19, с.39-44] с динамической оценкой эффективности проводимых мероприятий и проведением специальных диагностических методов обследования.

Целью обследования пациента является исключение рисков возможного ухудшения состояния пациента - мониторинг показателей гемодинамики, дуплексное сканирование вен нижних конечностей, ТКДС, КТ или МРТ головного мозга, динамическая ЭКГ и оценка эффективности проводимых мероприятий по валидизированным скрининговым шкалам (индекс мобильности Ривермид, Рэнкин и др.).

На 0-м этапе реабилитации (Б(П)ИТ – острейший период заболевания) пассивная вертикализация на поворотном столе включена в комплекс мероприятий активизирующего ухода с целью решения следующих задач: активизация пациента с целью уменьшения степени угнетения сознания;

нормализация вегетативных функций; проприоцептивная стимуляция элементов опорно-двигательного аппарата; сохранение рефлекторного механизма опорожнения кишечника и мочевого пузыря.

На данном этапе пассивная вертикализация на поворотном столе проводится совместно с мероприятиями, стимулирующими акт глотания и восстановление позно-тонических рефлексов удержания головы и туловища (см. рис. 2 и 3).



Рис. 2. Проприоцептивная нейромышечная стимуляция лицевой области:
а. сенсорная стимуляция; б. логопедическая стимуляция.



Рис. 3. Совместное проведение пассивной вертикализации на поворотном столе с проприоцептивной нейромышечной стимуляцией в Б(П)ИТ сосудистого центра.

На 1-м этапе реабилитации больного ОНМК (неврологическое отделение для больных ОНМК, ПСО) пассивно-активизирующая вертикализация является базовым элементом в комплексе физической реабилитации и, при наличии контакта с пациентом и активном участии родных и близких, проводится больным с неврологическим дефицитом любой выраженности.

Задачи 1-го этапа: восстановление/поддержание целенаправленного контроля пациентом вертикального положения туловища; восстановление/сохранение схемы тела; восстановление/поддержание целенаправленности движений паретичных конечностей; восстановление функции ходьбы.

На данном этапе с целью восстановления симметричности тонуса мышц туловища, конечностей и восстановления целенаправленности двигательного акта проведение пассивно-активизирующей вертикализации, соответственно теории о многоуровневой системе контроля двигательными функциями [1], разделено на следующие периоды:

1. предварительная целенаправленная проприоцептивная стимуляция антигравитационной группы мышц (см. рис. 14 а-б), что соответствует общемировой практике применения поддерживающих ортопедических устройств с разгрузкой веса [22; 24; 18, с.127-129; 21; 26; 30];

2. на поворотном столе для решения задач по формированию симметричной тонизации мышц туловища и конечностей, восстановлению статических и динамических рефлексов удержания головы и туловища (как подготовительный этап к формированию динамического равновесия) и отработка элементов динамического равновесия (см. рис. 4 в-г);

3. с помощью терапевтических тренажеров для лечения опорно-двигательного аппарата с закреплением достигнутых результатов по восстановлению динамического равновесия и подготовкой к ходьбе (см. рис. 5а и 5б);

4. активная вертикализация из положения «сидя» в положение «стоя» с помощью медицинского персонала;

5. восстановление функции ходьбы.



Рис. 4. Алгоритм пассивно-активизирующей вертикализации в ПСО.

а. Двусторонняя предварительная стимуляция антигравитационной группы мышц.

б. Односторонняя предварительная стимуляция антигравитационной группы мышц.

в. Вертикализация на поворотном столе.

г. Восстановление элементов динамического равновесия.

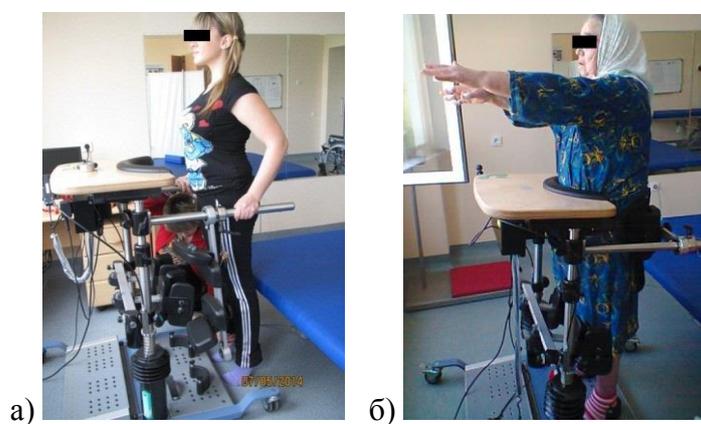
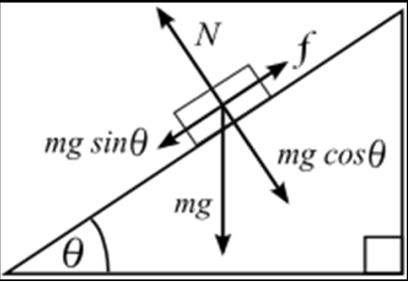


Рис. 5. Вертикализация с помощью тренажёра терапевтического для лечения опорно-двигательного аппарата Balance Trainer (ВЕКА Hospitec, Германия).

Снижение нагрузки на нижние конечности, характерное для применения ортопедических поддерживающих устройств с разгрузкой веса, достигалось за счёт снижения веса в зависимости от угла наклона стола-вертикализатора, соответственно законам физики:

Таблица № 1. Снижение веса в зависимости от угла наклона стола-вертикализатора

	<p>Формула расчёта веса тела на наклонной поверхности</p> <p>$N = m \times g \times \cos\theta$:</p> <p>20° - 34% от массы тела 40° - 64% от массы тела 60° - 86% от массы тела 80° - 97% от массы тела</p>
---	--

Особенностью данного этапа является активное привлечение родственников пациента с целью более адекватного решения поставленных задач (см. рис. 6).



Рис. 6. Варианты участия родственников на различных этапах реабилитации.

В исследовании приняли участие 1156 пациентов с гемипарезами в остром периоде инсульта (ишемического и геморрагического), которых после стандартного обследования были разделены на две группы: 1-я группа (основная) включала 683 пациента и получала лечение по разработанному алгоритму пассивно-активизирующей вертикализации, 473 пациента 2-й группы (контрольная) получали традиционную реабилитацию. Для оценки эффективности при поступлении и выписке проводился неврологический осмотр с дополнительным определением интенсивности развития болевых синдромов в суставах конечностей по Визуально-аналоговой шкале оценки боли (ВАШ) или, при затруднённом речевом контакте, Поведенческой шкале боли (ПШБ), оценкой подвижности пациента по общепринятым международным валидизированным шкалам (Индексу мобильности Ривермид, Индексу Хаузера) и контрольным определением уровня функциональной независимости по Модифицированной шкале Рэнкин через 3 месяца от начала заболевания. В результате лечения (см. рис. 7) отмечалось достоверно значимое снижение частоты развития болевого синдрома, повышения подвижности и достижение более высокого уровня функциональной независимости через три месяца от начала заболевания у пациентов 1-ой группы. Частота развития при выписке из стационара болевого синдрома, оцениваемого по ВАШ/ПШБ, составила 12% в 1-ой группе и 78% у пациентов 2-й, средние показатели Индекса мобильности Ривермид увеличились на 5 и более баллов от исходного уровня у 64% пациентов 1-й группы и 43% пациентов 2-й группы, динамика Индекса ходьбы Хаузера на 3 и более баллов от исходного составила 83% в 1-й группе и 53% во 2-й. Уровень функциональной независимости по Модифицированной шкале Рэнкин через 3 месяца от начала заболевания превысил исходный на 2 и более баллов у 72% пациентов 1-ой группы и 45% у пациентов 2-ой группы.

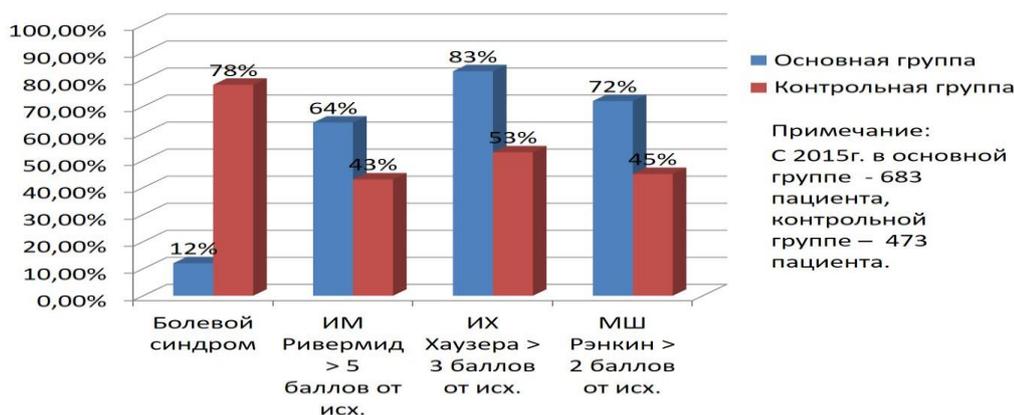


Рис. 7. Результаты исследования по созданию алгоритма мероприятий ПАВ в ранней нейрореабилитации больных инсультом.

Кроме того, с 2009 по 2018 год в связи с совершенствованием диагностических и лечебно-реабилитационных методов в Республиканском головном сосудистом центре ГАУЗ «МКДЦ» определяется достоверное снижение уровня смертности от инсульта, уменьшение доли выписанных пациентов с грубым снижением функциональной независимости и суммарное увеличение при выписки количества пациентов с достижением бытовой функциональной независимости, оцениваемой по Модифицированной шкале Рэнкин (см. рис. 8).



Рис. 8. Динамика функционального восстановления больных ОНМК в РГСЦ в 2009-2018гг.

Заключение. Успешная ранняя активизация больного инсультом является сложным процессом, требующим последовательного применения мультимодального комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, разрабатываемых на основе индивидуального подхода и учитывающих анатомо-физиологические и биомеханические особенности пациентов, с динамическим повышением нагрузки с учётом возможного улучшения соматического состояния пациента, регресса неврологической симптоматики.

Литература

1. Бернштейн Н.А. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. – М.: Медицина, 1966-349 с.
2. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020гг. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации [https:// www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info](https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/health/info).

3. Данилов В.И., Хасанова Д.Р., Данилова Т.В. и др. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики: методические рекомендации / под ред. В.И.Данилова, Д.Р.Хасановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-248с.: ил
4. Иванова Г.Е. Комплексная дифференцированная физическая реабилитация больных с мозговым инсультом: ... д-ра мед. Наук Москва, 2003. – 409 с.
5. Исанова В.А., Табиев И.И., Методология комплексного подхода в реабилитации пациентов с нейрогенной дисфагией. // Международная научно-практическая конференция по нейрореабилитации в нейрохирургии: материалы конференции./ Под редакцией профессора Данилова В.И. и профессора Ивановой Г.Е. – Казань, 2012. – 344с
6. Исанова В.А., Табиев И.И., Мингазова Л.Ш., Реабилитация пациентов с недостаточностью питания в комплексе мероприятий активизирующего ухода в острый период инсульта.//Актуальные проблемы логопедической помощи больным с нарушением речи и других высших психических функций. Материалы второй Республиканской конференции логопедов и психологов 19 ноября 2013г. – Казань, 2013. – 106с.
7. Исанова В.А., Цукурова Л.А., «Нейрореабилитация». Методическое пособие. Казань: «Оста» 2011г. – 304с.
8. Капанджи А. И., Нижняя конечность. Функциональная анатомия. Том 2. –М.: Эксмо, 2010. – 352с.
9. Корлетт Е.Н., Ллойд П.В., Тарлинг К. и др. Руководство по перемещению пациентов / Сост. и пер. с англ. А.В.Борисова; под ред. А.А.Скоромца. – СПб.: Политехника, 2009. – 313 с.: ил.
10. Житкова Ю.В., Хасанова Д.Р., Табиев И.И. Комплексная реабилитация пациентов с постинсультными синдромами. Медицинский совет, 2016, 8: 18-23
11. Клинические рекомендации Союза реабилитологов России «Вертикализация пациентов в процессе реабилитации». 2014. <https://rehabrus.ru/klinicheskie-rekomendaczii.html>
12. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р., Ишемический инсульт. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. - 288с.
13. Приказ МЗ РФ от 29.12.12. № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»
14. Табиев И.И. Методические рекомендации «Алгоритм пассивно-активизирующей вертикализации больного в острый период инсульта». Казань: Библиотека сосудистого центра. 2015. – 33с.
15. Юнусов, Ф.А. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом/Ф.А. Юнусов, Г. Гайгер, Э. Микус. - Москва: Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России», 2004.-С. 310-332.
16. Louise E. Craig, BSc; Julie Bernhardt, PhD; Peter Langhorne, PhD; Olivia Wu, PhD. «Early Mobilization After Stroke: An Example of an Individual Patient Data Meta-Analysis of a Complex Intervention». «Stroke»-2010; 41: 2632-2636.
17. National Clinical Guideline Center (NCGC). Stroke rehabilitation and support of stroke patients. Clinical Guideline. Methods, evidence and recommendations. Published by the NCGC at The Royal College of Physicians, 2011. – 333с.
18. Sue Raine, Linzi Meadows, Mary Lynch-Ellerington. Bobath Concept. Theory and Clinical Practice in Neurological Rehabilitation. John Wiley & Sons, 2009 г. – 232с.
19. Susan S. Adler, Dominiek Beckers, Math Buck. PNF in Practice. Third edition. Springer Medizin Verlag Heidelberg. 2008г. – 302с.
20. Toby B. Cumming, PhD, Janice Collier, PhD, Amanda G. Thrift, PhD and Julie Bernhardt, PhD «The effect of very early mobilization after stroke on psychological well-being». Journal of Rehabilitation Medicine 2008; 40: 609–614.
21. A.Danielsson and K.S.Sunnerhagen, Oxygen consumption during treadmill walking with and without body weight support in patients with hemiparesis after stroke and in healthy subjects, Arch Phys Med Rehabil 81 (2000), 953–957
22. Jan Mehrholz, Simone Thomas, Bernhard Elsner. Treadmill training and body weight support for walking after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews. DOI: 10.1002/14651858.CD002840.pub4. 17.08.2017
23. Jang, S.H., Kim, Y.H., Cho, S.H., Lee, J.H., Park, J.W. & Kwon, Y.H. Cortical reorganisation induced by task-oriented training in chronic hemiplegic stroke patients. Neuroreport. 2003; 14:137–141.
24. K.H. Mauritz, General Rehabilitation, Curr Opin Neurol 3 (1990), 714–718.;
25. Nelles, G., Jentzen, W., Jueptnes, M., Mueller, S. & Diener, H.C. Arm training induced brain plasticity in stroke studied with serial positron emission tomography. Neuroimage. 2001; 13:1146–1154.
26. S.Hesse, M.Konrad and D.Uhlenbrock, Treadmill walking with partial body weight support versus floor walking in hemiparetic subjects, Arch Phys Med Rehabil 80 (1999), 421–427.;

27. Teasell, R., Bitensky, J., Foley, N. & Bayona, A. Training and stimulation in poststroke recovery brain reorganization. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2005; 12:37–45.
28. Cumming TB, Collier J, Thrift AG, Bernhardt J. The effect of very early mobilization after stroke on psychological well-being. *J Rehabil Med*. 2008; 40: 609–614.
29. Mehrholz J, Pohl M, Elsner B., Treadmill training and body weight support for walking after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 23;(1):CD002840. doi: 10.1002/14651858.CD002840.pub3.
30. S. Hesse, B. Helm, J. Krajnik, M. Gregoric and K.H. Mauritz, Treadmill training with partial body weight support: influence of body weight release on the gait of hemiparetic patients, *J Neurol Rehab* 11 (1997), 15–20.

Түйін

Имиль Табиев

«Орталық жүйке жүйесі патологиясы бар науқастарды оңалту кезеңінде физикалық және оңалту медицинасының негіздері» ГАУЖ аймақаралық клиникалық диагностикалық орталығының қосымша кәсіби біліктілігін арттыру курсының жетекшісі, GAUS Республикалық бас тамырлар орталығының инсульты бар науқастарға неврологиялық бөлімнің невропатологы Татарстан Республикасы, Қазан қаласы, аймақаралық клиникалық диагностикалық орталығы

НАУҚАСТЫҢ ЖЕДЕЛ ИНСУЛЬТ КЕЗЕҢІНДЕГІ РОБОТТАНДЫРЫЛМАҒАН ПАССИВТИ-БЕЛСЕНДЕНДІРЕТІН ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯЛАУДЫҢ АЛГОРИТМІ

Аурудың өткір кезеңінде инволюциядан кейін роботтандырылмаған пассивті белсендіретін вертикализация алгоритмін анықтайтын пациенттерді оңалтудың тәсілдері қарастырылады. Зерттеудің нәтижелері дамыған емдеу алгоритмінің тиімділігін бағалаумен ұсынылған. 2015 жылдан 2018 жылға дейін инсульттің өткір кезеңінде (ишемиялық және геморрагиялық) гемипарезі бар 1156 науқас зерттелді. 1-топтағы науқастар (683 адам) пассивті белсендірілген вертикализация алгоритміне сәйкес емделді, екінші топтағы (473 адам) пациенттер дәстүрлі оңалту алды. Пациенттердің 1-тобында мобильділік деңгейін қалпына келтіру және инсульттан кейінгі функционалдық тәуелсіздікке жету дәстүрлі оңалтуды алған топқа қарағанда жоғары болды деп анықталды.

Кілт сөздер: инсульт, гемипарез, реабилитация, вертикализация, мобилизация

Summary

Imil Tabiyev

Head of the educational course of the additional professional advanced training program of the GAUZ Interregional Clinical Diagnostic Center "Basics of physical and rehabilitation medicine at the stages of rehabilitation of a patient with central nervous system pathology", neurologist of the neurological department for patients with stroke of the Republican Head Vascular Center of the GAUS Interregional Clinical Diagnostic Center, Kazan, Republic of Tatarstan, Russia, tel. 8-917-264-58-99, e-mail: ideltabi@gmail.com

ALGORITHM OF AN UNROBOTIZED PASSIVE-ACTIVATING VERTICALIZATION OF A PATIENT IN THE ACUTE PERIOD OF STROKE

Approaches to post-stroke rehabilitation of patients with the definition of the algorithm of non-robotic passive-activating verticalization in the acute period of disease are considered. The article presents the results of the study with an assessment of the effectiveness of the developed treatment algorithms. 1156 patients with hemiparesis in the acute period of stroke (ischemic and hemorrhagic) were examined since 2015 till 2018. Group 1 (n=683) received treatment according to the developed algorithm of passive-activating verticalization, while group 2 patients (n=473) received traditional rehabilitation. It was found that Group 1 patients' mobility level recovery and achievement of higher functional independence after stroke were higher than those of Group 2 patients with traditional rehabilitation.

Key words: stroke, hemiparesis, rehabilitation, verticalization, mobilization.

МРТИ 76.29.51
УДК 616.831-005.1

Т.В. Дёмин¹, Д.Л. Нефедьева^{2,3}, Хасиев Р.М.⁴, Табиев И.И.⁵, Саттаров Р.Р.⁶

1. ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр», заведующий неврологическим отделением для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, город Казань, Республика Татарстан, Российская Федерация
2. ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, кандидат медицинских наук, заведующая отделением восстановительного лечения и развития, город Казань, Республика Татарстан, Российская Федерация
3. «Казанская государственная медицинская академия - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России», ассистент кафедры реабилитологии и спортивной медицины, город Казань, Республика Татарстан, Российская Федерация
4. ГАУЗ «Арская центральная районная больница», заведующий неврологическим отделением для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, город Арск, Республика Татарстан, Российская Федерация
 5. ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр», старший врач мультидисциплинарного блока неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, город Казань, Республика Татарстан, Российская Федерация
6. ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр», врач-реаниматолог палаты интенсивной терапии неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, город Казань, Республика Татарстан, Российская Федерация

КРАТКИЕ ИТОГИ РАБОТЫ ИНСУЛЬТНОЙ ПРОГРАММЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН: ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ.

Резюме

За десять лет в Республике Татарстан была сформирована сеть из 18 сосудистых центров, работающих по унифицированным принципам. В статье приведены результаты анализа регистра инсульта Республике Татарстан. Основной акцент в работе сделан на результатах внедрения тромболитической терапии ишемического инсульта в рутинную практику сосудистых центров. Приведённые данные демонстрируют несомненный успех сосудистой программы в регионе: частота проведения тромболитической терапии при ишемическом инсульте в регионе выросла в 2,5 раза и в 2018 году составила 6,2%; снизилась летальность, ассоциированная с реперфузионной терапией. Наряду с этим выявлены определённые проблемы функционирования инсультной службы Республики Татарстан. Представлены пути решения выявленных проблем.

Ключевые слова: инсульт, сосудистый центр, тромболитическая терапия, прогностические шкалы

Современной системе помощи больным с инсультом Республики Татарстан в 2018 году исполнилось десять лет. За эти годы проведена огромная работа, как и организаторами здравоохранения, так и рядовыми сотрудниками сосудистых центров. В регионе создана сеть сосудистых центров (СЦ), осуществляющих медицинскую помощь по единым унифицированным принципам с соблюдением всех современных стратегий лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Одним из инструментов, позволяющих оценить эффективность работы системы помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, является регистр инсульта. С целью контроля качества работы сосудистых центров нами был проведен анализ данных регистра.

Историческая справка.

Республиканская целевая программа «Совершенствование системы организации медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в Республике Татарстан (РТ) стартовала в 2008 году. В соответствии с этой программой были открыты четыре СЦ в городах республики (г. Альметьевск, г. Набережные Челны, г. Нижнекамск и г. Альметьевск). Первое инсультное отделение в регионе было открыто в 2006 году на базе Межрегионального клинико-диагностического центра (МКДЦ). МКДЦ был одним из пионеров применения тромболитической терапии при лечении больных с ишемическим инсультом в Российской Федерации [1,2]. Примечательным является

факт, что первый тромболизис у пациента с инфарктом мозга в РТ был проведен 29 октября 2006 года во Всемирный день борьбы с инсультом. В 2006 году был выполнен и первый внутриаартериальный тромболизис при острой окклюзии церебрального сосуда. В последующие годы в регионе поэтапно были открыты ещё 13 СЦ. В 2010 году Татарстан был включён в федеральную программу "Снижение смертности от болезней системы кровообращения". В настоящее время в РТ реализована трёхуровневая сеть СЦ, состоящая из 18 центров: первичные сосудистые центры, региональные сосудистые центры и Республиканский головной сосудистый центр (РГСЦ). РГСЦ развёрнут на базе МКДЦ. РГСЦ осуществляет мониторинг и контроль качества оказания медицинской помощи в СЦ.

Общие итоги работы сосудистых центров.

На основании данных регистра были получены количественные и качественные показатели работы инсультной службы РТ.

За 10 лет в СЦ пролечено более 100 тысяч пациентов с ОНМК. Структура пролеченных пациентов достаточно стабильная на протяжении нескольких лет: около 1,5% составляют пациенты с субарахноидальными кровоизлияниями, около 9,5% — пациенты с внутримозговыми кровоизлияниями, почти 14% — пациенты с транзиторными ишемическими атаками, три четверти пациентов с ОНМК — это пациенты с инфарктом мозга. Средний возраст пролеченных пациентов значительно не меняется и составляет $67,4 \pm 9,8$ лет. Уровень летальности от инсульта в СЦ на протяжении последних пяти лет колеблется от 12 до 13%. Ежегодно в РТ выполняется около 100 операций у пациентов с внутримозговыми кровоизлияниями и около 200 операций по «выключению» аневризм церебральных артерий.

Реперфузионная терапия является наиболее эффективным и доказанным методом специфического лечения ишемического инсульта. Частота проведения внутривенной тромболитической терапии (ТЛТ) является маркером работы инсультной службы, как на уровне отделения, так и на региональном уровне [3]. К началу 2019 года в РТ проведено более 4000 случаев ТЛТ. В 2018 году частота проведения ТЛТ в СЦ РТ составила 6,2%. Летальность, ассоциированная с фактом проведения ТЛТ, за 10 лет снизилась почти в 3 раза с 15,2% в 2008 году до 5,1% в 2018 году. Частота развития симптомных геморрагических трансформаций за этот период также снизилась с 9,8% до 3,2%.

Наряду с внутривенным тромболизисом в нескольких СЦ РТ проводят эндоваскулярные реперфузионные вмешательства при инфаркте мозга. В МКДЦ были апробированы различные рентгенхирургические технологии реперфузии при ИИ: внутриаартериальный медикаментозный тромболизис, аспирация тромба, тромбэкстракция [4]. В 2018 году в СЦ РТ было выполнено более 50 внутриаартериальных вмешательств при ишемическом инсульте.

Накопленный в РТ опыт нашёл своё отражение в Российских клинических рекомендациях по проведению внутривенного тромболизиса и реперфузионной терапии, соавторами которых являются сотрудники регионального головного сосудистого центра МКДЦ [5].

Обсуждение результатов анализа регистра.

Нами была проведена статистическая обработка данных госпитального регистра инсульта РТ за период с 2008 по 2018 год. Ниже приведены некоторые из полученных данных.

Частота проведения ТЛТ в целом по всем центрам РТ за 10 лет выросла в 2,5 % и достигла, как было указано выше, в 2018 г 6,2%. При анализе работы СЦ обращает на себя внимание значительное отличие частоты проведения ТЛТ между некоторыми центрами. Можно выделить «отстающие» центры — «лидеры». В «отстающих» центрах на протяжении нескольких лет частота проведения ТЛТ находится значительно ниже целевого уровня 5% от общего количества пациентов с ишемическим инсультом. Для центров-«лидеров» характерно стабильное превышение пятипроцентного порога на протяжении нескольких лет (диаграмма 1). Для всех «отстающих» центров характерной является кадровая проблема: более половины врачей-дежуров в этих СЦ представлены врачами амбулаторного звена, которые не имеют опыта проведения тромболизиса.

Выявлены значительные различия частоты проведения ТЛТ в разных по тяжести инсульта группах пациентов. В группе лёгких инсультов (выраженность неврологического дефицита по шкале инсульта NIH при поступлении менее 9 баллов) частота ТЛТ составила 1,6%; в группе инсультов средней степени тяжести (выраженность неврологического дефицита по шкале инсульта NIH от 9 до 15 баллов) — 7,6%; а в группе пациентов с тяжёлыми инсультами (выраженность неврологического дефицита по шкале инсульта NIH при поступлении более 15 баллов) тромболизис проводился наиболее часто: в 13,1% случаях. При этом пациенты с лёгкими инсультами составляют более половины (51,0%) среди всех случаев с инфарктом мозга, а инсульты средней степени тяжести и тяжёлые инсульты 29,7% и 19,3% соответственно. Наиболее вероятными причинами низкой частоты проведения тромболизиса в группе лёгких инсультов являются, с одной стороны, поздняя

обращаемость пациентов с минимальной неврологической симптоматикой (за рамками терапевтического окна), с другой стороны, негрубый неврологический дефицит по мнению многих врачей не является основанием для проведения ТЛТ [3].

При анализе частоты проведения ТЛТ выявлено снижение этого показателя в группе тяжёлых инсультов за 10 лет: в 2008 году внутривенный тромболизис проводился в 18,0% случаях, а в 2018 году — в 11,9%. Такая динамика, наиболее вероятно, также связана с психологическими аспектами затруднений врача при принятии решения о проведении реперфузионной терапии: страх развития осложнений является наиболее частой причиной отказа от проведения ТЛТ при отсутствии абсолютных противопоказаний для введения альтеплазы [3,6].

Таким образом, анализ только одного показателя (частота проведения ТЛТ) выявляет наличие определённых «узких мест» в работе инсультной службы региона. Чрезвычайно актуальными для некоторых СЦ являются кадровый вопрос. С другой стороны, внимания требуют и психологические и субъективные факторы, ограничивающие применение тромболизиса у больных с инфарктом мозга.

Для полного решения этих проблем необходимо проведение комплекса мероприятий как на уровне руководства системой здравоохранения региона, так и на уровне конкретных медицинских учреждений.

Важной составляющей поддержания уровня профессиональной подготовки медицинского персонала являются регулярные образовательные мероприятия. С 2017 года сотрудники РГСЦ совершают ежемесячные выезды в ПСЦ региона с целью проведения лекций и мастер-классов (фотография 1).

Кроме этого, на базе МКДЦ проводится научно-исследовательская работа по оптимизации методик реперфузионной терапии. Одним из направлений этих исследований является внедрение прогностических шкал для оценки исходов тромболитической терапии. В нашей клинической практике апробировано несколько прогностических шкал с высоким уровнем валидности (DRAGON, SEDAN, GRASPS) [7]. Наш опыт подтвердил прогностическую ценность шкал DRAGON и SEDAN. Шкала DRAGON представляет наибольший интерес как средство поддержки принятия решения в рутинной практике работы СЦ.

Эта шкала была разработана для прогнозирования исходов ТЛТ у больных с ишемическим инсультом на основании анализа и статистической обработки данных 1319 пациентов, получавших лечение в клинике Университета Хельсинки. Суммарный балл (от 0 до 10) по этой шкале складывается из оцененных в баллах шести факторов: симптом гиперденсивности средней мозговой артерии/ранних признаков ишемии ((hyper)Densecerebralarterysign/earlyinfarctsigns) по данным рентгеновской компьютерной томографии, выраженности функциональных нарушений до развития инсульта по модифицированной шкале Рэнкина (мшР) (prestroke modified Rankin Scale), возраста (Age), уровня гликемии на момент поступления (Glucose level at baseline), длительность интервала от начала заболевания времени до введения фибринолитика (Onset-to-treatment time) и значение по шкале инсульта NIH на момент поступления (baseline NIH) (таблица 1). По мнению разработчиков [8] этот прогностический инструмент позволяет предсказывать с большой долей вероятности выраженность неврологических нарушений через три месяца после проведения ТЛТ у пациентов с инфарктом мозга (таблица 2).

В качестве примера прогностической ценности шкалы DRAGON ниже представлен клинический случай. Пациентка А., 75 лет, была доставлена через 120 мин после развития слабости в правых конечностях и нарушения речи. Из анамнеза известно, что длительно страдала пароксизмальной формой фибрилляции предсердий и сахарным диабетом, ранее инсультов не было. При осмотре в приёмном отделении выявлялись афазия, правосторонние гемиплегия, гемигипалгезия и гемианопсия (по шкале NIH 20 баллов); по данным лабораторных исследований значимых отклонений выявлено не было (тромбоцитов $120 \cdot 10^9/\text{л}$, гликемия 9,5 ммоль/л).

По данным компьютерной томографии головного мозга (рисунок 1) выявлялись гиподенсивность на уровне базальных ганглиев и симптом «гиперденсивности» средней мозговой артерии (по шкале ASPECTS 7 баллов). Учитывая отсутствие противопоказаний, было принято решение о введении альтеплазы в стандартной дозировке 0,9 мг/кг в течение 60 мин. Сразу после введения альтеплазы регресса неврологического дефицита не произошло. Через 20 часов после ТЛТ (на фоне стабильного уровня артериального давления в целевых значениях) состояние пациентки ухудшилось с нарастанием неврологического дефицита до 26 баллов по шкале NIH. По данным компьютерной томографии головного мозга (рисунок 2) была выявлена геморрагическая трансформация с формированием паренхиматозной гематомы 2 типа. В последующем пациентка скончалась. При проведении ретроспективного анализа данного летального случая была проведена оценка по шкале DRAGON. Полученная оценка в 8 баллов (наличие гиперденсивности средней мозговой артерии и признаков ранней ишемии — 2 балла, отсутствие функциональных нарушений до

развития инсульта по мШР — 0 баллов, возраст от 65 до 79 лет — 1 балл, гликемия >8 ммоль/л — 1 балл, время от начала заболевания >90 мин — 1 балл, НИН при поступлении >15 — 3 балла), позволяла с вероятностью в 0% прогнозировать благоприятный исход, с вероятностью 70% — неблагоприятный исход, который и имел место.

Выводы.

В полном соответствии с федеральной программой «Снижение смертности от болезней системы кровообращения» и «Комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации» в РТ создана и функционирует сеть СЦ. За десять лет проведена большая работа, в результате которой инсультная служба региона достигла и удерживает целевые значения сигнальных показателей федеральной программы (летальность, частота проведения ТЛТ). Можно констатировать несомненный успех инсультной программы в РТ. Формирование системы помощи больным с инсультом привело к снижению социального и медицинского бремени цереброваскулярной патологии. Анализ только одного показателя как частота проведения ТЛТ продемонстрировал актуальность профессиональной подготовки врачей СЦ и работы сосудистых центров позволяет выявить проблемные «точки», требующие коррекции. На основании представленных выше данных можно сделать вывод о значимой роли субъективных и психологических, определяющих эффективность функционирования инсультной службы. Пути решения этих проблем являются повышение профессионального уровня сотрудников СЦ и внедрение методик снижающих роль субъективных факторов при принятии решения о проведении ТЛТ.

Литература

1. Скворцова В.И., Шетова И.М., Какорина Е.П. и др. Снижение смертности от острых нарушений мозгового кровообращения в результате реализации комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации // Профилактическая медицина. 2018. Vol. 21, № 1. P. 4–10.
2. Хасанова Д.Р., Хайруллин Р.Н., Михайлов И.М. и др. Опыт тромболитической терапии у больных с ишемическим инсультом в условиях Межрегионального клинико-диагностического центра, г. Казань. 2007. Vol. 3, № 22. P. 3–5.
3. Шамалов Н.А. Ситуация в стране в работе системы помощи больным с ишемическим инсультом. Болевые точки. Актуальные проблемы. // Перспективы развития инсультной службы в России. Персонализированный подход в диагностике, лечении и профилактике инсульта. 2017.
4. Володюхин М.Ю., Хасанова Д.Р., Дёмин Т.В. и др. Внутриаартериальная реперфузионная терапия у пациентов с острым ишемическим инсультом // Медицинский совет. 2015. Vol. 10. P. 6–11.
5. Клинические рекомендации по проведению тромболитической терапии при ишемическом инсульте. Москва, 2015.
6. Eissa A., Krass I., Bajorek B. V. Barriers to the utilization of thrombolysis for acute ischaemic stroke. // J. Clin. Pharm. Ther. 2012. Vol. 37, № 4. P. 399–409.
7. Дёмин Т.В., Нефедьева Д.Л., Володюхин М.Ю. и др. Оценка риска неблагоприятного исхода после тромболитической терапии ишемического инсульта с помощью прогностических шкал // Вестник современной клинической медицины. 2019. Vol. 12, № 1. P. 54–60.
8. Strbian D. et al. Predicting outcome of IV thrombolysis-treated ischemic stroke patients: The DRAGON score // Neurology. 2012. Vol. 78, № 6. P. 427–432.

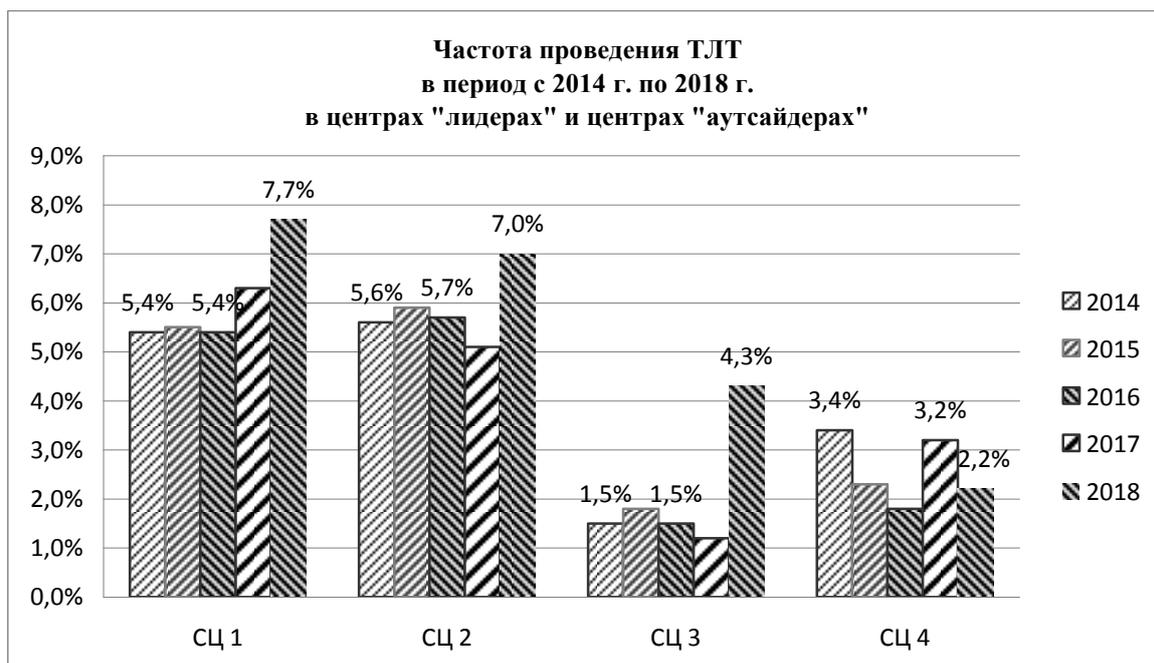


Диаграмма 1. Частота проведения тромболитической терапии в некоторых сосудистых центрах Республики Татарстан за период с 2014 по 2018 гг.

Таблица 1. Шкала DRAGON (от 0 до 10 баллов) для предикции 3-х месячных исходов после проведения тромболитической терапии у больных с ишемическим инсультом

Признак	Баллы
Гипертензивность мозговой артерии или ранние КТ-признаки ишемии на момент поступления (Dense)	
Нет	0
один из двух	1
Оба	2
Функциональные нарушения до развития текущего инсульта по мшP> 1 (mRS)	
Нет	0
Да	1
Возраст (Age)	
<65 лет	0
65-79 лет	1
>= 80 лет	2
Гликемия на момент поступления (Glucose)	
≤8 ммоль/л	0
>8 ммоль/л	1
Время от начала заболевания до начала лечения (Onsettotreatmenttime)	
≤90 мин	0
>90 мин	1
Количество баллов по шкале инсульта NIH на момент поступления	
0-4	0
5-9	1
10-15	2
>15	3

Таблица 2. Прогностические показатели 3-х месячных исходов по шкале DRAGON

DRAGON, баллы	Доля "хороших" исходов (мшР 0-2)	Доля "плохих" исходов (мшР 5-6)
0-1	96%	0%
2	88%	2%
3	74%	5%
4	55%	10%
5	45%	16%
6	25%	31%
7	13%	56%
8	0%	70%
9-10	0%	100%

Фотография 1. Мастер-класс в ПСЦ Арской центральной районной больницы



Рисунок 1. Рентгеновская компьютерная томография пациентки А. на момент поступления в стационар. Выявляется гиподенсивная зона в базальных ганглиях левого полушария (красная стрелка) и симптом «гиперденсивности» левой средней мозговой артерии (зелёная стрелка).

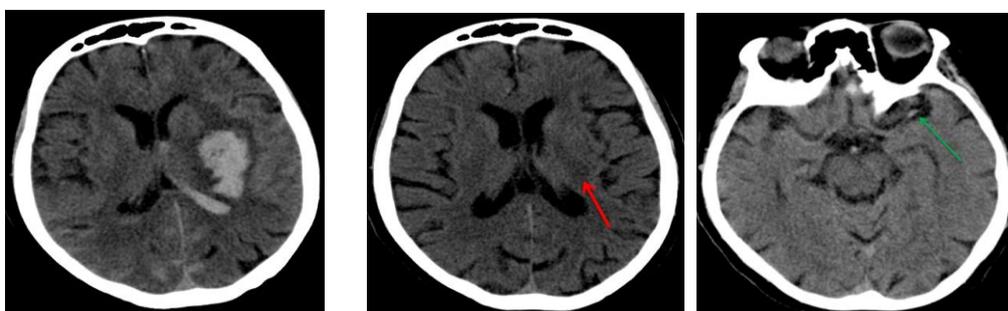


Рисунок 2. Рентгеновская компьютерная томография пациентки А. через 20 часов после проведения тромболиза.

Дёмин Тимур Викторович, ORCID ID: orcid.org/0000-0002-0029-8113, заведующий неврологическим отделением для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения ГАУЗ МКДЦ, город Казань, Республика Татарстан, Российская Федерация, 420101, ул. Карбышева, 12А, +7843291177, tdiemin@gmail.com

Нефедьева Дарья Леонидовна, ORCID ID: orcid.org/0000-0002-0609-3178, кандидат медицинских наук, заведующая отделением восстановительного лечения и развития ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ, ассистент кафедры реабилитологии и спортивной медицины КГМА - филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, город Казань, Республика Татарстан, Российская Федерация, 420138, ул. Оренбургский тракт, 140, +78432290631, DLN-2006@yandex.ru

Түйін

Т.В. Дёмин¹, Д.Л. Нефедьева^{2,3}, Хастиев Р.М.⁴, Табиев И.И.⁵, Саттаров Р.Р.⁶

¹. ГАУЗ "Аймақаралық клиникалық-диагностикалық орталық", ми қан айналымының жіті бұзышылықтары бар науқастарға арналған неврологиялық бөлімше меңгерушісі, Қазан қаласы, Татарстан Республикасы, Ресей Федерациясы

². Татарстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің "Республикалық балалар клиникалық ауруханасы" ГАУЗ, медицина ғылымдарының кандидаты, қалпына келтіріп емдеу және дамыту бөлімшесінің меңгерушісі, Қазан қаласы, Татарстан Республикасы, Ресей Федерациясы

³. "Ресей Денсаулық сақтау министрлігінің РМАНПО ДПО ФГБОУ филиалы - Қазан мемлекеттік медициналық академиясы", реабилитология және спорттық медицина кафедрасының ассистенті, Қазан қаласы, Татарстан Республикасы, Ресей Федерациясы

⁴. "Арск аудандық орталық ауруханасы" ГАУЗ, ми қан айналымының жіті бұзышылықтары бар науқастарға арналған неврологиялық бөлімше меңгерушісі, Арск қаласы, Татарстан Республикасы, Ресей Федерациясы

⁵. ГАУЗ "Аймақаралық клиникалық-диагностикалық орталық", ми қан айналымының жіті бұзылыстары бар науқастарға арналған неврологиялық бөлімшенің мультидисциплинарлық блогының аға дәрігері, Қазан қаласы, Татарстан Республикасы, Ресей Федерациясы

⁶. ГАУЗ "аймақаралық клиникалық-диагностикалық орталық", ми қан айналымының жіті бұзылыстары бар науқастарға арналған неврологиялық бөлімшенің интенсивті терапия палатасының дәрігер-реаниматологы, Қазан қаласы, Татарстан Республикасы, Ресей Федерациясы

ТАТАРСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ИНСУЛЬТ БАҒДАРЛАМАСЫ ЖҰМЫСЫНЫҢ ҚЫСҚАША ҚОРЫТЫНДЫСЫ: ЖЕТІСТІКТЕР, ПРОБЛЕМАЛАР, ШЕШУ ЖОЛДАРЫ.

Татарстан Республикасында он жыл ішінде біріздендірілген қағидаттар бойынша жұмыс істейтін 18 тамырлы орталықтардан тұратын желі қалыптасты. Мақалада Татарстан Республикасы инсульт регистрін талдау нәтижелері келтірілген. Жұмыста негізгі екпін тамырлы орталықтардың рутиндік практикасына ишемиялық инсульттің тромболитикалық терапиясын енгізу нәтижелеріне жасалған. Келтірілген деректер өңірдегі тамырлы бағдарламаның сөзсіз жетістігін көрсетеді: өңірде ишемиялық инсульт кезінде тромболитис жүргізу жиілігі 2,5 есе өсті және 2018 жылы 6,2 құрады%; реперфузиялық терапиямен байланысты өлім төмендеді. Сонымен қатар Татарстан Республикасының инсульт қызметінің жұмыс істеуінің белгілі бір проблемалары анықталды. Анықталған проблемаларды шешу жолдары ұсынылды.

Кілт сөздер: инсульт, тамыр орталығы, тромболитикалық терапия, болжамдық шкалалар

Summary

T. Diemin¹, D. Nefedieva^{2,3}, R. Khastiyev⁴, I. Tabiyev⁵, R. Sattarov⁶

¹. Interregional clinical and diagnostic center, head of neurological Department for patients with acute cerebral circulation disorders, Kazan, Republic of Tatarstan, Russian Federation

². GAUZ "children's Republican clinical hospital" of the Ministry of health of the Republic of Tatarstan, candidate of medical Sciences, head of the Department of rehabilitation treatment and development, Kazan, Republic of Tatarstan, Russian Federation

³. "Kazan state medical Academy-branch of FSBEI DPO RMAPO of the Ministry of health of Russia", assistant of the Department of rehabilitation and sports medicine, Kazan, Republic of Tatarstan, Russian Federation

⁴. Arskaya Central district hospital, head of neurological Department for patients with acute cerebral circulation disorders, Arsk city, Republic of Tatarstan, Russian Federation

⁵. Interregional clinical and diagnostic center, senior physician of the multidisciplinary unit of neurological Department for patients with acute cerebral circulation disorders, Kazan, Republic of Tatarstan, Russian Federation

⁶. SAHI "Interregional clinical diagnostic center", doctors of the intensive therapy ward of the neurological Department for patients with acute disorders of cerebral circulation, Kazan, Republic of Tatarstan, Russian Federation

A BRIEF OUTCOME OF THE STROKE PROGRAM OF THE REPUBLIC OF TATARSTAN: ACHIEVEMENTS, PROBLEMS, SOLUTIONS.

Stroke units system has been operating in the Republic of Tatarstan for ten years. Stroke units operate according to unified principles. The article presents the results of the analysis of the register of stroke in the Republic of Tatarstan. The results of the introduction of thrombolytic therapy of ischemic stroke into routine practice are described. These data demonstrate the undoubted success of the stroke program in the region. Identified certain problems of the functioning of the stroke service of the Republic of Tatarstan. Presents ways to solve the problems identified.

Key words: stroke, thrombolysis, stroke unit, prognostic scores

Лев Приступюк

Консультант проекта Инициатива Angels в Казахстане, Кыргызстане, Грузии и Молдове.

ИНИЦИАТИВА ANGELS - ПРОЕКТ УЛУЧШЕНИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ ИНСУЛЬТОМ

Основная цель ESO(EuropeanStrokeOrganisation - Европейская организация по борьбе с инсультом)- улучшить лечение инсультов в Европе, предоставляя образовательные программы медицинским работникам и общественности в Европе. Предлагая передовые практические подходы, ESOоставит перед собой цель гармонизации лечения инсульта в Европе.

Для достижения этой цели ESO использует различные платформы и инструменты по содействию улучшению качества оказания помощи при инсульте в странах Западной и Восточной Европы, которые мы бы хотели, при Вашей поддержке, внедрить во всех медицинских центрах, оказывающих медицинскую помощь пациентам с подозрением на острый инсульт на догоспитальном и госпитальном этапах в Республике Казахстан, а именно:

Инициатива Angels – это некоммерческая, общеевропейская инициатива в сфере здравоохранения, созданная компанией «BoehringerIngelheimInternationalGmbH», одобренная Европейской организацией по борьбе с инсультом, направленная на выполнения основной задачи – улучшения оказания помощи больным с инсультом во всей Европе. Инициатива Angels поддерживается компанией «Medtronic». Миссия данной инициативы состоит в том, чтобы увеличить число пациентов, которые смогут получить помощь в больницах, готовых лечить острый инсульту, и оптимизировать качество лечения во всех существующих инсультных центрах. Инициатива Angels создает сообщество, состоящее как минимум из 1500 инсультных центров,готовых к лечению острогоинсульта в Европе, которые ежедневно работают над улучшением качества оказания помощи каждому пациенту с инсультом.

Инициатива Angelsсостоит из 5 основных платформ:

1. **Консультанты ИнициативыAngels:** более 20 молодых энергичных людей из 12 европейских стран, которые внедряют проект и помогают в ключевых изменениях в больницах/ инсультных отделениях.

2. **Организация/ стандартизация:** в рамках этой платформы Инициатива предоставляет инструменты такие как: контрольные листы (протоколы), методологические материалы, а также инсультную сумку, которая содержит все необходимое для лечения острого инсульта. Основная цель этой платформы – улучшить стандартизацию процесса и повысить знанияуверенного, ответственного лечения и отбора пациентов.

3. **Академия ИнициативыAngels:** образовательная платформа, в рамках которой может быть организовано специальное обучение, направленное на лечение инсульта. В качестве примеров можно привести обучающие онлайн-курсы, программное обеспечение для симуляционного обучения – платформа BodyInteract, ресурсы для докладчиков, обучающие видеоматериалы и комплекты учебных материалов для больниц. Цель состоит в том, чтобы работать с местными и международными экспертами, развивая это в будущем и включать существующие образовательные проекты.

4. **Сообщество ИнициативыAngels:** создание сообщества Angelsимеетважное значение для создания и поддержания мотивации инсультных команд путем обмена передовым опытом и историями успеха. Для этого мы будем вкладывать ресурсы в онлайн- и оффлайн-платформы сообщества. Это включает в себя семинары, издание журналов, а также онлайн-платформы сообщества, такие как Basecamp и раздел сообщества Angelsна веб-сайте. Мы будем поощрять зарегистрированные больницы к тому, чтобы делиться своими историями, знаниями и идеями, чтобы создать сильное чувство сплоченности и работы в команде.

5. **Награды AngelsExcellence:** признание непрерывного и успешного мониторинга качества является, пожалуй, одним из наиболее важных, а также наименее оцененных аспектов успешного лечения инсульта. Основываясь на показателях качества ESO для инсультов, больницы могут получить различные уровни признания, такие как статус Gold, Platinum или Diamond.

- **ESO-EAST** (EuropeanStrokeOrganisation:EnhancingandAcceleratingStrokeTreatment) – Европейская организация по борьбе с инсультом: улучшение и ускорение лечения инсульта. Первая комплексная программа по улучшению лечения инсульта в Европе. Программа ESO-EAST инициируется ESO и реализуется в странах Восточной Европы при участии специалистов по инсульту, профессиональных организаций и местных органов власти всех этих стран.

- **Реестр RES-Q**(RegistryofStrokeCareQuality) – это реестр качества лечения инсульта, разработанный в рамках ESO, чтобы помочь врачам контролировать и улучшать качество лечения инсульта.

Для реализации вышеупомянутых образовательных и методических платформ по улучшению качества оказания помощи пациентам с острым инсультом в неврологических/ инсультных отделениях, мы бы хотели тесно сотрудничать с мультидисциплинарными инсультными командами Республики Казахстан.

Мы искренне надеемся на поддержку образовательных и методологических платформ Европейской организации по борьбе с инсультом по улучшению качества оказания помощи при инсульте в Республике Казахстан. Кроме того, мы выражаем искреннюю надежду на плодотворное сотрудничество в целях достижения благородной цели развития современной системы оказания помощи больным с инсультом в Республике Казахстан.

МРНТИ 76.29.39
УДК 616.13-089

Кунакбаев Б.А., Махамбетов Е.Т., Калиев А.Б., Медетов Е.Ж., Кульмирзаев М.А., Дюсембаев С.Р., Нуриманов Ч.С.

АО «Национальный Центр Нейрохирургии» г. Астана, Республика Казахстан

ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ СТЕНОАККЛЮЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.

Резюме

Атеросклероз сонных артерий является причиной около трети всех инсультов. В исследовании NASCET установлено, что у пациентов с симптомным течением стеноза сонных артерий риск развития инсульта в течение 2 лет даже при назначении медикаментозной терапии составляет 26%. В исследовании ACST-1 (The Asymptomatic Carotid Surgery Trial 1), опубликованном в 2004 году, установлено, что у пациентов с атеросклеротическим стенозом сонных артерий более 60%, которые принимают назначенную медикаментозную терапию, частота инсультов или смерти в течение 5 лет составляет 11,8%. Согласно данным ECST частота инсульта или смерти в течение 3 лет у пациентов с нехирургической тактикой ведения составляет 26%. Стентирование сонных артерий рассматривается в качестве альтернативы каротидной эндартерэктомии. В исследовании SAPHIRE установлено, что стентирование не уступает эндартерэктомии на основании показателей 30-дневной частоты инсультов, инфаркта миокарда или смертности (4,8% против 9,8%) и показателям частоты ипсилатерального инсульта или смерти в течение 31 дня, 1 года и 3 лет. Цель нашего исследования заключается в ретроспективном анализе результатов эндоваскулярного стентирования сонных артерий. Материалы и методы: в Национальном Центре нейрохирургии в период с 2008 по 2017 годы было проведено 81 эндоваскулярное вмешательство при стенозах сонных артерий. Результаты: 76(94%) случаях установлен внутрисосудистый стент, из которых в 47 случаях проведены пре или пост дилатационная ангиопластика. В 29 случаях стент раскрыт без ангиопластики. В 5(6%) случаях проведена только ангиопластика. В 71(88%) случаев стентирование проведено с защитой от дистальной эмболии. Выводы. Эндоваскулярное стентирование сонных артерий является эффективным, малоинвазивным методом первичной и вторичной профилактики ишемического нарушения мозгового кровообращения с низким риском осложнений.

Ключевые слова: ишемический инсульт, стеноз сонных артерий, стентирование сонных артерий.

Атеросклероз сонных артерий является причиной около трети всех инсультов. Пациенты с асимптомным стенозом сонных артерий, не получающие медикаментозную терапию, подвергаются повышенному риску развития ипсилатерального инсульта, который составляет 2–5% в год [1,2]. Асимптомный стеноз сонных артерий имеют 7% женщин и более 12% мужчин в возрасте старше 70 лет [3]. В исследовании NASCET было установлено, что у пациентов с симптомным течением стеноза сонных артерий риск развития инсульта в течение 2 лет даже при назначении медикаментозной терапии составляет 26% [4]. В исследовании ACST-1 (The Asymptomatic Carotid Surgery Trial 1), опубликованном в 2004 году, установлено, что у пациентов с атеросклеротическим стенозом сонных артерий более 60%, которые принимают назначенную медикаментозную терапию, частота инсультов или смерти в течение 5 лет составляет 11,8% [5]. Согласно данным ECST частота инсульта или смерти в течение 3 лет у пациентов с нехирургической тактикой ведения составляет 26% [6]. Первая эндартерэктомия (DeBakey, 1954) послужила пусковым механизмом для диагностики, выбора тактики лечения для замедления прогрессирования заболевания и предотвращения инсульта. Стентирование сонных артерий рассматривается в качестве альтернативы каротидной эндартерэктомии. В исследовании SAPHIRE было установлено, что стентирование не уступает эндартерэктомии на основании показателей 30-дневной частоты инсультов, инфаркта миокарда или смертности (4,8% против 9,8%) и показателям частоты ипсилатерального инсульта или смерти в течение 31 дня, 1 года и 3 лет [7].

Цель исследования: ретроспективный анализ результатов эндоваскулярного стентирования сонных артерий.

Материалы и методы: в Национальном Центре нейрохирургии в период с 2008 по 2017 годы было проведено 81 эндоваскулярное вмешательство при стенозах сонных артерий. Из которых

61 (77%) мужчины и 18 (23%) женщины. Возраст пациентов варьировал от 47 до 79 лет, средний возраст 63 года. 45 (55%) случаях были клинические проявления: в 36 случаях ипсилатеральный инсульт, в 9 случаях была ТИА. В 34 (45%) случаях стенозы носили бессимптомный характер. 50 (62%) вмешательств проведено на левую ВСА, в 31 (38%) случае лечение проводилось на правую ВСА. Все пациенты принимали двойную антиагрегантную терапию: Нагрузочная доза составляла Ацетилсалициловая кислота 300мг. и Клопидогрель 600мг. Во всех случаях проводился внутриартериальный доступ через общую бедренную артерию по Сельдингеру.

Результаты и обсуждение: 76(94%) случаях установлен внутрисосудистый стент, из которых в 47 случаях проведены пре или пост дилатационная ангиопластика. В 29 случаях стент раскрыт без ангиопластики. В 5(6%) случаях проведена только ангиопластика. В 71(88%) случаях стентирование проведено с защитой от дистальной эмболии. Степень стеноза по (NASCET) от 60%, до 98%. Средний показатель стеноза 85%. Максимальный остаточный стеноз составил 40%(NASCET). Средний показатель 15%. В одном случае было осложнение в виде реперфузионного синдрома, которое на фоне лечения купировалось. Летальных исходов не было.

Заключение: Эндovasкулярное стентирование сонных артерий является эффективным, малоинвазивным методом первичной и вторичной профилактики ишемического нарушения мозгового кровообращения с низким риском осложнений.

Литература

1. Chambers BR, Norris JW. Outcome in patients with asymptomatic neck bruits. N Engl J Med. 1986; 315 (14) : 860–865.
2. Meissner I, Wiebers DO, Whisnant JP, O’Fallon WM. The natural history of asymptomatic carotid artery occlusive lesions. JAMA. 1987;258(19):2704–2707.
3. Robinson RW, Demirel M, LeBeau RJ. Natural history of cerebral thrombosis: 9–19 years follow-up. J Chronic. Dis 1968; 21: 221/
4. de Weerd M, Greving JP, de Jong AW, Buskens E, Bots ML. Prevalence of asymptomatic carotid artery stenosis according to age and sex: systematic review and meta-regression analysis. Stroke. 2009;40(4): 1105–1113
5. Mohammed N, Anand SS. Prevention of disabling and fatal strokes by successful carotid endarterectomy in patients without recent neurological symptoms: randomized controlled trial. MRC asymptomatic carotid surgery trial (ACST) collaborative group. Lancet. 2004;363:1491–502. Vasc Med. 2005;10(1):77–78
6. No authors listed. Randomised trial of endarterectomy for recently symptomatic carotid stenosis: final results of the MRC European Carotid Surgery Trial (ECST). Lancet. 1998;351(9113):1379–1387.
7. Gurm HS, Yadav JS, Fayad P, et al; SAPHIRE Investigators. Long-term results of carotid stenting versus endarterectomy in high-risk patients. N Engl J Med. 2008;358(15):1572–1579.

Түйін

Қунақбаев Б. А., Махамбетов Е. Т., Калиев А. Б., Медетов Е. Ж., Кульмирзаев М. А., Дюсембаев С. Р., Нұрманов С. С.

АҚ "Ұлттық Нейрохирургия Орталығы", Астана қаласы, Қазақстан Республикасы

ҰЙҚЫ АРТЕРИЯЛАРЫН ЭНДОВАСКУЛЯРЛЫҚ СТЕНТТЕУ

Ұйқы артерияларының атеросклерозы барлық инсульттардың үштен бір бөлігінің себебі болып табылады. NASCET зерттеуінде ұйқы артерияларының стенозының симптомдық ағымы бар емделушілерде 2 жыл бойы инсульттің даму қаупі дәрі-дәрмектік ем тағайындағанда да 26% - ды құрайтыны анықталды. 2004 жылы жарияланған ACST-1 (The Asymptomatic Carotid Surgery Trial 1) зерттеуінде тағайындалған дәрі-дәрмектік терапияны қабылдайтын ұйқы артерияларының атеросклеротикалық стенозы бар емделушілерде 5 жыл ішінде инсульт жиілігі немесе өлім-жітім 11,8% - ды құрайды. ECST деректеріне сәйкес 3 жыл бойы инсульт немесе өлім жиілігі хирургиялық емес тактикасы бар емделушілерде 26% құрайды. Ұйқы артерияларын стенттеу каротидтің эндартеректомияның баламасы ретінде қарастырылады. SAPHIRE зерттеуінде стенттеу инсульттің 30 күндік жиілігінің, миокард инфарктісінің немесе өлімнің (9,8% қарсы 4,8%) көрсеткіштері және ипсилатеральды инсульт жиілігінің көрсеткіштері немесе 31 күн, 1 жыл және 3 жыл бойы өлім көрсеткіштері негізінде эндартеректомиядан кем болмайтыны анықталды. Біздің Зерттеудің мақсаты- ұйқы артерияларын эндovasкулярлық стенттеу нәтижелерін ретроспективті талдау. Материалдар мен әдістер: нейрохирургияның ұлттық орталығында 2008-2017 жылдар аралығында ұйқы артерияларының стенозына 81 эндovasкулярлық араласу жүргізілді. Нәтижелері: 76 (94%) жағдайда

қан тамырішілік стент орнатылған, оның ішінде 47 жағдайда пре немесе пост дилатациялық ангиопластика жүргізілген. 29 жағдайда стент ангиопластикасыз ашылады. 5 (6%) жағдайда тек ангиопластика жүргізілді. 71 (88%) жағдайда стенттеу дистальды эмболиядан тігілген. Тұжырымдар. Ұйқы артерияларын эндоваскулярлы стенттеу асқину қаупі төмен ми қан айналымының ишемиялық бұзылуының бастапқы және қайталама алдын алудың тиімді, аз инвазивті әдісі болып табылады.

Кілт сөздер: ишемиялық инсульт, ұйқы артерияларының стенозы, ұйқы артерияларын стенттеу.

Summary

Kunakbaev B. A., Makhambetov E. T., Kaliev A. B., Medetov E. J., Kulmyrzaev M. A., Dyusembayev S. R., C. S. Narimanov

JSC "national Center of Neurosurgery", Astana, Republic of Kazakhstan

ENDOVASCULAR STENTING OF THE CAROTID ARTERIES IN STENOGLOSSA DISEASES.

Carotid atherosclerosis is the cause of about a third of all strokes. THE nascet study found that in patients with symptomatic carotid stenosis, the risk of stroke for 2 years, even with the appointment of drug therapy is 26%. In the study ACST-1 (the Asymptomatic Carotid Surgery Trial 1), published in 2004, found that patients with atherosclerotic stenosis of the carotid arteries more than 60% who take prescribed medication, stroke rate or death for 5 years is 11.8%. According to ECST data, the incidence of stroke or death within 3 years in patients with non-surgical management tactics is 26%. Carotid stenting is considered as an alternative to carotid endarterectomy. The SAPHIRE study found that stenting is not inferior to endarterectomy on the basis of indicators of 30-day stroke rate, myocardial infarction or mortality (4.8% vs. 9.8%) and indicators of the frequency of ipsilateral stroke or death within 31 days, 1 year and 3 years. The aim of our study is to retrospectively analyze the results of endovascular stenting of the carotid arteries. Materials and methods: 81 endovascular interventions for carotid artery stenosis were performed at the national center of neurosurgery in the period from 2008 to 2017. Results: 76 (94%) cases of intravascular stent were established, 47 of which were pre or post dilated angioplasty. In 29 cases, the stent disclosed without angioplastiki. Only angioplasty was performed in 5(6%) cases. In 71(88%) cases, stenting was performed with distal embolism sutured. Conclusion Endovascular stenting of carotid arteries is an effective, minimally invasive method of primary and secondary prevention of ischemic disorders of cerebral circulation with a low risk of complications.

Key words: ischemic stroke, stenosis of carotid arteries, stenting of carotid arteries.

МРНТИ 76.29.30
УДК 616.12-005.4

Нуриманов Ч.С., Махамбетов Е.Т., Калиев А.Б., Медетов Е.Ж., Кульмирзаев М.А., Дюсембаев С.Р., Кунакбаев Б.А.

АО «Национальный Центр Нейрохирургии» г.Астана.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭКСТРАКЦИИ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Резюме

Основными факторами риска возникновения кардиоэмболического инсульта являются фибрилляция предсердий, инфаркт миокарда и патология клапанного аппарата сердца. Перед нами стояла цель по улучшению диагностики и оптимизации лечения больных с тромботическими окклюзиями церебральных артерий в острейшем периоде ишемического инсульта у кардиохирургических пациентов. Материалы и методы. Были изучены результаты механической тромбэкстракции с или без селективного тромболитика у 10 пациентов с ишемическим инсультом с кардиохирургической патологией (6 мужчин и 4 женщин) за период с 2013 по 2017 годы в АО «ННКЦ». Эндovasкулярное лечение показало, что в первые 6 часов от начала симптомов острого ишемического инсульта эффективность и хороший функциональный исход по Шкале Рэнкин через 3 месяца после операции. Наличие ИБС, инфаркта миокарда в анамнезе либо стеноза коронарных артерий с большой долей вероятности позволяет предположить и наличие атеросклеротического поражения сонных артерий. Приведенные данные демонстрируют, сочетанное поражение коронарных и каротидных бассейнов, что требует корректировки существующей системы оказания помощи, разработанной для пациентов с поражением коронарного русла.

Ключевые слова: профилактика инсульта; острые нарушения мозгового кровообращения; кардиогенный инсульт; кардиоэмболический инсульт; механическая тромбэкстракция; селективный тромболитик.

Введение. В настоящее время кардиоэмболический инсульт рассматривается как один из наиболее распространенных патогенетических подтипов ишемического инсульта. На его долю приходится до 30% всех ишемических нарушений мозгового кровообращения [1]. Основными факторами риска их возникновения являются фибрилляция предсердий (ФП), инфаркт миокарда (ИМ) и патология клапанного аппарата сердца [2,3].

Цель. Улучшить диагностику и оптимизировать лечение больных с тромботическими окклюзиями церебральных артерий в острейшем периоде ишемического инсульта у кардиохирургических пациентов.

Материалы и методы. Изучены результаты механической тромбэкстракции с или без селективного тромболитика у 10 пациентов с ишемическим инсультом с кардиохирургической патологией (6 мужчин и 4 женщин) за период с 2013 года по 2017 года в АО «ННКЦ». Возраст больных составил 39-74 лет (средний 63 лет). До и после операции учитывались следующие критерии: неврологический статус с оценкой по шкалам NIHSS, Рэнкина [4], лабораторные исследования крови и мочи, ЭКГ, СКТ головного мозга, СКТ-ангиография (СКТА), церебральная ангиография (ЦАГ), степени реканализации по шкале TICI.

Результаты и обсуждение. У 7 (70%) пациентов было выявлено поражение каротидного бассейна атеротромботического характера (у 4 – слева, у 3 – справа) и у 2 (20%) – вертебрально-базиллярнобассейнов. У всех пациентов по результатам коронарной ангиографии (КАГ) выявлены поражение коронарного русла. Сроки операций от момента появления острых неврологических симптомов не превышали 6 часов 11 минут; минимальное время начала операции было 55 минут, максимальное – 6 часов 11 минут от начала первых симптомов. Неврологический статус по шкале NIHSS с момента возникновения симптомов оценивался в 9-24 баллов (в среднем 16 баллов), по шкале Рэнкина – 4 баллов. У пациентов отмечались следующие неврологические симптомы и синдромы: умеренные речевые нарушения в виде сенсо-моторной афазии и правосторонний моно- или гемипарез – у 4 (40%) больных, левосторонний гемипарез и/или гемипарестезия – у 4 (40%) больных, атаксия – у 2 (20%). При СКТ головного мозга отмечен симптом «гиперденсной» средней мозговой артерии (СМА) – у 7 (70%) больных (у 4 (40%) левой, у 3 (30%) – правой); при последующем проведении СКТА у этих пациентов выявлены признаки тромбоза мозговых артерий: средней мозговой артерии (СМА) – у 7 (70%) больных (у 4 (40%) левой, у 3 (30%) – правой).

При проведении ЦАГ10 (100%) пациентам подтвержден выявленный по СКТА тромбоз внутренней сонной артерии у 1 (10%), СМА у 7 (70%) пациентов, основной артерии у 2 (20%) пациентов.

У 1 (10%) пациента проведена единовременная тромбэкстракция в комбинации с операцией стентирования левой внутренней сонной артерии. В ближайшем послеоперационном периоде неврологический статус оценивался по шкале NIHSS в 3–15 баллов (в среднем 9 баллов), по шкале Рэнкина – 2 балла. Полное восстановление утраченных функций наблюдалось у 8(80%) больных, частичный регресс неврологических симптомов – у 2 (20%) пациентов. Степени реканализации были представлены [Cecilia Zivelonghi](#) и соавт [5]. В послеоперационном периоде летальных исходов не было. В дальнейшем пациенты получали дезагрегантную терапию и были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии. Шкала Рэнкина через 3 месяца после операции: MRS 0 - 6 пациентов (60%), MRS 1 - 2 пациента (20%), MRS 2 - 1 пациент (10%), MRS 4 - 1 пациент (10%).

Заключение. Эндovasкулярное лечение в первые 6 часов от начала симптомов острого ишемического инсульта еще раз доказывает эффективность и хороший функциональный исход по Шкале Рэнкин через 3 месяца после операции. Наличие ИБС, инфаркта миокарда в анамнезе либо стеноза коронарных артерий с большой долей вероятности позволяет предположить и наличие атеросклеротического поражения сонных артерий [6]. Приведенные данные демонстрируют, сочетанное поражение коронарных и каротидных бассейнов, что требует корректировки существующей системы оказания помощи, разработанной для пациентов с поражением коронарного русла (до госпитальная МСКТА).

Л и т е р а т у р а

1. Hooman Kamel, MD and Jeff S. Healey, MD. Clinical and Translational Neuroscience Unit, Feil Family Brain and Mind Research Institute, New York, NY, USA. *Circ Res.* 2017 February 03; 120(3): 514–526. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.308407.
2. Ferro JM. Brain embolism. Answers to practical questions. *J Neurol.* 2003 Feb;250(2):139–47.
3. Ricci S. Embolism from the heart in the young patient: a short review. *Neurol Sci.* 2003 May;24 Suppl 1:S13–4.
4. Bonita R, Beaglehole R. “Modification of Rankin Scale: Recovery of motor function after stroke.” *Stroke* 1988 Dec;19(12):1497-1500
5. [Cecilia Zivelonghi](#), MD and [Stefano Tamburin](#), MD, PhD. Mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke: the therapeutic window is larger but still “time is brain”. *Funct Neurol.* 2018 Jan-Mar; 33(1): 5–6.
6. Wang D, Liu M, Hao Z, Tao W. Association between reduced kidney function and clinical outcomes after ischaemic stroke with atrial fibrillation. *Eur J Neurol.* 2014;21(1):160–6. doi: 10.1111/ene.12293. Epub 2013 Nov 15.

Түйін

Ш. С. Нұрманов, Е. Т. Махамбетов, А. Б. Қалиев, Е. Ж. Медетов, М. А. Құлмирзаев, С. Р. Дүйсембаев, Б. А. Күнақбаев

"Ұлттық нейрохирургия орталығы" АҚ., Астана қаласы, Қазақстан Республикасы

КАРДИОХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТІҢ ЖІТІ КЕЗЕҢІНДЕ МЕХАНИКАЛЫҚ ТРОМБОЭКСТРАКЦИЯНЫ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Кардиоэмболиялық инсульттің пайда болу қаупінің негізгі факторлары жүрекше фибрилляциясы, миокард инфарктісі және жүректің клапанды аппаратының патологиясы болып табылады. Біздің алдымызда кардиохирургиялық емделушілерде ишемиялық инсульттің жіті кезеңінде церебралды артериялардың тромботикалық окклюзиясы бар науқастарды диагностикалау мен емдеуді оңтайландыру бойынша мақсат тұр. Материалдар мен әдістер. 2013 жылдан бастап 2017 жылға дейінгі кезеңде кардиохирургиялық патологиясы бар ишемиялық инсульті бар 10 емделушіде (6 ер және 4 әйел) селективті тромболизиспен механикалық тромбэкстракция нәтижелері зерттелді. Эндovasкулярлық емдеу жедел ишемиялық инсульт симптомдары басталғаннан бастап алғашқы 6 сағатта операциядан кейін 3 айдан кейін Рэнкин шкаласы бойынша тиімділігі мен жақсы функционалдық нәтижесі екенін көрсетті. ЖИА, анамнезінде миокард инфарктісінің немесе қан тамырларының стенозының болуы ұйқы артерияларының атеросклеротикалық зақымдануының болуын болжауға мүмкіндік береді. Келтірілген деректер коронарлық және каротидті бассейндердің үйлескен зақымдануын көрсетеді, бұл коронарлық арнаны зақымдайтын пациенттер үшін әзірленген қолда бар көмек көрсету жүйесін түзетуді талап етеді.

Кілт сөздер: инсульттің алдын алу; ми қан айналымының жіті бұзылуы; кардиогенді инсульт; кардиоэмболиялық инсульт; механикалық тромбэкстракция; селективті тромболизис.

Summary

Nurimanov C. S., Makhambetov E. T., Kaliev A. B., Medetov E. J., Kulmyrzaev M. A., Dyusembayev S. R., B. A. Kunanbaev

JSC "national Center of Neurosurgery", Astana.

EXPERIENCE PRIMENENIE.SMESHANNY OF TROMBECTOMY IN ACUTE ISCHEMIC STROKE IN CARDIAC SURGERY PATIENTS

The main risk factors for cardioembolic stroke are atrial fibrillation, myocardial infarction and pathology of the valvular apparatus of the heart. Our goal was to improve diagnosis and optimize treatment of patients with thrombotic occlusions of cerebral arteries in the acute period of ischemic stroke in cardiac surgery patients. Materials and methods. The results of mechanical thrombectomy with or without selective thrombolysis were studied in 10 patients with ischemic stroke with cardiac surgery pathology (6 men and 4 women) for the period from 2013 to 2017 in JSC "NNCC". Endovascular treatment showed that in the first 6 hours from the onset of symptoms of acute ischemic stroke efficacy and good functional outcome on the Rankin Scale 3 months after surgery. The presence of coronary artery disease, myocardial infarction in the history or stenosis of the coronary arteries with a high probability suggests the presence of atherosclerotic lesions of the carotid arteries. These data demonstrate the combined damage of coronary and carotid basins, which require adjustment of the existing system of care developed for patients with coronary lesions.

Keywords: stroke prevention; acute cerebrovascular disease; cardiogenic stroke; cardioembolic stroke; mechanical thrombectomy; selective thrombolysis.

МРНТИ 76.29.51
УДК 616.831-005.1-082

Сейданова Амина Багдадовна

Врач невропатолог высшей категории, врач реабилитолог, заведующая отделением
нейрореабилитации Городской клинической больницы №1, главный внештатный специалист
реабилитолог Управления Здравоохранения г.Алматы

**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ АКТИВИЗИРУЮЩЕГО УХОДА В ПЕРИОД
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА**

Резюме

В современном мире, на стыке двух тысячелетий, в век бурного развития инновационных технологий в медицине, благодаря которым человечество имеет возможность повысить качество жизни и уровень выживаемости, сохраняется актуальной проблема высокого процента инвалидизации вследствие болезней кровообращения. Поэтому данная категория заболеваний в настоящее время является наиболее значимой медико-социальной проблемой во всем мире и приводят к тяжелым моральным, социальным и экономическим последствиям.[1]. Так, по данным ВОЗ, ишемическая болезнь сердца и инсульт уносят больше всего человеческих жизней – в 2015 году в общей сложности 15 миллионов. Последние 15 лет эти заболевания остаются ведущими причинами смерти в мире.[2—5]. Неутешительная статистика существует и на территории нашего государства.

Ключевые слова: инвалидизация, инсульт, реабилитация, ишемическая болезнь сердца

Согласно государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016-2019 годы, в структуре общей смертности ведущей причиной являются болезни системы кровообращения (22,3%), наиболее частые – ишемическая болезнь сердца, сосудистое поражение мозга, от которых ежегодно умирают около 30 тысяч человек. Рост первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения составляет почти 15% (2010 год – 2086,7 на 100 тыс. населения, 2014 год – 2394,7). В соседних государствах, например, в Российской Федерации, имеется такая же тенденция. По данным ВОЗ, в России ежегодно инсульт развивается у 400-500 тыс. человек, около 200 тыс. из них погибают. Лишь 20% выживших больных могут вернуться к работе. Одну треть заболевших инсультом составляют лица трудоспособного возраста[6].

Актуальность этой проблемы еще обусловлена и тем, что финансовые затраты на это заболевание в разных странах ограничены и являются главным источником истощения скудных ресурсов здравоохранения каждой страны. Сумма прямых и непрямых расходов на одного больного инсульта, по данным ВОЗ, варьирует от 55 до 73 тысяч долларов[6]. Исходя из вышесказанного, одной из приоритетных задач здравоохранения, является развитие эффективных методов реабилитации, которая позволит вернуть в ряды трудоспособного населения определенный процент людей, так же, даст возможность преодолеть грубые признаки инвалидизации у лиц, нуждающихся в постоянном уходе, поскольку по определению ВОЗ (1980), что медицинская реабилитация это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально – оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе (McLellan DL., 1997; Wade D.Б 1992).

Успех реабилитации возможен, только при условии соблюдения основных принципов к которым относятся (Столярова Л.Г., Ткачева Г.Р., 1978; Кадыков А.С., 2003):

- раннее начало реабилитационных мероприятий, позволяющее снизить или предотвратить ряд осложнений раннего периода и способствующее более полному и быстрому восстановлению нарушенных функций;
- систематичность и длительность, что возможно лишь при хорошо организованном поэтапном построении реабилитации;
- комплексность (применения всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий);
- мультидисциплинарность (включение в реабилитационный процесс специалистов разного профиля);
- адекватность (индивидуализация программы реабилитации);
- социальная направленность;
- активное участие в реабилитационном процессе самого больного, его родных и близких.
- использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

Настоящая система амбулаторной помощи в РК, построена так, что впервые после перенесенного инсульта, пациента видит врач общей практики или терапевт. Какие принципы

возможно включить в программу реабилитации для пациентов на амбулаторном уровне врачами, не имеющим подготовку по реабилитации? Технология нейрореабилитации в ранний период включает в себя несколько основных аспектов, однако доступными в домашних условиях могут быть лишь медикаментозная терапия и активизирующий уход. Медикаментозная терапия, в первую очередь, должна включать вопросы вторичной профилактики, на фоне которых развилось острое нарушение мозгового кровообращения, а так же ноотропную терапию с целью улучшения процессов нейропластичности головного мозга. Первое место из причин, вызывающих инсульт, занимает артериальная гипертензия, затем по значимости следуют: нарушение липидного спектра, сахарный диабет, болезни сердца (аритмии), ожирение, курение. Главной миссией любого доктора, имеющего под своим патронажем пациента после ОНМК, является коррекция данных заболеваний, которая включает в себя адекватную гипотензивную терапию, назначение статинов, обязательно, антикоагулянтов при нарушениях сердечного ритма, антиагрегантов, коррекции уровня гликемии. Здесь мы используем один из главных принципов реабилитации-мультидисциплинарный подход, включающий в себя работу узких специалистов, таких как эндокринолог, кардиолог, уролог и т.д.

Второй компонент ранней реабилитации, доступный врачу общей практики это- активизирующий уход, который включает в себя вертикализацию пациента на кровати, дыхательную гимнастику, лечение положением (позиционирование), обучение родственников элементам ухода и ЛФК. Хочу акцентировать внимание именно на принципах позиционирования, поскольку данный метод реабилитации доступен каждому специалисту и должен быть исполнен родственниками пациента.



Особенности положения пациента на спине:

- голова пациента должна находиться по средней линии;
- туловище на пораженной стороне вытянуто; - плечи должны быть поддержаны подушками (2 – 3 см высотой); для выравнивания таза и устранения ротации (поворота ноги) во всех суставах под обеими ягодицами должны находиться плоские подушки (1,5–2 см),
- «больная» нога не развернута кнаружи; - отсутствие груза в паретичной руке (на ладони);
- отсутствие упора под стопой паретичной ноги (во избежание действия положительного поддерживающего рефлекса - стимуляция давлением подушечки стопы увеличивает тонус разгибателей).

Двусторонняя поддержка конечностей, туловища и таза проводится с целью профилактики развития синдрома игнорирования «больной» стороны.



Особенности положения пациента на здоровом боку: - голова пациента находится на одной линии с туловищем; - пациент лежит полностью на боку, а не повернут на $\frac{1}{4}$; - тело не изогнуто; - пораженное плечо вынесено вперед, рука поддержана по всей длине; - кисть «больной» руки находится в среднефизиологическом положении, не свисает с подушки; - отсутствие груза в паретичной руке (на ладони), упора под стопой паретичной ноги.



Особенности положения пациента на парализованной стороне: «больное» плечо вынесено вперед; «больная» нога выпрямлена в тазобедренном суставе и чуть согнута в коленном; отсутствие груза на ладони «больной» руки; отсутствие упора под «больной» стопой; голова находится на одной линии с туловищем.

Таким образом, специалист, придерживающийся в своей практике правильной технологии реабилитации, включающей в себя методики ранней мобилизации, вторичной профилактики заболеваний и грамотно выбранной медикаментозной терапии, может достигнуть хороших результатов восстановления пациента. Данная тактика принесет не только экономическую пользу в масштабах государства, но и чувство морального удовлетворения от проделанной работы, что, порой, является наиважнейшим компонентом в профессиональной деятельности любого врача.

Литература

1. Исмагилов М.Ф. Нарушение мозгового кровообращения - важнейшая медико-социальная проблема. Организация и перспективы развития помощи больным с мозговым инсультом в Республике Татарстан // Неврологический вестник. - 2003. - Т. XXXV, вып. 1-2. - С.58-61.
2. Thrift A.G., Cadilhac D.A., Thayabaranathan T., Howard G., Howard V.J., Rothwell P.M., Donnan G.A. Global stroke statistics. Stroke. 2014; 9 (1): 6—18.
3. Белова Л.А., Машин В.В. Венозная дисциркуляция при хронических формах цереброваскулярной патологии. Ульяновск: УлГУ; 2015.
4. Машин В.В., Белова Л.А., Сапрыгина Л.В., Кравченко М.А., Варакин Ю.Я., Гнедовская Е.В., Суслина З.А. Факторы риска развития цереброваскулярных заболеваний по данным скрининга популяции среднего возраста г. Ульяновска. Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2014; 8 (1): 4—9.
5. Belova L., Mashin V., Belova N. Hypertensive Encephalopathy: The Role of Arteriovenous Interrelations in the Formation of its Clinical Pathogenetic Subtypes. Exper. Clin. Cardiol. 2014; 20 (7): 892—8
6. Хабиров Ф.А., Кочергина О.С., Рахматуллина Э.Ф. и др. Организация ранней реабилитации постинсультных больных с двигательным дефицитом // Казанский медицинский журнал. – 2011. – Т. 92. №1. – С.97-100
7. Бандаков М.П., Ковязина Г.В. Обоснование содержания методики физической реабилитации последствий инсульта в различные периоды заболевания // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. – 2011. – №1. – С.90-94.
8. Белова А.Н., Прокопенко С.В. Нейрореабилитация: Руководство для врачей. – М., 2010. – 1288 с.
9. Бурмаа Б., Отгонбаяр Р., Чимэдсүрэн О., Сэрод Х. Некоторые аспекты медицинской помощи при артериальной гипертензии в Монголии // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2013. – Т. 118. №3. – С.57-59
10. Иркин О.И., Пархоменко А.Н. Современная тактика лечения больных с гипертензивными кризами // Медицина неотложных состояний. – 2010. – №2. – С.23-25.
11. Ковальчук В.В., Богатырева М.Д., Минуллин Т.И. Современные аспекты реабилитации больных, перенесших инсульт // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. – №6. – С.101-105.
12. Королев А.А., Сулова Г.А. Точечный массаж, как метод восстановительного лечения постинсультных спастических парезов и параличей // Современные наукоемкие технологии. – 2010. – №9. – С.200-202.
13. Куликов А.Ю., Зинчук И.Ю. Фармакоэкономический анализ нейропротективных лекарственных средств в лечении острого нарушения мозгового кровообращения // Фармакоэкономика. – 2013. – №3. – С.17-22
14. Гуляев А.Е., Использование нейрорегенеративного и нейропротективного эффекта церебролизина: потенциал эффективности и данные доказательной медицины
15. Бектур К.Р., Гуляев А.Е., Ермекбаева Б.А., Нургожин Т.С. Фармакоэкономические аспекты использования Церебролизина в системе фармакотерапии пациентов в постинсультный период. Медицина. Неврология. – 2014. – №9. – С. 49–53.

Түйін

Сейданова Амина Багдадовна

Жоғары санатты дәрігер невропатолог, дәрігер реабилитолог, №1 Қалалық клиникалық ауруханасының нейрооңалту бөлімінің меңгерушісі, Алматы қ. Денсаулық Басқармасының штаттан тыс бас реабилитолог маманы

ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ НАУҚАСТАРДЫ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ КЕЗЕҢІНДЕ КҮТІМ ЖАСАУДЫҢ НЕГІЗГІ ҚАҒИДАТТАРЫ.

Қазіргі заманғы әлемде, екі мыңжылдықтың қиылысында, медицинада инновациялық технологиялардың қарқынды дамуының ғасырында адамзат өмір сүру сапасы мен өмір сүру деңгейін жақсартуға мүмкіндік беретін арқасында қан айналымы ауруларына байланысты мүгедектіктің жоғары пайызы қалады. Сондықтан аурулардың осы санаты қазіргі уақытта әлемдегі ең маңызды медициналық және әлеуметтік проблема болып табылады және моральдық, әлеуметтік және экономикалық маңызды салдары бар [1]. ДДҰ-ның деректері бойынша, жүректің ишемиялық ауруы және инсульт 2015 жылы жалпы адам саны 15 миллион адамның өмірін талап етеді. Соңғы 15 жылда

бұл аурулар дүниедегі өлім-жітімнің басты себептері болып қала береді [2-5]. Өкінішке орай статистика біздің мемлекетіміздің аумағында бар.

Кілт сөздер: инвалидизация, инсульт, реабилитация, жүректің ишемилық ауруы.

Summary

Seidanova Amina

The doctor-physiotherapist of the highest category, the chief physiotherapist of the Department of health, Almaty, head of the Department of neurorehabilitation of the SCE on PVC "City hospital №1"

BASIC PRINCIPLES OF ACTIVATING CARE IN THE PERIOD OF RESTORATIVE TREATMENT OF PATIENTS AFTER STROKE

In the modern world, at the junction of two millennia, in the century of rapid development of innovative technologies in medicine, thanks to which humanity has the opportunity to improve the quality of life and survival rate, a high percentage of disability due to circulatory diseases remains. Therefore, this category of diseases is currently the most significant medical and social problem in the world and has serious moral, social and economic consequences [1]. Thus, according to WHO, ischemic heart disease and stroke claim the most human lives — in 2015, a total of 15 million. The last 15 years, these diseases remain the leading causes of death in the world. [2-5]. Disappointing statistics exist on the territory of our state.

Key words: disability, stroke, rehabilitation, coronary heart disease

МРНТИ 76.29.31
УДК 616.831-005-082

Мустафаев Е.А., Тутаева А.А.

МКТУ им.А.Яссави, Клиника-Диагностический центр, Региональный инсультный центр
Г.Туркестан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА ПРИ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНСУЛЬТНОГО ЦЕНТРА

Резюме

По данным ВОЗ инсульт ежегодно регистрируется 100-300 случаев на каждые 100 000 населения. Перед нами стояла цель оценить эффективность методов ранней реабилитации у пациентов в острой стадии ОНМК в условиях нейрореанимации. Материалы и методы. Пациенты, находящиеся в нейрореанимации осматриваются специалистами мультидисциплинарной бригады. Для подтверждения эффективности ранней реабилитации было выделено две группы больных. В основную группу вошли пациенты в количестве 933 человек с диагнозом ОНМК, за период с января по декабрь 2018 года. Контрольная группа была представлена архивными историями болезней пациентов с ОНМК до организации работы МДБ за 2017 год. Проведен анализ 859 историй болезни. В 2018 году пациенты находились в условиях палаты интенсивной терапии в отделении инсультного центра для больных с ОНМК. Больные осматривались специалистами по необходимости. В основной группе мужчин – 488 человека, женщин - 445 человек. В контрольной группе мужчин 358 человек, женщин – 501 человек. Средний возраст в основной группе составил - 81 год, в контрольной – 80 лет. Результаты и обсуждение. При сравнении контрольной и основной групп, за период нахождения в условиях нейрореанимации в 2017 году определилось следующее: в 78% случаев наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения отека головного мозга – 98%, частичный регресс неврологической симптоматики до 58% случаев по соответствующим шкалам. По архивным историям болезни пациентов 2017 года динамика лечения была не столь положительна, в том числе за счет того, что в палату интенсивной терапии поступали пациенты только с тяжелым ОНМК. Пациенты же с легкой степенью неврологического дефицита поступали непосредственно в отделение. Поэтому положительная динамика составляла не более 50% случаев. Уменьшение отека головного мозга составило 90% случаев, частичный регресс неврологической симптоматики – 40%. Развитие пневмонии в нейрореанимации снизилось на 1,7% (в сравнении с 2017 годом), снижение тромбоцитопенических осложнений на 3%. Выводы. Мультидисциплинарный подход позволяет своевременно менять тактику ведения больного с ОНМК, с учетом динамики состояния пациента в течение суток. Своевременное начало профилактики наиболее частых неврологических осложнений позволяет повысить вероятность благоприятного прогноза для каждого больного и улучшает реабилитационный потенциал в целом.

Ключевые слова: инсульт, пожилой возраст, ранняя реабилитация, мультидисциплинарный подход, острое нарушение мозгового кровообращения.

Инсульт – наиболее часто встречающееся заболевание у пациентов пожилого возраста. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется 100-300 случаев на каждые 100 000 населения.

Цель исследования. Оценить эффективность методов ранней реабилитации у пациентов в острой стадии ОНМК в условиях нейрореанимации.

Материалы и методы. Все пациенты, находящиеся в нейрореанимации осматриваются специалистами мультидисциплинарной бригады (МДБ) в соответствии с приказом МЗД РК №809. С целью доказательства эффективности методов ранней реабилитации было выделено две группы больных. В основную группу вошли пациенты в количестве 933 человек с диагнозом ОНМК, за период с января по декабрь 2018 года. Контрольная группа была представлена архивными историями болезней пациентов с ОНМК до организации работы МДБ за 2017 год. Проведен анализ 859 историй болезни. В 2018 году пациенты находились в условиях палаты интенсивной терапии в отделении инсультного центра для больных с ОНМК. Больные осматривались специалистами по необходимости. В основной группе мужчин – 488 человека, женщин - 445 человек. В контрольной группе мужчин 358 человек, женщин – 501 человек. Средний возраст в основной группе составил - 81 год, в контрольной – 80 лет. Работа специалистов МДБ ведется с момента поступления пациента в палату нейрореанимации. С первых суток пациент осматривается всеми специалистами мультидисциплинарной бригады. По результатам обхода разрабатывается индивидуальная программа его дальнейшего

восстановления. Члены МБД осматривают пациентов ежедневно, что позволяет врачам МДБ корректировать свои назначения с учетом состояния пациента на момент осмотра. Помимо лекарственной терапии при стабилизации состояния больного проводится ранняя активизация пациента специалистами по лечебной физкультуре: вертикализация головного конца кровати, позиционирование, пассивная лечебная гимнастика, стимуляция проприоцептивной чувствительности, дыхательная гимнастика, глазодвигательная гимнастика. Применяется бинтование нижних конечностей. Под контролем логопеда проводится постановка назогастральных зондов у пациентов с нарушением функции глотания или при нарушении сознания, с целью профилактики аспирационных пневмоний. Для контроля эффективности и адекватности лечения использовались шкалы Бартел, NIHSS.

Результаты и обсуждение. При сравнении контрольной и основной групп, за период нахождения в условиях нейрореанимации в 2017 году определилось следующее: В 78% случаев отмечалась положительная динамика в виде уменьшения отека головного мозга – 98%, частичный регресс неврологической симптоматики до 58% случаев, что оценивалось по соответствующим шкалам. По архивным историям болезни у пациентов в 2017 году динамика лечения была не столь положительна, в том числе за счет того, что в палату интенсивной терапии поступали пациенты только с тяжелым ОНМК. А пациенты с легкой степенью неврологического дефицита, поступали непосредственно на отделение. Поэтому положительная динамика составляла не более 50% случаев. Уменьшение отека головного мозга составило 90% случаев, частичный регресс неврологической симптоматики – 40%. Развитие пневмонии в нейрореанимации снизилось на 1,7% (в сравнении с 2017 годом), снижение тромбоцитопенических осложнений на 3%.

Выводы. 1. Мультидисциплинарный подход позволяет своевременно менять тактику ведения больного с ОНМК, с учетом динамики состояния пациента в течение суток. 2. Своевременное начало профилактики наиболее частых неврологических осложнений: пневмоний и ТЭЛА, позволяет повысить вероятность благоприятного прогноза для каждого больного и улучшает реабилитационный потенциал в целом.

Түйін

Мұстафаев Е. А., Тугаева А. А.

МКТУ.А. Яссауи, Клиника-диагностикалық орталық, өңірлік инсульт орталығы, Түркістан қаласы

ИНСУЛЬТ ОРТАЛЫҒЫ ЖАҒДАЙЫНДА ЖІТІ МИЕМОЗГАЛЫҚ ҚАН АЙНАЛЫМЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРДІ ЕРТЕ ОҢАЛТУ КЕЗІНДЕГІ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ТИІМДІЛІГІ

ДДҰ деректері бойынша инсульт жыл сайын әрбір 100 000 қоныстануға 100-300 жағдай тіркеледі. Біздің алдымызда нейрореанимация жағдайында ОНМК-ның жіті сатысындағы емделушілерде ерте оңалту әдістерінің тиімділігін бағалау мақсаты тұрды. Материалдар мен әдістер. Нейрореанимация-дағы пациенттерді мультидисциплинарлық бригаданың мамандары қарайды. Ерте оңалтудың тиімділігін растау үшін екі науқас тобы бөлінді. Негізгі топқа 2018 жылдың қаңтар айынан желтоқсан айына дейін ОНМК диагнозы бар 933 адамнан тұратын пациенттер кірді. Бақылау тобы ХБА-ның 2017 жылғы жұмысын ұйымдастыруға дейін ОНМК-дан емделушілер ауруларының мұрағаттық оқиғаларымен ұсынылды. 859 ауру тарихына талдау жүргізілді. 2018 жылы пациенттер жіті терапия палатасы жағдайында ОНМК бар науқастарға арналған инсульттік орталық бөлімшесінде болды. Науқастарды қажет болған жағдайда мамандар қарап шықты. Негізгі топта ерлер-488 адам, әйелдер-445 адам. Бақылау тобында ерлер 358 адам, әйелдер-501 адам. Негізгі топтағы орташа жас - 81 жыл, бақылау – 80 жыл. Нәтижелер және талқылау. 2017 жылы нейрореанимация жағдайында болған кезеңде бақылау және негізгі топтарды салыстыру кезінде мыналар анықталды: 78% жағдайда бас миының ісінуі – 98%, неврологиялық симптоматиканың ішінара регрессі тиісті шкалалар бойынша 58% жағдайға дейін төмендеді. 2017 жылғы пациенттердің ауруларының мұрағаттық оқиғалары бойынша емдеу динамикасы оң болған жоқ, соның ішінде қарқынды терапия палатасына тек ауыр онко-мен пациенттер келіп түскен. Неврологиялық тапшылық дәрежесі жеңіл емделушілер тікелей бөлімшеге түсті. Сондықтан оң динамика 50% - дан аспайтын жағдайды құрады. Бас миының ісінуі 90% – ды, неврологиялық симптоматиканың ішінара регрессі 40% - ды құрады. Нейрореанимацияда пневмонияның дамуы 1,7,7% - ға (2017 жылмен салыстырғанда), тромбоцитопениялық асқынулардың төмендеуі 3% - ға төмендеді. Тұжырымдар. Мультидисциплинарлық тәсіл тәулік бойы пациент жағдайының динамикасын есепке ала отырып, науқасты ОНМК-мен жүргізу тактикасын уақтылы өзгертуге мүмкіндік береді. Ең жиі неврологиялық

асқынулардың алдын алудың уақтылы басталуы әрбір науқас үшін қолайлы болжамның ықтималдығын арттыруға және жалпы оңалту әлеуетін жақсартуға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: инсульт, егде жастағы, ерте оңалту, мультидисциплинарлық тәсіл, ми қан айналымының жіті бұзылуы.

Summary

Mustafayev, E. A., A. A. Tutaeva

ICGS them.A. Yassavi, Clinical Diagnostic center, Regional stroke center, Mr. Turkestan

THE EFFECTIVENESS OF MULTIDISCIPLINARIEDADE FOR EARLY REHABILITATION OF PATIENTS WITH ACUTE NARCHEMASHVILI GRAVOOR TION IN THE STROKE CENTER

According to the who stroke annually 100-300 cases per 100 000населения. Before, we aimed to evaluate the effectiveness of early rehabilitation in patients in the acute stage of stroke in terms of neuroresuscitation. Materials and methods. Patients in neuroresuscitation evaluated by the specialists of the multidisciplinary team. To confirm the effectiveness of early rehabilitation, two groups of patients were identified. The main group consisted of patients in the amount of 933 people with a diagnosis of stroke, for the period from January to December of 2018. The control group was presented with archival case histories of patients with onmc prior to the organization of work of MDB for 2017. 859 case histories were analyzed. In 2018, patients were in the intensive care unit in the Department of the stroke center for patients with onmc. Patients were examined by specialists if necessary. In the main group of men-488 people, women-445 people. In the control group of men 358 people, women-501 people. The average age in the main group was 81 years, in the control group-80 years. Results and discussion. When comparing the control and the main groups, during the period of stay in the conditions of neuroreanimation in 2017, the following was determined: in 78% of cases, there was a positive dynamics in the form of reducing brain edema – 98%, partial regression of neurological symptoms to 58% of cases on the appropriate scales. According to archival medical records of patients in 2017, the dynamics of treatment was not so positive, including due to the fact that the intensive care unit received only patients with severe cancer. Patients with mild neurological deficit were admitted directly to the Department. Therefore, the positive dynamics was no more than 50% of cases. Reduction of cerebral edema was 90% of cases, partial regression of neurological symptoms – 40%. The development of pneumonia in neuroresuscitation decreased NA1,7% (compared to 2017), a decrease thrombocytopenic complications 3%. Summary. The multidisciplinary approach allows to change the tactics of management of the patient with onmc in time, taking into account the dynamics of the patient's condition during the day. Timely start of prevention of the most frequent neurological complications can increase the likelihood of a favorable prognosis for each patient and improves rehabilitation potential as a whole.

Key words: stroke, old age, early rehabilitation, multidisciplinary approach, acute cerebrovascular accident.

МРНТИ 76.29.31

УДК 616.831-005.1-082(574.5)

**Г.К.Жайназарова¹, А.А.Аршибекова², А.Т.Кыдыров², Ж.М.Батырбаева³, Д.П. Утепов³,
Н.Б.Борыкбаев⁴**

НАО «Медицинский университет Караганды»¹, Областная клиническая больница г. Шымкент²,
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави³, Городская клиническая больница
№1, г. Шымкент, Казахстан⁴

СОСТОЯНИЕ ИНСУЛЬТНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Резюме

На сегодняшний день в мире заболеваемость инсультом на высоком уровне, она не зависит от социально-бытовых, экономических условий государства. В Республике Казахстан заболеваемость инсультом среди населения составляет более 40 тыс. человек, смертность на высоком уровне. «Инсультные центры», созданные в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан №809 от 19.10.2015 года, оказывают помощь населению на должном уровне, в исследовании проводится специализированная медицинская помощь при инсульте в учреждениях здравоохранения Туркестанской области.

Ключевые слова: инсульт, неврология, нейрохирургия, эпидемиология, заболеваемость, смертность, статистика

Заболеваемость инсультом среди населения по всему миру ежегодно растет и составляет 33 млн. человек, при этом ежегодно устанавливаются новые случаи инсульта в пределах 17 млн., из которых 5,2 млн. лица в возрасте до 65 лет [1,2]. Есть тенденция увеличения смертности от инсульта и к 2030 году достигнет 7,8 млн., если не будут предприняты единые общемировые меры по борьбе с инсультом [2].

По данным официальной статистики в 2015 году более 40 тысяч Казахстанцев перенесли инсульт, из них 24% со смертельным исходом. Заболеваемость инсультом в различных регионах страны составляет от 2,5 до 3,7 случая на 1000 человек в год, а смертность от 100 до 180 случаев на 100 тыс. человек. инсульт является главной причиной инвалидизации в РК и составляет 104,6 на 100 000 населения [3].

На сегодня изменить ситуацию можно только путем создания адекватной системы лечебно-профилактической помощи населению. В связи с чем, оценка деятельности отдельно взятых ЛПУ по оказанию специализированной медицинской помощи больным с инсультом представляет актуальность.

Целью нашего исследования, явилось оценка деятельности «Инсультного центра» Шымкентской городской БСМП за 2016-2018 годы. Для оценки деятельности учреждения изучены структура и организация деятельности центра, материалы статистической отчетности, а так же изучены истории болезни больных.

За анализируемый период 2018 год, Туркестанской области медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам при инсульте II и III уровня, соответствующих по оснащенности Стандарту, составило 7 учреждений из 11 существующих, что составляет 63,3%. Из 2603 пациентов госпитализированных в инсультный центр с ишемическим инсультом, проведены тромболизис в период «терапевтического окна»(4,5-6 часов) 152 пациентам, что составило - 5,8%. Из 3670 пациентов, поступивших в стационар острым инсультом прооперированы 221 пациентов, при этом процент нейрохирургической активности составило - 6%. Заслуживает внимание смертность от инсульта, где за изучаемый период стационарная летальность (581 случаев) составило - 15,8%. Смертность от инсульта на дому (240 случаев) в течение 1 месяца после выписки составило - 6,5%. Время доставки пациента с инсультом в течение 40 минут с момента вызова бригады скорой медицинской помощи составило - 85%.

«Инсультный центр» БСМП развернут на основании приказа №809 от 19.10.2015 года Министерства здравоохранения и социального развития РК «Стандарт организации оказания неврологической помощи в Республике Казахстан» и имеет 38 коек, нейрореанимационное отделения на 12 коек. Увеличение на 5 коек отмечено 2018 году (2017 год - 33 коек) за счет коек инсультного центра. За 2016 год центром пролечено - 2509 пациентов, 2017 год - 2666 пациентов и в 2018 году -

2506 пациентов. Успешно пролечены и выписаны из стационара 2016 году - 2317 пациентов, 2017 году - 2364 пациентов, соответственно в 2018 году - 2192 пациентов.

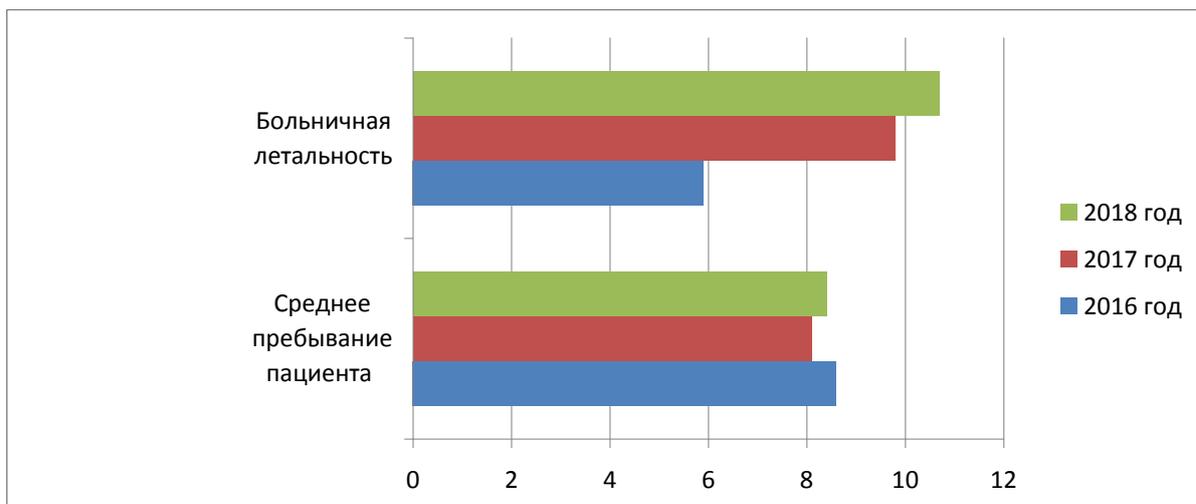


Рисунок 1. Качественные показатели инсультного центра за 2016-2018 годы.

Результаты исследования показали, что больничная летальность остается высоким и имеет тенденцию к увеличению на 1,8 раза в сравнении 2016 и 2018 годом. Так, за 2016 году больничная летальность составило 5,9%, 2017 году - 9,8% и в 2018 году составило - 10,7%. Среднее пребывание больного в стационаре составляет 8,1-8,6 дней (рис. 1).

Таблица 1 - Состав пролечившихся пациентов по нозологиям за 2016-2018 годы

Назология	2016 год		2017 год		2018 год	
	Кол-во больных	Средн. пребывание	Кол-во больных	Средн. пребывание	Кол-во больных	Средн. Пребывание
ОНМК по ишемическому типу	1442	9,0	1553	8,5	1289	8,5
ОНМК по геморрагическому типу	365	12,5	392	11,2	337	11,2
ПНМК	689	6,2	685	6,1	765	6,1
Общее поступивших больных	2509	8,6	2666	8,1	2506	8,4

Как видно из таблицы, 2016 году из госпитализированных 2509 пациентов с ОНМК по ишемическому типу составило - 57,5%, с ОНМК по геморрагическому типу составило - 14,5%, с ПНМК - 27,5% и по другим нозологиям - 0,5%. В 2017 году из госпитализированных 2666 пациентов с ОНМК по ишемическому типу составило - 58,3%, с ОНМК по геморрагическому типу составило - 14,7%, с ПНМК - 25,7% и по другим нозологиям - 1,3%, соответственно 2018 году из 2506 пациентов с ОНМК по ишемическому типу составило - 57,5%, с ОНМК по геморрагическому типу - 14,5% с ПНМК - 27,5% и по другим нозологиям - 0,5%.

Анализируя причины смертности больных ОНМК необходимо отметить напоздную обращаемость больных за стационарным лечением, недостаточное лечение артериальной гипертонии в поликлинических условиях, увеличение числа больных, страдающих артериальной гипертонией, атеросклерозом, сахарным диабетом (группа риска), обширное внутримозговое кровоизлияние, несовместимое с жизнью, инсульты с сопутствующей патологией (сахарный диабет, инфаркт миокарда, ИБС с нарушением ритма сердца, заболевания органов дыхания) а так же, нерегулярный прием гипотензивных препаратов пациентами, несоблюдение диеты, нарушение режима, прием алкоголя и курение.

Резюмируя, необходимо отметить, что в целом за период 2016-2018 г. работы Дорожной карты по внедрению интегрированной модели управления острыми инсультами в Туркестанской области отмечается положительная динамика развития инсультной службы. Появилась четкая система оценки работы, ежемесячно ведется анализ и аудит индикаторов. Однако, остается ряд вопросов, которые требуют анализа и принятия решений как на местном административном уровне.

Литература

1. Скворцовой В.И. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - С.288.
2. Feigin V.L., Forouzanfar M.H., Krishnamurthi R. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 // Lancet. -2014. - Vol.18 (383). - P. 245-254.
3. Жусупова А.С. Инсульт – глобальная проблема отечественной неврологии // Журнал Человек и Лекарство – Казахстан. - 2011.- № 3. - С.6-9.

Түйін

**Г.К.Жайназарова¹, А.А.Аширбекова², А.Т. Кыдыров², Ж.М.Батырбаева³, Д.П. Утепов³,
Н.Б.Борыкбаев⁴**

«Қарағанды медицина университеті» КеАҚ¹, Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент қаласы², Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ- түрік университеті³, №1 қалалық клиникалық ауруханасы⁴, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ ТҮРҒЫНДАРЫНА КӨРСЕТІЛЕТІН ИНСУЛЬТТЫҚ КӨМЕКТІҢ ЖАҒДАЙЫ

Бүгінгі күні, дүниежүзінде инсультпен аурушандық жоғары деңгейде, ол мемлекеттің әлеуметтік-тұрмыстық, экономикалық жағдайына тәуелді емес. Қазақстан Республикасында тұрғындар арасында инсультпен аурушандық 40 мыңнан астам болып, өлім-жітімі жоғары деңгейде орын алады. Қазақстан республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік қорғау министрлігінің 19.10.2015 жылғы №809 бұйрығына сәйкес құрылған «Инсульт орталықтары» халыққа өз деңгейінде көмек көрсетуде, зерттеудегі Түркістан облысы Денсаулық сақтау мекемелерінің инсульт кезіндегі мамандандырылған медициналық көмегі оң нәтижеде жүргізілуде.

Кілт сөздер: инсульт, неврология, нейрохирургия, эпидемиология, ауру-сырқау, өлім-жітім, статистика.

Summary

G.Zhainazarova¹, A.Arshibekova², A.Kydyrov², Zh.Batyrbayeva³, D.Uteпов³, N.Borykbaev⁴
“Karaganda Medical University”¹, Regional Clinic Hospital, Shymkent², International Kazakh-Turkish University named K.A.Yasawi³, Municipal clinical hospital №1⁴

STATE OF STROKE CARE IN THE TURKESTAN REGION

Today in the world the incidence of stroke is at a high level, it does not depend on the social and economic conditions of the state. In the Republic of Kazakhstan, the incidence of stroke among the population is more than 40 thousand people, mortality at a high level. "Stroke centers", created in accordance with the order of the Ministry of health and social development of the Republic of Kazakhstan №809 from 19.10.2015, provide assistance to the population at the appropriate level, the study conducted specialized medical care for stroke in health care institutions of the Turkestan region.

Key words: stroke, neurology, neurosurgery, epidemiology, disease rate, death rate, statistic

МРНТИ 76.29.33

УДК 616.831-005.6-073.75

Навесова В.Ш.¹, Жаркинбекова Н.А.², Аршибекова А.А.³ Н.Б.Борыкбаев⁴

Врач-рентгенолог Областной клинической больницы Управления Здравоохранения Туркестанской области, г.Шымкент¹

Главный внештатный невролог Управления Здравоохранения Туркестанской области²
Заведующая Нейрососудистым отделением Областной клинической больницы Управления
Здравоохранения Туркестанской области, г.Шымкент³

Городская клиническая больница №1, г. Шымкент, Казахстан.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА В ТОМ ЧИСЛЕ У БЕРЕМЕННЫХ И ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ: ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОКБ, Г. ШЫМКЕНТ

Резюме

Тромбоз венозного синуса является следствием его окклюзии и(или) окклюзии корковой вены. Патогенез связан с внешней компрессией за счет отека при инфекции или опухолевой инвазии и частичным тромбозом вследствие гиперкоагуляции при гематологических заболеваниях. Более чем 40% случаев тромбоз сопровождается венозным инфарктом и внутричерепным кровоизлиянием. Типичная локализация таких инфарктов при тромбозе поверхностной вены – на стыке белого и серого веществ, при тромбозе глубоких вен – симметрично в таламусах. Клинические симптомы ЦВТ могут быть неспецифическими и весьма вариабельными, поэтому нейрорадиолог играет важную роль в диагностике этого потенциально смертельного заболевания.

Ключевые слова: тромбоз, церебральный венозный тромбоз, венозный инфаркт, факторы риска

Известны несколько этиологических факторов, которые могут стать причиной ЦВТ, хотя примерно в 25% случаев не обнаруживают никаких специфических причин для развития ЦВТ. Следует дифференцировать асептический ЦВТ, как наиболее распространенную форму, от септического ЦВТ или ЦВТ, вызванного опухолью или травмой. В нашем регионе наиболее известными факторами риска развития асептического ЦВТ являются беременность и послеродовой период. Так за 2018 г. в ОКБ было диагностировано и пролечено 17 случаев церебрального венозного тромбоза именно у пациенток этой группы.

ЦВТ – болезнь, которая типично начинается с образования тромба в большом дуральном синусе, который по ходу своего распространения может привести к тотальному тромбозу синусов, а затем перейти на кортикальные вены. Чаще всего поражается верхний сагиттальный синус, за которым следует поперечный, сигмовидный и кавернозный, тогда как кортикальные вены, впадающие в синусы, вовлекаются вторично, когда тромб выходит из синуса. Тромбоз кортикальной вены и венозный инфаркт без дополнительного тромбоза синуса – достаточно редкий случай. Вовлечение внутренней церебральной венозной системы, включая вену Галена и внутренние мозговые вены - явление так же редкое со специфическим проявлением в виде отека и/или кровоизлияния в базальные ганглии и таламус с обеих сторон. По данным ОКБ из 17 женщин у трех женщин был тотальный тромбоз синусов, у семерых тромбоз верхнего сагиттального синуса, у пятерых тромбоз поперечного, сигмовидного синуса и у двух тромбоз внутренней церебральной венозной системы.

Клиника. ЦВТ обычно имеет неострое начало и постепенное нарастание симптомов, однако клиническая симптоматология зависит от причины, локализации, размеров и времени развития венозного тромбоза. Она может варьировать от клинически бессимптомного развития до быстро прогрессирующего течения с наступлением комы и смерти.

Наиболее распространенными первоначальными симптомами ЦВТ являются головные боли (в 74-90% случаев) – первоначальный признак у 15 пациенток, часто сопровождаемые тошнотой и рвотой, которые могут длиться больше недели, что наблюдалось у 5 из 17 пациенток. Так же наблюдаются нарушение умственного статуса и сонливость, что наблюдалось у двух пациенток с тромбозом внутренней венозной системы. Однако нередко внезапные и острые приступы с припадками и потерей сознания это наблюдалось у 10 пациенток. Если присутствует фокальное поражение паренхимы мозга, то появляются неврологические симптомы. В зависимости от локализации поражения: они могут быть сходными с симптомами инсульта. Двусторонний отек

дисков зрительных нервов может быть признаком повышенного внутричерепного давления. Прогноз ЦВТ непредсказуем и variabelен: клинически легкое нарушение может внезапно вылиться в серьезное заболевание; отмечается летальность до 33%.

Ранняя диагностика очень важна, так как своевременная терапия гепарином может помочь избежать осложнений и уменьшить летальность.

На обычных МР-томограммах тромбоз обнаруживают по появлению сигнала от синуса, который в норме отсутствует вследствие феномена кровотока. Кроме того, сгусток крови претерпевает все типичные изменения, отражающие превращение гемоглобина. Для визуализации обязательны сагиттальная и корональная плоскости. Признаки тромбоза на обычных томограммах очень ненадежны и требуют подтверждения. Для этого производят МР-венографию, которая демонстрирует отсутствие кровотока. Однако МР-венография часто дает ложноположительные результаты в связи с врожденной гипоплазией синуса, развитыми грануляциями паутинной оболочки и потерей сигнала от эффекта втекания. Целесообразно дополнить МРТ выполнением КТ до и после контрастирования. На неконтрастных КТ тромб виден как «дельта-знак» - треугольный участок высокой плотности. После введения контрастирующих веществ при КТ виден «обратный дельта-знак» - неконтрастировавшийся треугольный участок внутри синуса. Только оба эти признака вместе имеют диагностическое значение.

Закключение. Тромбоз мозговых вен или синусов все еще остается трудно диагностируемым заболеванием из-за значительного разнообразия клинических симптомов. Поэтому дальнейшему обследованию с помощью методов лучевой диагностики должны подвергаться те пациенты, которые жалуются на головные боли (наиболее частый симптом ЦВТ) в комбинации с одним или несколькими критериями: а) прием оральных контрацептивов, беременность, послеродовой период; б) тошнота и рвота без травмы в анамнезе; в) неврологические нарушения, эпилептические припадки, двусторонний отек дисков зрительных нервов. Диагностика может проводиться с помощью КТ вен и синусов или с помощью мультимодальной МРТ, включающей в себя и трехмерную фазово-контрастную венозную МРА, но все с подтверждением контрастного усиления и конечно же с учетом знаний радиационной безопасности. Ведь лучшая защита от радиации – это придерживаться строгого списка показаний, сокращая количество исследований до абсолютно необходимого минимума, и, когда это возможно, выбирать другие способы визуализации, которые не требуют излучения. И в этой связи хотелось бы напомнить коллегам о приказе и.о. Министра национальной экономики Республики Казахстан от 27 марта 2015 года № 260. «Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к радиационно-опасным объектам", где говорится что, рентгенологическое исследование беременным проводится во второй половине беременности по клиническим показаниям, а в первой половине беременности рентгенологические исследования проводятся при необходимости оказания скорой или неотложной помощи и если решен вопрос о прерывании беременности.

Литература

1. "Неотложная радиология", ч.2 "Нетравматические неотложные состояния" под ред. Б. Маринчека, Р.Ф.Донделинджера, Москва, Видар 2009 г..
2. Патология при КТ и МРТ. Майкл Л.Грэй, Джеган М. Эйлинэни. Перевод с английского под редакцией Э.Д.Акчуриной. Москва., «МЕДПресс-информ», 2013 г.
3. Direct diagnosis in radiology. Brain imaging. K.Sartor, S.Haehnel, B.Kress, Thieme 2008 year.
4. Getting Started in Clinical Radiology. From Image to Diagnosis. George W. Eastman, Christoph Wald, Jane Crossin, Thieme 2006
5. Годовой отчет нейрососудистого отделения областной клинической больницы Туркестанской области, 2018 г.

Түйін

В.Ш.Навесова¹, Н.А.Жаркинбекова², А.А.Аршибекова³ Н.Б.Борыкбаев⁴

Түркістан облысы Денсаулық Басқармасының облыстық клиникалық ауруханасының дәрігер-неврологы¹

Түркістан облысы Денсаулық Басқармасының штаттан тыс бас неврологы²

Түркістан облысы Денсаулық Басқармасының облыстық клиникалық ауруханасының ми қан-тамыр бөлімінің меңгерушісі, Шымкент қ.³

№1Қалалық клиникалық аурухана, Шымкент қ., Қазақстан⁴

**ЦЕРЕБРАЛДЫ КӨКТАМЫРЛЫҚ ТРОМБОЗДЫҢ СӘУЛЕЛІК ДИАГНОСТИКАСЫ, ОНЫҢ
ІШІНДЕ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕР МЕН БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ: ОКБ ЗЕРТТЕУ
ТӘЖІРИБЕСІ, ШЫМКЕНТ Қ.**

Көктамыр синусының тромбозы оның бітелуінің және(немесе) қабық көктамырларының бітелуінің салдары болып табылады. Патогенез инфекция немесе ісік инвазиясы кезінде ісіну есебінен сыртқы компрессиямен және гематологиялық аурулар кезінде гиперкоагуляция салдарынан ішінара тромбозбен байланысты. Тромбоздың 40% - дан астамы көктамырлық инфарктпен және бас сүйек ішіне қан құйумен бірге жүреді. Беттік көктамырдың тромбозы кезінде – АҚ және сұр заттардың түйіскен жерінде, терең көктамырлардың тромбозы кезінде – таламустарда симметриялы осындай инфаркттардың типтік орналасуы. ЦВТ клиникалық симптомдары спецификалық емес және өте вариабельді болуы мүмкін, сондықтан нейрорадиолог осы ықтимал өлім ауруының диагностикасында маңызды рөл атқарады.

Кілт сөздер: тромбоз, церебралды тамырлы тромбоз, тамырлы инфаркт, қауіп факторлары

Summary

**V.Navesova¹, N.Zharkinbekova²,
A.Arshibekova³ N.Borykbayev**

Radiologist Of the regional Clinical Hospital Of health Management of Turkestan region, Shymkent¹

Chief freelance neurologist of health Department of Turkestan region²

Head of Neurovascular Department Of the regional Clinical Hospital Of management of the Turkestan region, Shymkent³

City clinical hospital №1, Shymkent, Kazakhstan

**RADIOLOGIC DIAGNOSIS OF CEREBRAL VENOUS THROMBOSIS INCLUDING PREGNANT
WOMEN AND WOMEN IN POSTNATAL PERIOD: EXPERIENCE OF RESEARCH IN THE
BUREAU, SHYMKENT.**

Тромбоз венозного синуса является следствием его окклюзии и(или) окклюзии корковой вены. Патогенез связан с внешней компрессией за счет отека при инфекции или опухолевой инвазии и частичным тромбозом вследствие гиперкоагуляции при гематологических заболеваниях. Более чем 40% случаев тромбоз сопровождается венозным инфарктом и внутримозговым кровоизлиянием. Типичная локализация таких инфарктов при тромбозе поверхностной вены – на стыке белого и серого веществ, при тромбозе глубоких вен – симметрично в таламусах. Клинические симптомы ЦВТ могут быть неспецифическими и весьма вариабельными, поэтому нейрорадиолог играет важную роль в диагностике этого потенциально смертельного заболевания.

Key words: thrombosis, cerebral venous thrombosis, venous infarction, risk factors

МРНТИ 76.29.51
УДК 616.831-005-06

Карабаев Н.А., Жиренбаев Ж.О., Борыкбаев Н.Б.
Городская клиническая больница №1, г. Шымкент, Казахстан.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПРЕХОДЯЩЕМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Резюме

Преходящее нарушение мозгового кровообращения (ПНМК) – острое нарушение мозгового кровообращения ишемического характера, которое нередко предшествует ишемическому инсульту. По данным литературы, ишемический инсульт (ИИ) развивается у 10% больных в первые два дня после ПНМК, еще у 10-20% – на протяжении 3-6 месяцев [2, 3, 4, 5, 6]. В странах Западной Европы заболеваемость ПНМК в среднем составляет 50 на 100 тыс. населения. Частота ПНМК в США – от 200 до 500 тыс. случаев в год с частотой в популяции 2,3%, что составляет около 5 млн человек. Среди основных причин преходящей ишемии мозга выделяют: атеросклероз брахиоцефальных сосудов, симптомный каротидный стеноз – до 50%, кардиогенные эмболии, коагулопатии и т.д. [1, 2].

Ключевые слова: преходящее мозговое кровообращение, эндоваскулярная баллонная ангиопластика внутренней сонной артерии.

Клинический случай. Пациент Б., 1952 г.р., поступил в нейрососудистое отделение ШГБСМП через 1 час от начала заболевания с жалобами на слабость и онемение в обеих конечностях, головокружение, головные боли, общую слабость, шаткость походки. Из анамнеза онемение в конечностях беспокоит уже последние 6 мес, со слов страдает артериальной гипертонией в течении многих лет. *При осмотре:* общее состояние средней степени тяжести, тяжесть обусловлена нарушением мозгового кровообращения. Положение пациента пассивное. Сознание – ясное (по шкале комы Glasgow 15 баллов). В контакт вступает. На вопросы отвечает правильно. Адекватна. Ориентирована. Критика не снижена. Команду выполняет. Зрачки D=S, среднего размера. Фотореакция живая. Движение глазных яблок в полном объеме. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Мышечный тонус сохранен. Гиперкинезы, патологических рефлексов нет. Сухожильные рефлексы D=S. Менингеальных знаков нет. По лабораторным данным отклонения от нормальной величины не выявлено. В течение суток при динамическом наблюдении, неоднократные эпизоды ПНМК. На КТ-ангиографии сосудов головы и шеи: субокклюзия внутренней сонной артерии (ВСА) с обеих сторон до 99%. По экстренным показаниям произведена операция: «Селективная ангиография сонных артерий. Церебральная ангиография». На ангиографии определяется субокклюзия правой ВСА (до 99%), левой ВСА (до 98%). Учитывая субокклюзию правой и левой ВСА, возможным кровоизлиянием на фоне гиперперфузии в бассейнах передней мозговой артерии (ПМА) и средней мозговой артерии (СМА) после стентирования ВСА, интраоперационно решено первым этапом произвести баллонную ангиопластику ВСА с обеих сторон. Выполнена поочередная баллонная ангиопластика ВСА с обеих сторон баллонным катетером Submarine Rapido 5x20 mm, баллон раздут по 3 сек. до 6 атм. без использования системы защиты от дистальной эмболии. Контрольная ангиография: гемодинамика ВСА восстановлена справа до 37%, ВСА слева до 44%, проходимость и калибр ПМА и СМА не нарушены (рис.1).

Рисунок 1.

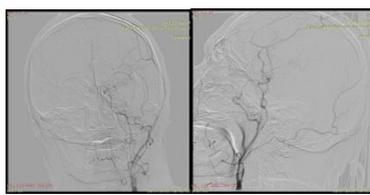




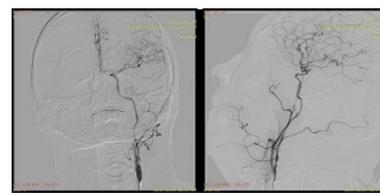
ВСА слева «до»



ВСА слева «после»



Церебральная ангиография «до»



Церебральная ангиография «после»

Пациент выписан на 12 сутки в удовлетворительном состоянии, рекомендовано повторная госпитализация на стентирование ВСА.

Литература

1. О.В. Колоколов, А.М. Колоколова, Е.В. Лукина. Транзиторная ишемическая атака: тактика ведения больных и антитромбоцитарная терапия с целью профилактики инфаркта головного мозга // Русский медицинский журнал. 2013. № 10.
2. С.А. Лихачев, А.В. Астапенко, Н.Н. Белявский. Транзиторные ишемические атаки: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика // Медицинские новости. 2003. № 10.
3. В.А. Парфенов, С.К. Рагимов. Прогноз при транзиторных ишемических атаках по результатам годичного наблюдения // Неврологический журнал. 2011. № 2.
4. G.W. Albers, L.R. Caplan, J.D. Easton. et al. TIA Working Group. Transient ischemic attack- proposal for a new definition // N Engl J Med 2002; 347 (21): 1713–6.
5. M.F. Giles, P.M. Rothwell. Risk of stroke early after transient ischemic attack: A systematic review and meta-analysis // Lancet Neurol 2007; 6: 1063–72.
6. Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack. ESO Writing Committee// Cerebrovascular Disease. 2008. Vol. 25. № 5. P. 457–507.

Түйін

Н.А.Карабаев, Ж.О.Жиренбаев, Н.Б.Борыкбаев

№1 Қалалық клиникалық аурухана, Шымкент қ., Қазақстан.

МИ ҚАН АЙНАЛЫМЫНЫҢ ӨТПЕЛІ БҰЗЫЛУЫНДА ІШКІ ҰЙҚЫ АРТЕРИЯСЫНЫҢ ЭНДОВАСКУЛЯРЛЫҚ БАЛЛОНДЫ АНГИОПЛАСТИКАСЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

Ми қан айналымының өтпелі бұзылуы (ОНМК) – ишемиялық сипаттағы ми қан айналымының жіті бұзылуы, ол жиі ишемиялық инсульттің алдында болады. Әдебиет мәліметтері бойынша, ишемиялық инсульт (ИИ) ПММК – дан кейінгі алғашқы екі күнде науқастардың 10% - да, тағы 10-20% - да 3-6 ай бойы дамиды [2, 3, 4, 5, 6]. Батыс Еуропа елдерінде ПММК ауруы орташа есеппен 100 мың адамға шаққанда 50 құрайды. АҚШ-тағы ПММК жиілігі-жылына 200-ден 500 мыңға дейін, таралым жиілігі 2,3%, бұл шамамен 5 млн адамды құрайды. Мидың өтпелі ишемиясының негізгі себептерінің арасында: брахиоцефальды тамырлардың атеросклерозы, асимптомды каротидті стеноз – 50% - ға дейін, кардиогенді эмболиялар, коагулопатиялар және т.б. бөлінеді.

Кілт сөздер: ми қан айналымы, ішкі ұйқы артериясының эндоваскулярлық баллонды ангиопластикасы.

Summary

N.Karabayev, Zh.Zhirenbayev, N.Borykbayev

City clinical hospital №1, Shymkent, Kazakhstan, nurkna@gmail.com, zhasulan_2009@mail.ru, nur86s@mail.ru

A CLINICAL CASE OF ENDOVASCULAR BALLOON ANGIOPLASTY OF THE INTERNAL CAROTID ARTERY WITH TRANSIENT VIOLATION OF CEREBRAL CIRCULATION

Transient cerebrovascular accident (ONMC) is an acute ischemic cerebral circulation disorder, which often precedes ischemic stroke. According to the literature, ischemic stroke (AI) develops in 10% of patients in the first two days after pnmk, another 10-20% - for 3-6 months [2, 3, 4, 5, 6]. In Western Europe, the incidence of pnmk averages 50 per 100 thousand population. The frequency of pnmk in the US is from 200 to 500 thousand cases per year with a population frequency of 2.3%, which is about 5 million people. Among the main causes of transient brain ischemia are: atherosclerosis of brachiocephalic vessels, asymptomatic carotid stenosis - up to 50%, cardiogenic embolism, coagulopathy, etc. [1, 2].

Key words: transient cerebral circulation, endovascular balloon angioplasty of the internal carotid artery.

МРНТИ 76.29.39

УДК 616.831-005.1-089

**Борыкбаев Н.Б., Бахтияров А.К., Жаркинбекова Н.А., Аршибекова А.А., Тагайбекулы К.,
Карабаев Н.А., Джандарбеков А.П., Мусабек М.А.**

Городская клиническая больница №1, г. Шымкент, Казахстан

Областная клиническая больница, г. Шымкент, Казахстан

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Резюме

В данной статье представлены результаты хирургического лечения геморрагического инсульта, определении показаний и противопоказаний к операции, применение прогностических индикаторов и шкал, среднестатистические цифры хирургической активности и послеоперационной летальности. В статье также рассматривается краткий литературный обзор по внутримозговым кровоизлияниям, эпидемиологии и пути улучшения результатов лечения геморрагического инсульта.

Ключевые слова: инсультный центр, геморрагический инсульт, хирургическое лечение инсульта, нейронавигационная система, послеоперационная летальность, дорожная карта инсульта.

Введение: Актуальность проблемы обусловлена высокой смертностью и стойкой инвалидизацией больных, перенесших геморрагический инсульт.

Геморрагический инсульт (гипертензивное внутримозговое кровоизлияние, первичное внутримозговое кровоизлияние) – это полиэтиологическое заболевание, характеризующееся преимущественно внутримозговым кровоизлиянием, не связанное с инфарктом мозга, опухолью, травмой, аневризмой, АВМ [1, 2, 3].

Инсульт является важной медицинской, социальной и экономической проблемой, так как занимает третье место (а по некоторым данным – второе) среди причин смертности и первое место среди причин инвалидизации – до 80% больных, перенесших инсульт, остаются инвалидами [4, 5].

К сожалению, Казахстан не является исключением. В абсолютных цифрах ежегодно в нашей стране регистрируется более 40 тысяч случаев инсультов, из которых только 5 тысяч погибает в первые 10 дней и еще 5 тысяч в течение первого месяца после перенесенного инсульта [6].

Согласно официальной статистике за период 12 месяцев 2017 года в стационарах РК всего было пролечено 41293 пациентов с ОНМК, что, по сравнению с аналогичным периодом 2016 года больше на 2,5%. Таким образом, госпитализированная заболеваемость от ОНМК за 12 месяцев 2017 года составила 229,2 случаев на 100 тыс. населения, тогда как в 2016 году составляла 226,5 случаев. Из них, наиболее высокие цифры (на 100 тыс. населения) отмечаются в Павлодарской области – 330,5; Карагандинской – 309,7, Восточно-Казахстанской – 304,0; Акмолинской области – 262,2; Кызылординской области – 260,7 [7].

В этиологии геморрагических инсультов (ГИ) ведущая роль принадлежит артериальной гипертензии. Около половины ГИ связаны непосредственно с ней [8, 9]. Артериальная гипертензия выявляется у 62 - 70 % больных с ГИ в европейских исследованиях и у 100% больных в азиатских странах [10, 11]. Морфологические изменения перфорирующих артерий (липогиалиноз, фибриноидный некроз и формирование микроаневризм) в области базальных ганглиев, таламуса, мозжечка и моста, с которыми связывают возникновение ГИ, хорошо изучены в многочисленных исследованиях [12, 13, 14].

В последние десятилетия, благодаря развитию знаний в области нейроморфологии, биохимии и реологии крови, все большее место в генезе ГИ отводят, так называемым, «вторичным» факторам [15, 16, 17].

Ведущей причиной вторичных кровоизлияний в мозг у пожилых людей, в основном субкортикальной (лобарной) локализации является церебральная амилоидная ангиопатия (ЦАА) [18, 19, 20]. Она является причиной ГИ у 15-20% больных в возрасте более 70 лет и причиной 2-10% всех нетравматических внутримозговых кровоизлияний [21, 22, 23]. Наиболее частой формой ЦАА является В - амилоидный тип. В результате отложения амилоидного В - протеина в средней оболочке и адвентиции мелких и средних сосудов (артерий, артериол и, менее часто, вен) лептоменингеальной и кортикальной локализации происходит гибель гладкомышечных клеток стенок сосудов и фибриноидный некроз что, в конечном счете, приводит к разрыву их стенки [24, 25, 26]. Эти хрупкие сосуды могут являться более склонными к разрыву в ответ на внезапное изменение артериального давления [27, 28, 29].

Поскольку у больных с ГИ часто невозможно определить ведущую причину кровоизлияния, в последнее время принято считать, что к развитию ГИ приводит не действие какого-то одного фактора, а воздействие их совокупности [30].

Существуют два механизма развития кровоизлияния: по типу гематомы и по типу диапедезного пропитывания. Кровоизлияния по типу гематомы встречаются в 85% случаев, имеют типичную локализацию в подкорковых ядрах, полушариях мозга и мозжечке. При ВМГ изливающаяся кровь раздвигает мозговое вещество, что сопровождается дислокацией отдельных участков мозга. Кровоизлияния по типу диапедеза встречаются реже, являясь следствием первичной ишемии сосудистой стенки и увеличения ее проницаемости. Такие кровоизлияния чаще имеют небольшие размеры и располагаются преимущественно в таламусе или варолиевом мосту. Дальнейшее углубление неврологического дефицита может являться следствием вторичных факторов, к которым относят отек головного мозга, апоптоз, воспалительную реакцию, а так же увеличение объема гематомы [31].

На сегодняшний день Республиканским координационным центром по проблемам инсульта оказывают медицинскую помощь населению с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) [6, 32, 33]. Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 марта 2018 года №110 были внесены изменения в приказ №809 от 19.10.2015 года МЗСР РК «Стандарт организации оказания неврологической помощи в Республике Казахстан», который регламентирует оказание медицинской помощи пациентам в РК. Инсультные центры (ИЦ) предназначены для оказания медицинской помощи больным с ОНМК согласно международным стандартам с целью максимального восстановления функций организма после перенесенного инсульта и предупреждения повторных инсультов [34, 35].

Целью исследования является сбор информации об эпидемиологии данного заболевания, методах хирургического лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения, определении показаний и противопоказаний к операции, среднестатистические цифры хирургической активности и послеоперационной летальности.

Оказание высокоспециализированной помощи при инсульте в нашей области проводится в инсультном центре III уровня на базах Городской клинической больницы №1 (ГКБ №1) и Областной клинической больницы (ОКБ) проводят все виды эндоваскулярных и открытых нейрохирургических вмешательств.

Операции производят в основном открытым способом, так как при больших кровоизлияниях происходит дислокация срединных структур головного мозга и основным методом хирургического лечения является подвисочная декомпрессионная трепанация с энцефалотомией и удалением внутримозговой гематомы с дополнительной пластикой твердой мозговой оболочки. Основное количество больных с геморрагическим инсультом составляют пациенты с путаменальными кровоизлияниями, открытое вмешательство которым, за редким исключением, не показано в силу высокой травматичности операции.

Сложность отбора пациентов для операции и дифференцированного хирургического подхода к различным группам больных, приводит к значительному количеству неблагоприятных послеоперационных исходов, что ставит под сомнение целесообразность открытого хирургического лечения.

Материалы и методы: Средняя хирургическая активность при геморрагическом инсульте составляет 10%. Послеоперационная летальность составляет в среднем не ниже 20%. Однако убедительных преимуществ хирургического лечения геморрагического инсульта у пациентов в коматозном состоянии (ШКГ 7 балла и ниже) по сравнению с консервативным - нет. Есть прямая зависимость функционального исхода лечения от тяжести кровоизлияния в головной мозг. Следовательно, применения в практике прогностической шкалы ICHScore (Hemphiletall) целесообразно для оценки выживаемости после хирургического лечения.

Учитывая, что количество прогностических факторов велико, J.C.Hemphill была предложена шкала прогноза исхода ГИ, учитывающая наиболее важные и общепризнанные факторы риска неблагоприятного исхода [36]. К ним отнесли угнетение сознания, возраст 80 лет и старше, субтенториальную локализацию ВМГ, большой объем кровоизлияния, наличие ВЖК (табл. №1).

Шкала прогноза исхода внутримозгового кровоизлияния

Была выявлена зависимость между повышением летальности и увеличением суммы баллов по шкале прогноза ВМК. Летальность в группах больных с количеством баллов по шкале 0, 1, 2, 3, 4, 5 в течение первого месяца от начала заболевания составила 0%, 13%, 26%, 72%, 97% и 100% соответственно [37].

По сравнению с вопросами тактики лечения, проблемам организации помощи больным с ГИ в литературе отведено меньшее место, несмотря на то, что проблема своевременного лечения больных с ГИ актуальна как для развивающихся, так и развитых стран.

Таким образом, применяя шкалу прогноза исхода ВМГ можно определять показания и противопоказания к хирургическому вмешательству. Но, окончательное решение по оперативному лечению остается за хирургом.

Таблица 1 - Шкала прогноза исхода ГИ.

Показатель	Количество баллов
ШКГ	
3-4	2
5-12	1
13-15	0
Объем ВМГ (см³)	
Более или равно 30	1
Менее 30	0
ВЖК	
Да	1
Нет	0
Субтенториальная локализация ВМГ	
Да	1
Нет	0
Возраст больного, лет	
Старше или равно 80	1
Меньше 80	0
Общее количество баллов	0-7

Показаниями для хирургического лечения инсульта являются: Внутримозговые полушарные кровоизлияния объемом более 30 мл (по данным КТ, МРТ головы). Кровоизлияние в мозжечок. Оклюзионная гидроцефалия после внутрижелудочкового кровоизлияния. Дислокационный синдром. С начала 2018 года в инсультный центр на базе ГКБ №1 поступило 363 пациентов с геморрагическим инсультом, нами нейрохирургами из них прооперировано 42 больных с ВМГ головного мозга, что составляет 11,6%. С помощью нейронавигационной установкой прооперировано 31 пациентов, остальные 11 пациентов без применения навигационной системы.

За 2018 год в инсультном центре на базе ОКБ поступило 149 пациентов с геморрагическим инсультом, нейрохирургами из них прооперировано 19 больных, что составляет 13%. С помощью нейронавигационной установкой прооперировано 9 пациентов, другие виды операции 10 пациентам. Среди оперированных больных: мужчины – 46 (63%), женщины - 27 (37%).

По локализации постинсультных гематом преобладали путаменальные - 57%, субкортикальные - 23% и смешанные -12%. Среди поступивших больных: мужчины – 309 (60,4%), женщины – 203 (39,6%).

Количество госпитализированных и оперированных пациентов с ВМГ в двух ИЦ разнятся по той причине, что ИЦ на базе ГКБ №1 принимает пациентов с территории города и поступают в бригадой СМП в первые часы ОНМК.

А в ИЦ на базе ОКБ в большинстве случаев транспортируются из районных больниц службой санитарной авиации области. В тех случаях, когда диагноз геморрагического инсульта ставятся в районных больницах, диагностика и объем оказываемой помощи становится недостаточным для пациентов с тяжелыми ОНМК и оказания специализированной помощи врачами санитарной авиацией на месте недостаточно эффективными в ряде случаев. А перевод пациентов до ближайшего ИЦП или Шуровня до стабилизации состояния невозможно, в связи с необходимостью проведения интенсивной терапии на местах.

Результаты и их обсуждение: 61 оперированных больных, находящихся в сопорозном и коматозном состоянии с дислокационным синдромом умерло 20. Причиной смерти явились повторные кровоизлияния головного мозга, отек головного мозга. Послеоперационная летальность составила –

32,7%. При выборе тактики лечения геморрагического инсульта отдавалось предпочтение щадящему церебротомии и пункционному дренированию полости гематомы после подвисочной декомпрессионной трепанации черепа с дополнительной пластикой твердой мозговой оболочки на стороне гематомы с применением нейронавигационной системы. Лучшие результаты лечения получены у больных, которым произведен дренаж желудочков головного мозга с подвисочной декомпрессионной трепанацией. 12 больным с внутрижелудочковым кровоизлиянием произведена операция –наложение вентрикулярного дренажа по Арендту с введением актилизе, из них умерло 4, что составляет 36%.

В настоящее время из методов хирургического лечения инсультных внутримозговых гематом без дислокационного синдрома заслуживает внимания малоинвазивная операция - пункционная аспирация и локальный фибринолиз с использованием актилизе.

Выводы:Количество больных с геморрагическим инсультом с каждым годом увеличивается, поэтому методы и проблемы хирургического лечения заслуживают особого внимания.

Геморрагический инсульт является распространенным и тяжелым заболеванием, эффективность лечения которого зависит от взаимодействия неврологов, нейрохирургов, реаниматологов, анестезиологов, нейроинтервентов, реабилитологов и других узких специалистов. По данным кооперативных исследований в отношении отдаленных результатов преимущества хирургического лечения пока не доказаны, однако, при тяжелом течении заболевания, у определенного контингента больных, консервативное лечение представляется малоэффективным. Окончательно не определены принципы отбора больных для хирургического лечения, критерии выбора метода операции в зависимости от тяжести состояния, вида и объема кровоизлияния, оптимальные сроки вмешательства. Нет однозначного мнения относительно места того или иного, малоинвазивного метода хирургического лечения при глубоких внутримозговых кровоизлияниях. Неоднозначны суждения о целесообразности открытых вмешательств у пациентов в тяжелом состоянии. Оказание специализированной хирургической помощи больным с ГИ, часто не систематизировано, разработанные ранее алгоритмы ведения больных требуют усовершенствования.

В связи с вышеизложенным, представляется актуальной применение прогностических индикаторов шкал исхода у пациентов с геморрагическим инсультом в дооперационном периоде для выработки и улучшению тактики лечения исходов хирургического вмешательства. Представляются актуальной дальнейшая разработка тактики хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом, базирующаяся на использовании различных методов нейрохирургических вмешательств и усовершенствовании организации специализированной помощи больным с геморрагическим инсультом.

Для своевременной и быстрой диагностики геморрагического инсульта необходимо проводить оценку неврологического статуса с использованием дополнительных методов исследования, в первую очередь, нейровизуализации: КТ и КТА, МРТ и МРА, а также проведение ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных артерий, селективной церебральной ангиографии в круглосуточном режиме работы в условиях urgentных больниц. Для лабораторной диагностики геморрагического инсульта необходимо в первые сутки заболевания проводить исследование биомаркеров формирования окислительного стресса, динамических индикаторов тяжести и прогноза геморрагического инсульта.

Для улучшения оказания медицинской помощи больным с нетравматическими кровоизлияниями головного мозга необходима подготовка кадров на базе нейрососудистых центров и нейрохирургических отделений республиканского значения (неврологов, нейрохирургов, реаниматологов, анестезиологов, нейроинтервентов, реабилитологов).

В данный период основные проблемы в оказании помощи больным с инсультом заключаются в недостаточной оснащенности оборудованием, нехватке кадров, недостаточном проведении реабилитационных мероприятий. Для решения данных проблем необходимо улучшить работу ПМСП по артериальной гипертензии, решение проблем первичной профилактики геморрагических инсультов, оптимизировать ведение больных на догоспитальном этапе, решить вопросы дефицита кадров и оснащения.

Все пациенты, перенесшие геморрагический инсульт требуют диспансерного наблюдения в ЛПУ по месту жительства с мониторингом УЗДС, ЭКГ, состояния глазного дна и лабораторных исследований: МНО, тромбоциты и глюкоза. Так как пациенты с повторными кровоизлияниями в головной мозг имеют прогностический неблагоприятным в исходе лечения.

Литература

1. Attenuation of intracerebral hemorrhage and thrombin-induced brain edema by overexpression of interleukin-1 receptor antagonist / T. Masada [et all.] // J. Neurosurgery.- 2001.- Vol. 95.- pp: 680-686.

2. Aygun, N. et al. Diagnostic imaging for intracerebral hemorrhage / N. Aygun, T.J. Masaryk // *Neurosurgery clinics of North America.*- 2002.- Vol.13.- pp: 313334.
3. Barnes, B. et al. Intracerebral hemorrhage secondary to vascular lesions / B. Barnes, C.M. Cawley, D.L. Barrow // *Neurosurgery clinics of North America.*-2002.- Vol.13.- pp: 289-297.
4. Медицинская помощь в стационаре / Н. В. Верещагин [и др.] // *Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики* / под ред. Н. В. Верещагина, М.А. Пирадова, З.А. Суслиной.- М.: Интермедика.- 2002.- Гл. 3.- С. 33-60.
5. Нарушения мозгового кровообращения в головном и спинном мозге / И.В. Дамулин [и др.] // *Болезни нервной системы: В 2-х т.* / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана.- М.: Медицина.- Т.1.- 2003.- Гл. 3 С. 231 - 302.
6. Акшулаков С.К., Адильбеков Е.Б., Ахметжанова З.Б., Медуханова С.Г. «Организация и состояние инсультной службы Республики Казахстан по итогам 2016 года». Журнал «Нейрохирургия и неврология Казахстана» №1(50), 2018 г.
7. BenjaminEJ, BlahaMJ, ChiuveSE, CushmanM, DasSR, DeoR. et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation.* 2017;135:e146 – e603.
8. Experimental intracerebral hemorrhage in rats. Magnetic resonance imaging and histopathological correlates / M.R. Del Bigio[et all.] // *Stroke.*-1996 Dec.- 27(12).- pp: 2312-9; discussion: 2319-20.
9. Greenberg M.S. *Handbook of Neurosurgery.*- 1997.- Vol 2.- pp: 880 - 899.
10. Incidence of intracerebral and subarachnoid haemorrhage in southern Sweden / O. G. Nilsson [et all.] // *J NeurolNeurosurg Psychiatry.*- 2000,- 69(5).- pp: 601607.
11. Recurrent primary cerebral hemorrhage: frequency, mechanisms, and prognosis / A. Gonzalez-Duarte [et all.] // *Stroke.*-1998 Sep.- 29(9).- pp: 1802-5.
12. Ворлоу, Ч.П. и др. *Инсульт. Практическое руководство для ведения больных* / Ч.П. Ворлоу [и др.]- СПб.: Политехника, 1998.- 630 е.: ил.
13. Histopathologic analysis of foci of signal loss on gradient-echo T2*-weighted MR images in patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: evidence of microangiopathy-related microbleeds / F. Fazekas [et all.] // *Am J Neuroradiol.*- 1999 Apr.- 20(4).- pp: 637-42.
14. Hypertensive caudate hemorrhage prognostic predictor, outcome, and role of external ventricular drainage // P.C. Liliang [et all.] // *Stroke.*- 2001 May.- 32(5).- pp: 1195-200.
15. Hypertensive caudate hemorrhage prognostic predictor, outcome, and role of external ventricular drainage // P.C. Liliang [et all.] // *Stroke.*- 2001 May.- 32(5).- pp: 1195-200.
16. Spontaneous Intracerebral Hemorrhage / A.I. Qureshi [et all.] // *The New England Journal of Medicine.*- 2001.-344(19).-pp: 1450-1460.
17. Spontaneous, hemorrhagic stroke in a mouse model of cerebral amyloid angiopathy / D.T. Winkler [et all.] // *The Journal of Neuroscience.*- 2001.- 21.- pp: 1619-1627.
18. Сарибекян, А.С. и др. Результаты хирургического лечения больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами пункционно-аспирационным способом в сочетании с локальным фибринолизомпроурокиназой / А.С. Сарибекян, Л.Н. Полякова // *Журнал вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко.*- 2003.- №3.- С. 8-11.
19. Apolipoprotein E e4 is associated with the presence and earlier onset of hemorrhage in cerebral amyloid angiopathy / S.M. Greenberg [et all.] // *Stroke.*- 1996.- 27.-pp: 1333-37.
20. Ariesen, M.J. et al. Factors for Intracerebral Hemorrhage in the General Population / M.J. Ariesen, S.P. Claus, G.J.E. Rinkel // *Stroke.*- 2003.- 34.- pp: 2060-65.
21. Mayer S.A. Ultra-early hemostatic therapy for intracerebral hemorrhage / *Stroke.*- 2003 Jan.- 34(1).- pp: 224-9.
22. Spontaneous, hemorrhagic stroke in a mouse model of cerebral amyloid angiopathy / D.T. Winkler [et all.] // *The Journal of Neuroscience.*- 2001.- 21.- pp: 1619-1627.
23. Surgical experience with cerebral amyloid angiopathy / G.M. Greene [et all.] // *Stroke.*- 1990 Nov.- 21(11).-pp: 1545-9.
24. Apolipoprotein E e4 is associated with the presence and earlier onset of hemorrhage in cerebral amyloid angiopathy / S.M. Greenberg [et all.] // *Stroke.*- 1996.- 27.-pp: 1333-37.
25. Cerebral amyloid angiopathy-related hemorrhage. Interaction of APOE epsilon2 with putative clinical risk factors / M.O. McCarron [et all.] // *Stroke.*- 1999 Aug.-30(8).-pp: 1643-6.
26. Greenberg, S.M. et al. Diagnosis of cerebral amyloid angiopathy. Sensitivity and specificity of cortical biopsy / S.M. Greenberg, J.P. Vonsattel // *Stroke.*-1997 Jul.- 28(7).- pp: 1418-22.
27. Ворлоу, Ч.П. и др. *Инсульт. Практическое руководство для ведения больных* / Ч.П. Ворлоу [и др.]- СПб.: Политехника, 1998.- 630 е.: ил.
28. Cerebral hemorrhage from amyloid angiopathy and coronary thrombolysis / R. Leblanc [et all.] // *Neurosurgery.*- 1992.-31.- pp: 586-590.

29. Cerebral amyloid angiopathy-related hemorrhage. Interaction of APOE epsilon2 with putative clinical risk factors / M.O. McCarron [et all.] // Stroke.- 1999 Aug.-30(8).-pp: 1643-6.
30. Stollberger, C. et all. Antithrombotic Therapy After Cerebral Hemorrhages / C. Stollberger, J. Finsterer// Stroke.-2003.- 34.- P. e217.
31. Дашьян В.Г. Хирургическое лечение геморрагического инсульта: дисс..д-ра мед.наук.- М., 2008г.- 19с.
32. Приказ №104 от 9 февраля 2016года Министрздрравоохранения и социального развития РК«О создании Координационного совета по внедрению интегрированных моделей службы родовспоможения и детства, оказания медицинскойпомощи при остром инфаркте миокарда и травмах, управлений острыми инсультами и онкологическими заболеваниями в Республике Казахстан»;
33. Приказ №686 от 02.08.2016года Министерствздрравоохранения и социального развития РК «Онекоторых вопросах снижения смертности от инсульта и улучшения качества оказания медицинской помощи больным инсультом»;
34. Приказ №809 от 19.10.2015 года Министерства здравоохранения и социального развития РК«Стандарт организации оказания неврологической помощи в Республике Казахстан»;
35. Приказ №110 от 14 марта 2018 года Министерства здравоохранения РК «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения исоциального развития Республики Казахстан от19 октября 2015 года № 809 «Об утверждении Стандарта организации оказания неврологической помощи в Республике Казахстан»»;
- 36.Дашьян В.Г. Хирургическое лечение геморрагического инсульта: дисс..д-ра мед.наук.- М., 2008г.- 40с.
37. Дашьян В.Г. Хирургическое лечение геморрагического инсульта: дисс..д-ра мед.наук.- М., 2008г.- 42с.

Түйін

Борыкбаев Н.Б., Бахтияров А.К., Жаркинбекова Н.А., Аршибекова А.А., Тагайбекулы К.,

Карабаев Н.А., Джандарбеков А.П., Мусабек М.А.
№1 Қалалық клиникалық ауруханасы, Шымкент, Қазақстан
Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент, Қазақстан

МИДЫҢ ЖАРАҚАТТЫҚ ЕМЕС ҚАН ҚҰЙЫЛУЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Бұл мақалада геморрагиялық инсультті хирургиялық емдеу нәтижелері, операцияға айғақтар мен қарсы айғақтарды анықтау, болжамдық индикаторлар мен шкалаларды қолдану, хирургиялық белсенділіктің және операциядан кейінгі өлім-жітімнің орташа статистикалық сандары көрсетілген. Мақалада, сондай-ақ геморрагиялық инсульт емдеу нәтижелерін жақсарту жолдары мен эпидемиология, миішілік қан құйылу бойынша қысқаша әдеби шолу қарастырылады.

Кілт сөздер: инсульт орталығы, геморрагиялық инсульт, инсультті хирургиялық емдеу, нейронавигациялық жүйе, операциядан кейінгі өлім, инсульттің жол картасы.

Summary

N.Borykbayev, A.Bakhtiyarov, N.Zharkinbekova, A.Arshibekova, K.Tagaipekuly, N.Karabayev, A.Djandarbekov, M.Musabek

City clinical hospital №1, Shymkent, Kazakhstan
Regional clinical hospital, Shymkent, Kazakhstan

SURGICAL TREATMENT OF NONTRAUMATIC HEMORRHAGE OF THE BRAIN

This article presents the results of surgical treatment of hemorrhagic stroke, the definition of indications and contraindications to surgery, the use of prognostic indicators and scales, the average figures of surgical activity and postoperative mortality. The article also discusses a brief literature review on intracerebral hemorrhage, epidemiology and ways to improve the results of treatment of hemorrhagic stroke.

Key words: stroke center, hemorrhagic stroke, surgical treatment of stroke, neuronavigation system, postoperative mortality, stroke roadmap.

МРНТИ 76.29.52
УДК 616.853

З.Джабраилова, магистрант,
Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ (обзор литературы)

В обзоре отражены клинические проблемы психогенных неэпилептических приступов (ПНЭП), нередко диагностируемых как эпилепсия. Ошибочность диагноза приводит к назначению бесполезных в этих случаях противоэпилептических препаратов. Пациенты с ПНЭП имеют такой же уровень инвалидности, что и пациенты с эпилепсией. Часто они теряют свои рабочие места, семьи, лишаются водительских прав, что ухудшает качество их жизни. Ранняя диагностика, отмена противоэпилептических средств и соответствующее лечение ПНЭП со стороны неврологов, психиатров и психологов может предотвратить значительный ятрогенный вред и улучшить качество жизни таких больных.

Дифференциальная диагностика эпилептических и неэпилептических пароксизмов является сложной, а, зачастую, и основной задачей выбора тактики лечения больных в эпилептологии [1,2,3]. Многочисленные работы посвящены дифференциальной диагностике эпилептических припадков с синкопальными состояниями, вегето-висцеральными пароксизмами, гипогликемическими кризами, транзиторными ишемическими атаками, конверсионными приступами, мигренозными кризами, пароксизмальными диссомниями, нарколепсией, пароксизмальной миоплегией, а также с рядом психопатологических состояний неэпилептической природы (дереализация, деперсонализация, психомоторное возбуждения, аффективные реакции) [4,5].

Значительно меньшее внимание уделяется вопросам сочетания у одного и того же больного эпилептических и неэпилептических пароксизмов, дифференциальной диагностике определенного типа пароксизмов у таких больных, а также разработке терапевтических мероприятий, направленных на купирование всех имеющихся у больного пароксизмальных состояний [6,7].

Эпилептизация головного мозга при длительно текущем заболевании приводит к развитию так называемой «дисрегуляции», т.е. недостаточности основных регуляторных систем мозга, одним из клинических проявлений которой и может являться развитие неэпилептических пароксизмальных нарушений [8].

Легиональные формы симптоматической эпилепсии, могут также иметь в своей клинической картине различные неэпилептические припадки.

Значительную долю вносит субъективный психологический фактор. Длительно текущая эпилепсия нередко приводит к психологической стигматизации больных, кроме того, для решения социальных вопросов больным эпилепсией «условно выгодно» иметь припадки. Припадки являются неотъемлемой частью жизни больных, что приводит к развитию у них неэпилептических припадков конверсионного круга, которые, в свою очередь, имитируют уже имеющиеся эпилептические приступы.

Псевдоэпилептические приступы можно рассматривать как конверсионные пароксизмы в структуре конверсионного расстройства у больных эпилепсией. Появление псевдоприступа у больного эпилепсией может свидетельствовать о развитии у него невротического конверсионного расстройства, требующего адекватной медикаментозной и немедикаментозной коррекции.

При этом необходимо помнить о том, что конверсионное расстройство у больных эпилепсией с появлением в клинической картине псевдоприступа вовсе не является единственно возможным вариантом развития у них невротического расстройства. Возникновение псевдоприступа подробно описано в литературе, хотя на практике крайне редко рассматривается в качестве конверсионного расстройства [9].

Конвульсивные психогенные псевдоэпилептические приступы подразделяются на 5 типов (A. Kanner, J. Papp, 2000): а) подобные тоническим, б) клоническим, в) тонико-клоническим припадкам, г) гипермоторный, д) смешанный типы.

Неконвульсивные психогенные псевдоприступы подразделяются на 3 группы: подобные двигательным, подобные отсутствию внимания (по типу абсансов) и подобные атоническим припадкам (внезапное падение). Следует отметить, что в настоящее время нет убедительных доказательств в поддержку использования какого-либо метода лечения пациентов с ПНЭП [55]. Лечение обычно начинается с постановки точного диагноза (на постановку диагноза может уйти до 7-10 лет), и оно включает психиатрическую или психологическую диагностику потенциальных

триггеров (то есть событий, ситуаций или эмоций, которые могут вызывать ПНЭП) и связанных с ними сопутствующих психических расстройств. Считается, что первым шагом в лечении ПНЭП - это доведение диагноза до больного и членов его семьи. При этом необходимо подчеркнуть, что имеющиеся приступы реальны, но они имеют психогенную природу и связаны со стрессом и эмоциональными переживаниями. Следующим этапом является постепенная отмена противоэпилептических препаратов под наблюдением специалистов, чтобы избежать синдрома отмены и сохранить приверженность к лечению со стороны психологически зависимых пациентов и их родственников. Дальнейший этап - это направление пациента к психиатру, не отказываясь полностью от наблюдения его со стороны невролога.

Длительно текущая декомпенсированная эпилепсия провоцирует недостаточность регуляторных механизмов мозговой гемодинамике, в результате чего у больных развивается склонность к синкопальным состояниям. Эпилептический припадок вызывает ряд патологических изменений в головном мозге и других органах. Одним из значимых последствий припадка можно считать несоответствие церебрального метаболизма и кровотока потребностям головного мозга. Кроме того, метаболические нарушения вызывают перераспределение мозгового кровотока, сосудистого тонуса и проницаемости.

Установлено, что нарушения мозговой гемодинамики в значительной мере зависят от течения заболевания, типа, частоты и длительности головного мозга. И, если ускорение мозгового кровотока можно считать адекватным компенсаторным механизмом для обеспечения повышенного метаболизма, то значительное снижение всех фаз мозгового кровотока является показателем срыва механизмов компенсации как в результате непосредственных изменений микрососудов головного мозга, так и в результате нейрохимических нарушений. При этом наблюдается значительная диссоциация между высокими метаболическими запросами «эпилептического» мозга и низким кровоснабжением. Венозная гиперемия у этих больных также способствует развитию циркуляторной гипоксии. Срыв компенсаторных возможностей церебральной гемодинамики углубляется проявлением артериовенозного шунтирования, которое нарушает кровообращение в мелких сосудах [10,11].

Нарушения метаболизма и регуляторных систем надсегментарной вегетативной нервной системы, особенно при длительной декомпенсации эпилепсии, может приводить к развитию различных вегетативных пароксизмов, имеющих клиническую картину панических атак с разнообразием клинических проявлений, различной длительностью, связью с различными провоцирующими факторами и отсутствием характерных эпилептических ЭЭГ-феноменов.

На основании ошибочной оценки клинических и параклинических данных больным был поставлен под сомнение диагноз «эпилепсия», в связи с чем отменены антиконвульсанты. Это привело к декомпенсации эпилепсии, учащению эпилептических припадков, к появлению их вторичной генерализации, заострению эпилептических черт личности и существенному ухудшению ЭЭГ-показателей в межприступный период. Как негативное следствие при возврате к прежней дозе противоэпилептических препаратов не привело к улучшению состояния и может развиться стойкая вторичная фармакорезистентность.

От 10 до 40% пациентов с диагнозом «Фармакорезистентная эпилепсия» страдают исключительно психогенными приступами.

Таким образом, длительно текущая эпилепсия может сопровождаться, а возможно, и приводить к развитию неэпилептических пароксизмов: панических атак, синкопальных состояний, конверсионных припадков, отмена бензодиазепиновых препаратов, которые использовались для лечения эпилепсии, может приводить к развитию пароксизмальных состояний, которые могут быть расценены как абстинентные пароксизмы в структуре синдрома отмены.

При диагностике типа эпилептического припадка необходимо учитывать достаточно частую возможность сочетания эпилепсии и неэпилептических пароксизмов.

У больных эпилепсией за счет длительно протекающего основного заболевания может развиваться целый ряд неэпилептических пароксизмов, которые, с одной стороны, приводят к утяжелению течения заболевания, а с другой - ставят под сомнение диагноз «эпилепсия». Это сопровождается отменой антиэпилептических препаратов, нередко крайне стремительной, и утяжелению состояния больного [12,13].

Следует отметить, что имеющиеся у больных вышеописанные неэпилептические припадки нередко принимаются за эпилептические, что приводит к наращиванию дозы антиэпилептических препаратов, которая является терапевтически необоснованной и приводит к развитию дозозависимых побочных эффектов.

При диагностике типа эпилептического припадка необходимо учитывать достаточно частую возможность сочетания эпилепсии и неэпилептических пароксизмов.

Особенно это актуально у больных, у которых не удается добиться полной компенсации эпилепсии применением АЭП. У таких больных нередко на фоне эпилепсии развиваются различные неэпилептические пароксизмы, которые требуют дополнительной медикаментозной и немедикаментозной коррекции. Необходимо отметить, что частота развития неэпилептических пароксизмов у больных с недостаточно компенсированной эпилепсией крайне высока, что требует учета данной патологии врачами-клиницистами.

При терапии эпилепсии необходимо учитывать возможность развития неэпилептических пароксизмов, которые могут существенно ухудшать качество жизни больных. Влияние АЭП на развитие неэпилептических пароксизмов сомнительно, однако комплексная терапия эпилепсии должна учитывать возможность наличия полиморфных неэпилептических припадков у больных эпилепсией [14]

Литература

1. Карлов В.А. Современная концепция лечения эпилепсии. Журн. неврологии и психиатрии. 1999; 5: 16-23.
2. Berg, A. T. Scheffer New concepts in classification of the epilepsies: Entering the 21st century / A. T. Berg, E. Ingrid // *Epilepsia*. - 2011. - Vol. 52, Iss. 6. - P. 1058-1062.
3. Brodi M.J., Richens A. Antiepileptic drugs. *Engl. J. Med.* 1996; 334: 168-175.
4. Современные принципы терапии эпилепсии / К. В. Воронкова, О. А. Пылаева, Е. С. Косякова [и др.]// Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 2010. -№ 6. - С. 24-36.
5. Litovchenko T. Peculiarities of cerebral hemodynamic disbalance in epileptic patients. *Journal of the Neurological Sciences*. 2001; 187 (1): 297 p.
6. Зенков Л.Р. Клиническая эпилептология. М. 2003; 368.
7. Котов, А. С. Провокаторы приступов у взрослых больных с симптоматическими и криптогенными фокальными эпилепсиями / А. С. Котов, Н. В. Толстова // *Клин. неврология*. - 2010. - № 1. - С. 17-21.
8. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы. Руководство. М. 1997; 352 с.
9. Семченко В.В., Степанов С.С., Алексеева Г.В. Постаноксическая энцефалопатия. Омск. 1999; 448 с.
10. Glauser T., Ben-Menachem E., Bourgeois B., Snaan A., Chadwick D., Guerreiro C. et al. ILAE treatment guidelines: evidence-based analysis of antiepileptic drug efficacy and effectiveness as initial monotherapy for epileptic seizures and syndromes. *Epilepsia*. 2006; 47:1094-120.
11. Орос, М. М. Возможности и перспективы фармакогенетики в лечении эпилепсии / М. М. Орос, В. И. Смоланка // *Международ. неврологический журн.* -2012. -№ 6. - С. 119-126.
12. Panayiotopoulos CP *The epilepsies: seizures, syndromes and management*. Oxford: Blackwell Medical Publishing. 2005.
13. Panayiotopoulos CP MD PhD FRCP. *The Epilepsies Seizures, Syndromes and Management*. DLADON Medical publishing. 2007; 541 p.
14. Shorvon S., Perucca E., Fish D., Dodson E., eds. *The treatment of epilepsy (2nd edition)*. Oxford: Blackwell Publishing, 2004; 913 p.

МРНТИ 76.29.51

УДК 616.831-005.1-036.886

¹Жаркинбекова Н.А., ¹Мустапаева Г.А., ¹Туксанбаева Г.У., ²Сейдинова Ж.

¹Южно-Казахстанская медицинская академия, кафедра неврологии, психиатрии и психологии, Шымкент, Казахстан

²Южно-Казахстанская медицинская академия, магистрант, Шымкент, Казахстан

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ИНСУЛЬТЕ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Резюме

Ишемические инсульты у пациентов молодого возраста протекают в целом благоприятно и имеют низкую летальность. Исход геморрагического инсульта зависит от локализации и объема гематомы. Факторами неблагоприятного исхода являются объем гематомы, дислокация срединных структур, расположение гематомы с стволе, нарушение сознания в дебюте инсульта, высокий балл по шкале NIHSS. Создание системы оказания неотложной помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения, кратчайшие сроки госпитализации, слаженная работа мультидисциплинарной бригады, ранняя реабилитация и активизация больного, современные нейрохирургические способы лечения будут вносить существенный вклад в уменьшение показателя смертности.

Ключевые слова: инсульт, летальность, церебральный инсульт, факторы риска.

Введение. Церебральный инсульт продолжает оставаться важной медико-социальной проблемой в связи с его большой распространённостью и высокими уровнями инвалидизации и летальности [1]. По оценке Всемирной организации здравоохранения в мире ежегодно регистрируется около 6 млн. случаев мозгового инсульта, каждый четвертый из них - с летальным исходом [2]. В Республике Казахстан проблема борьбы с ОНМК является одним из приоритетных ключевых направлений социальной политики. В нашей стране, из-за высоких показателей смертности населения от сосудистых заболеваний мозга, диктует необходимость уделять все большее внимание ранней первичной профилактике этих заболеваний [3]. Изучение проблемы инсультов в молодом возрасте (18-45 лет) представляет собой особую значимость. Частота инсультов у молодых пациентов составляет от 5 до 14% [4]. С каждым годом инсульт у молодых встречается все чаще. Если еще 30-40 лет назад можно было говорить о том, что нарушение мозгового кровотока является сугубо старческой проблемой, то сегодня ее возраст значительно помолодел. Главными причинами его образования служит стиль жизни современных людей, подвергающихся ежедневным перегрузкам и не следящих за своей физической формой. При этом конкретного лечения подобных патологий, позволяющего полностью восстановить функциональность мозга, не существует. Поэтому главным вектором терапии является преодоление последствий инсульта, которые могут быть достаточно серьезными вплоть до летального исхода. Основными факторами риска развития ишемического инсульта в молодом возрасте являются кардиальная патология (пороки клапанов, мерцательная аритмия), поражение мелких сосудов вследствие сахарного диабета и артериальной гипертензии, коагулопатии, антифосфолипидный синдром [5,6]. Причиной геморрагического инсульта выступают артериальные аневризмы и артериальная гипертензия. Смертность от цереброваскулярной патологии у лиц трудоспособного населения составляет 5,7%. Наиболее частой причиной смерти населения трудоспособного возраста являются внутримозговые и другие кровоизлияния (39,3%), затем следуют инфаркт мозга (26,3%), субарахноидальное кровоизлияние (17%), инсульт неуточненный (5%) и другие цереброваскулярные болезни (12,5%) [7].

Целью работы является анализ факторов, способствующих летальности больных молодого возраста с острым нарушением мозгового кровообращения.

Материалы и методы. Из 125 пациентов (77 пациентов с ишемическим инсультом, 48 - с геморрагическим полушарным инсультом) в возрасте от 18 до 45 лет, наблюдавшихся в внеинсультном отделении ГКБ № 1 и ОКБ, смертельный исход был зафиксирован в 12 случаях. Летальность в исследуемой группе среди пациентов с ишемией составила 1,2%, с паренхиматозным кровоизлиянием - 23%. Средний возраст умерших пациентов $38,1 \pm 1,4$ лет. Доля летальных исходов и типы инсультов представлены в рис. 1.

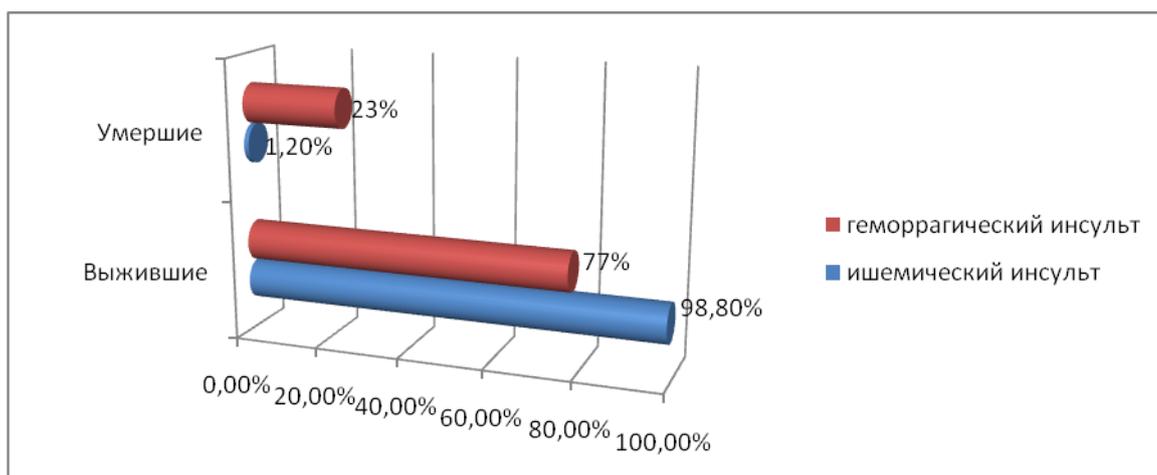


Рисунок 1 - Общая характеристика исследуемых больных

Всем пациентам при жизни был проведен неврологический осмотр с определением состояния по шкалам NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), общепринятое клиническое и биохимическое исследование крови, электрокардиография, компьютерная томография.

Результаты и их обсуждение. 83% пациентов госпитализировано и начало получать лечение в течение 3 часов от начала заболевания. Из 12 пациентов 9 доставлены скорой помощью и поступили в отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения минуя приемное отделение, 1 переведен из инфекционной больницы и 2 из неврологического отделения стационара. У 85% пациентов инсульт был первичным, в 15% случаев инсульт был повторным. Все пациенты с геморрагическим инсультом были осмотрены нейрохирургом. Средний балл по шкале NIHSS составил $31,25 \pm 1,43$ баллов, что соответствовало тяжелому инсульту. Оценка по шкале NIHSS для выживших пациентов молодого возраста с нарушением мозгового кровообращения была достоверно ниже – $8,5 \pm 1,2$ баллов (рис. 2).

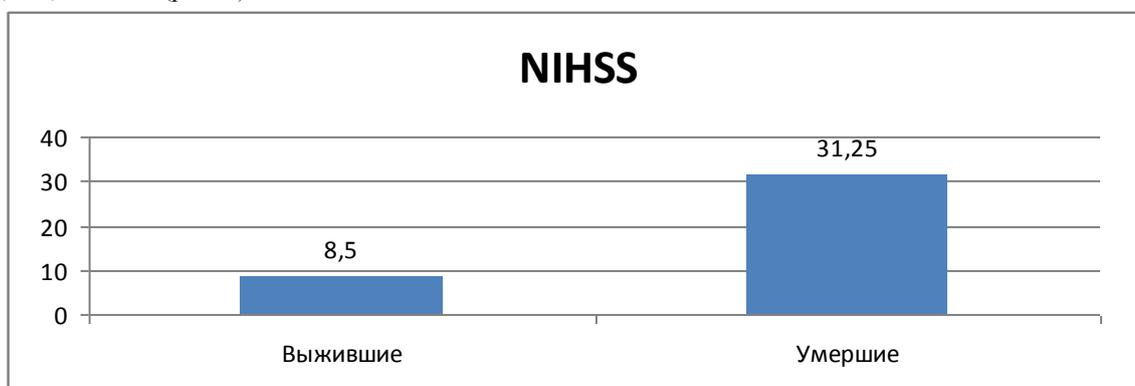


Рисунок 2 - Оценка тяжести инсульта по шкале NIHSS для выживших и умерших пациентов

Среди умерших не было ни одного пациента в ясном сознании, в 2 случаях наблюдался сопор, в 5 случаях - кома 1, в 3 случаях - кома 2, в 2 случаях - кома 3. У 3 пациентов в дебюте заболевания отмечались эпилептические припадки. Из 11 пациентов с геморрагическим инсультом у 9 наблюдался прорыв крови в желудочковую систему, что осложнило течение заболевания.

В течении первых суток от начала инсульта умерли 32% пациентов. В общей сложности в острейшем периоде в течение первых 7 суток погибло 84% пациентов. Причиной смерти во всех случаях послужило нарушение мозгового кровообращения, осложнившееся в дальнейшем отеком мозга и дислокационным синдромом.

В 37% случаев гематома локализовалась в полушариях, в 32% в стволе мозга и мозжечке, в 31% наблюдались множественные гематомы в разных полушариях головного мозга, разных полушариях мозжечка или сочетанные супра- и инфратенториальные гематомы (рис. 3).

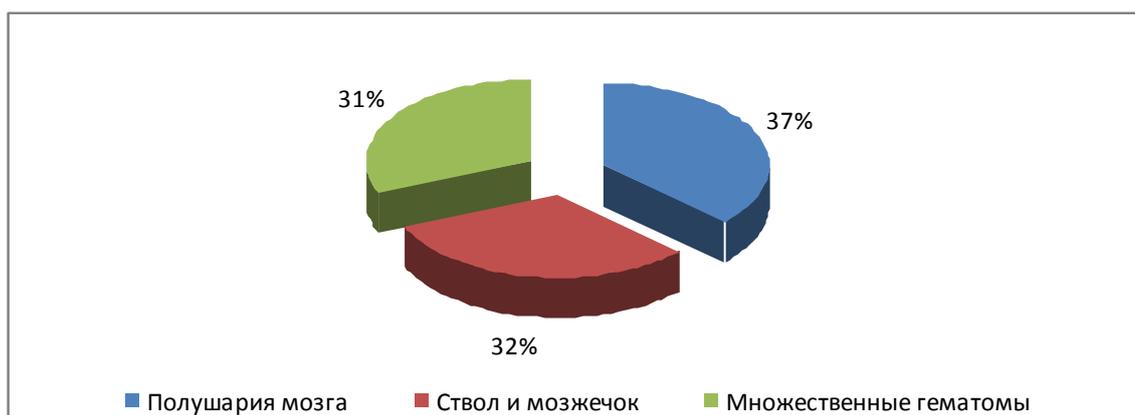


Рисунок 3 - Локализация летальных гематом у пациентов молодого возраста.

Дислокационный синдром при полушарных инсультах наблюдался практически у всех пациентов. Факторами риска развития инсультов среди умерших явились артериальная гипертония 83%, кардиальная патология 63%, аневризма сосудов головного мозга была обнаружена у 5% больных. Стеноз церебральных артерий зафиксирован у 40% пациентов.(рис. 4).

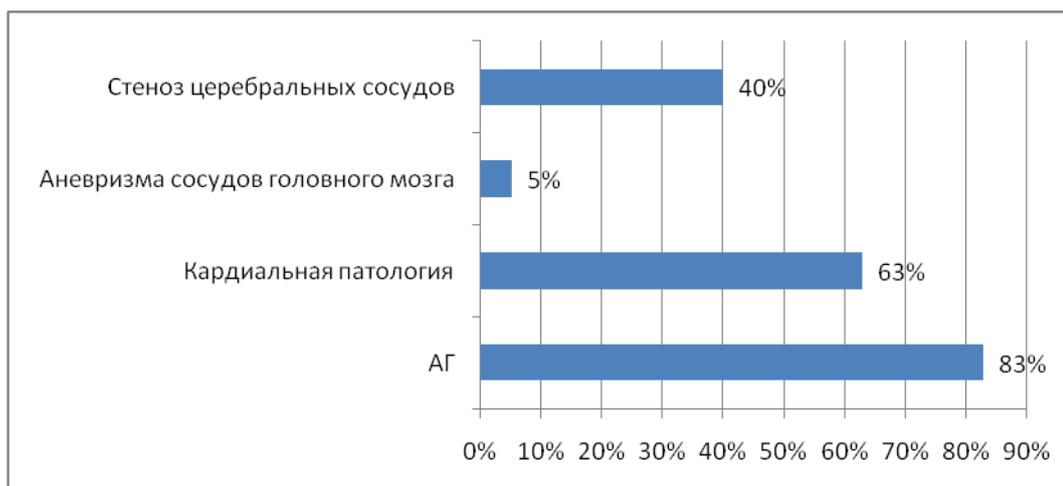


Рисунок 4 – Факторы риска развития инсультов среди умерших

Хотелось бы обратить внимание на высокую частоту сопутствующих хронических заболеваний внутренних органов. У 25% пациентов отмечалось поражение почек различного генеза, у 16% пациентов зарегистрирован сахарный диабет, причем у 1 пациента сахарный диабет 1 типа с диабетическим нефросклерозом и уреимией. Отмечаем высокую частоту инфекционных осложнений: пневмонии и трахеобронхита у 72% пациентов. В 1 случае развился сепсис, у 1 пациента имелось поражение внутренних органов алкогольного генеза.

Обсуждение и выводы. Ишемические инсульты у пациентов молодого возраста протекают в целом благоприятно и имеют низкую летальность. Исход геморрагического инсульта зависит от локализации и объема гематомы. Факторами неблагоприятного исхода являются объем гематомы, дислокация срединных структур, расположение гематомы с стволе, нарушение сознания в дебюте инсульта, высокий балл по шкале NIHSS. Создание системы оказания неотложной помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения, кратчайшие сроки госпитализации, слаженная работа мультидисциплинарной бригады, ранняя реабилитация и активизация больного, современные нейрохирургические способы лечения будут вносить существенный вклад в уменьшение показателя смертности.

Литература

1. Скворцова В.И. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - С.288.
2. Добрынина Л.А., Калашникова Л.А., Павлова Л.Н. Ишемический инсульт в молодом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. Т. 111. № 3. С. 4-8.
3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыҚазақстан» на 2011- 2015 годы. - Астана, 2010. -№1113. - С.56
4. Koivunen R.J., Tatlisumak T., Satopää J., Niemelä M., Putaala J. Intracerebral hemorrhage at young age: long-term prognosis // European Journal of Neurology. 2015 Jul;22(7):1029-37. DOI: 10.1111/ene.12704
5. Мухаметзянов А.М. Медико-организационные аспекты госпитальной летальности при инсульте // Медицинский вестник Башкортостана. - 2013. - Т.8. - №5. - С. 9-12
6. Pelz D., Andersson T., Lylyk P., Negro M., Soderman M. Stroke review: advances in interventional neuroradiology 2004 // Stroke. 2005 Feb; 36(2): 211-4.
7. Putaala J., Yesilot N., Waje-Andreassen U., Pitkaniemi J. Demographic and geographic vascular risk factor differences in European young adults with ischemic stroke: the 15 cities young stroke stud. // Stroke. 2012 Oct; 43(10):2624-30.

Түйін

¹Н.А.Жаркинбекова, Г.А.Мустапаева¹, Г.У.Туксанбаева¹, Ж.Сейдинова²

¹Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, неврология, психиатрия және психология кафедрасы, Шымкент, Қазақстан

²Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, магистрант, Шымкент, Қазақстан

ЖАС ЖАСТАҒЫ ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ ИНСУЛЬТ КЕЗІНДЕ ӨЛІММЕН АЯҚТАЛҒАН ЖАҒДАЙЛАРДЫ ТАЛДАУ

Жас жастағы емделушілерде ишемиялық инсульттер жалпы қолайлы және өлім-жітімі төмен. Геморрагиялық инсульттің нәтижесі гематоманың орналасуы мен көлеміне байланысты. Қолайсыз нәтижелердің факторлары гематоманың көлемі, ортаңғы құрылымдардың орналасуы, діңімен гематоманың орналасуы, инсульт дебютінде сананың бұзылуы, nihss шкаласы бойынша жоғары балл болып табылады. Ми қан айналымының жіті бұзылуы бар пациенттерге шұғыл көмек көрсету жүйесін құру, емдеуге жатқызудың ең қысқа мерзімдері, мультидисциплинарлық бригаданың үйлесімді жұмысы, наукасты ерте оналту және жандандыру, емдеудің заманауи нейрохирургиялық тәсілдері өлім көрсеткішін азайтуға елеулі үлес қосатын болады.

Кілт сөздер: инсульт, өлім, церебральды инсульт, қауіп факторлары.

Summary

N.Zharkinbekova, G.Mustapayeva, G.Tuxanbayeva, Zh.Seidinova

South-Kazakhstan Medical Academy, department of the neurology, psychiatry and psychology, Shymkent, Kazakhstan

South-Kazakhstan Medical Academy, undergraduate, Shymkent, Kazakhstan

ANALYSIS OF LETHAL OUTCOMES IN STROKE IN YOUNG PATIENTS

Ischemic strokes in young patients are generally favorable and have low mortality. The outcome of a hemorrhagic stroke depends on the location and volume of the hematoma. The factors of the unfavorable outcome are the volume of hematoma, dislocation of the median structures, the location of the hematoma from the trunk, impaired consciousness in the debut of a stroke, a high score on the NIHSS scale. The creation of a system of emergency care for patients with acute cerebral circulation disorders, the shortest terms of hospitalization, coordinated work of a multidisciplinary team, early rehabilitation and activation of the patient, modern neurosurgical methods of treatment will make a significant contribution to reducing the mortality rate.

Key words: stroke, lethality, cerebral stroke, risk factors.

МРНТИ 76.29.51
УДК 616.831-084

С.К. Еркебаева¹, Д.Б.Оразалиева¹, Н.Б.Борыкбаев², А.А.Халыкбаева³
Южно-Казахстанская медицинская академия, кафедра неврологии, психиатрии и психологии¹,
Шымкент, Казахстан
Городская клиническая больница №1²
Резидент 2-го года обучения кафедры неврологии, психиатрии и психологии³

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Резюме

В настоящее время церебральный инсульт является наиболее частым нарушением мозгового кровообращения и одной из важнейших причин смертности и инвалидности населения в мире и Казахстане. Течение сосудистых заболеваний во многом определяется особенностями климата и сменой погодных условий. Результаты многочисленных исследований показали, что для повышения эффективности профилактического лечения больных с сосудистыми заболеваниями имеет важное значение предупреждение метеопатических реакций, возникающих в связи с изменениями климато-метеорологических факторов, а также установлена тесная связь возникновения инсультов и церебральных кризов с изменением атмосферных процессов.

Ключевые слова: сосудистые заболевания, церебральный криз, церебральный инсульт, климато-метеорологические факторы

Большинство специалистов в стране и за рубежом считают, что наибольший эффект в снижении заболеваемости и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний может быть достигнуто за счет активного внедрения в практику здравоохранения мероприятий по профилактике этих болезней [1,2].

Снижение показателя смертности от инсульта определяется решением следующих задач: снижение летальности и смертности при уже случившемся инсульте путем совершенствования системы оказания медицинской помощи больным и внедрения новых высокотехнологичных эффективных методов лечения; а также уменьшение заболеваемости инсультом вследствие применения эффективных методов профилактики. По данным российских исследований наиболее эффективной и экономически выгодной признано проведение первичной профилактики инсульта, которая состоит из популяционных стратегий профилактики цереброваскулярных заболеваний на государственном уровне и медицинской профилактики [3].

Профилактика на государственном уровне сердечно-сосудистой патологии направлена на достижение позитивных изменений состояния здоровья каждого гражданина путем изменения образа жизни, повышения физической активности, снижения веса, нормализация диастолического артериального давления и т.д.

Профилактика на уровне медицинских организаций должна быть направлена на раннее выявление больных высокого риска по развитию инсульта, а также обязательное проведение превентивного медикаментозного и, при необходимости, сосудистого хирургического лечения. Особое внимание при осмотре практически здоровых людей на выявление сосудистых факторов риска, взятие их под контроль должно уделяться врачами первичного звена: терапевтами, врачами общей практики совместно с неврологами, кардиологами и эндокринологами. Необходимо проведение комплексной профилактики церебрального инсульта, основанной на индивидуальном подходе и включающей как немедикаментозные, так и медикаментозное или ангиохирургическое лечение [4].

Выявление факторов риска развития церебрального инсульта позволяет определить направление профилактики: немедикаментозное либо медикаментозное.

Немедикаментозная профилактика должна включать отказ от курения, ограничение приема поваренной соли, снижение избыточной массы тела, оптимизацию уровня физической активности, ограничение употребления алкоголя, уменьшение действия хронических стрессов, которые сами по себе могут вести к повышению артериального давления [5,6].

Общее состояние здоровья человека определяется не только исходными физическими данными, но и воздействием различных климато-метеорологических факторов. Наука о влиянии изменений погоды на самочувствие человека носит название «метеопатология». Она изучает не состояние погодных условий, а характер изменений, происходящих в природе [7].

Метеотропные процессы представляют собой рефлекторный ответ нашего тела на изменение условий окружающей среды (погодных и климатических). Способность человека реагировать на различные факторы погоды называют метеочувствительностью (метеолабильностью). Важное значение имеет именно динамика изменения погодных условий, а не колебания температуры, влажности воздуха и других параметров по отдельности [8].

Нарушение адаптации организма человека к условиям внешней среды зачастую приводит к проблемам с сердечно-сосудистой системой, а именно кризам, инфаркту миокарда, мозговым инсультам.

В последние годы особую тревогу вызывает факт роста цереброваскулярных заболеваний и их «омолаживание» в нашей республике, в то время как в странах западной Европы, США, Канаде, Австралии наметилась тенденция к снижению заболеваемости и смертности этими заболеваниями [9].

Многие авторы считают, что самое большое количество церебральных инсультов наблюдается в холодное время года (ноябрь, декабрь, январь, февраль) и сравнительно мало — в теплое (май, июнь, июль, август). Авторы указывают, что в течение одних суток также имеются колебания выраженности заболевания. Наиболее часто церебральные инсульты возникают в период от 18 до 24 ч, что можно объяснить влиянием нагрузочного дня, физической и умственной усталостью и снижением адаптационных свойств организма [10-13].

Наиболее частая смена погоды наблюдается весной и осенью, когда в организме относительно заметно снижаются уровень витаминного баланса и общая реактивность, что является основой для провоцирования церебрального инсульта.

Реакции организма в ответ на действие метеорологических факторов зависят не только от колебаний погодных условий, но и от индивидуальных особенностей функционального состояния организма, пола и возраста больного, его образа жизни, физической активности, эмоционального равновесия, характера питания и степени нарушения обменных процессов. Все это нужно учитывать при разработке лечебных и профилактических мероприятий для больных с церебральным инсультом [14,15].

В России и в ряде других стран из всех существующих в настоящее время критериев оценки погоды наиболее распространена комплексная классификация, предложенная И.И.Григорьевым, и дополненная Н.М.Маджидовым и В.Д.Трошиным в основу которой положены: 1) комплексы электрометеорологических элементов, 2) факторы синоптического ряда и 3) некоторые гелиогеофизические процессы в атмосфере. Этим самым была осуществлена клинико-метеорологическая и динамическая характеристика погодных факторов в установлении медицинского прогноза, что позволяет все разнообразие погодных условий по сумме и динамике показателей разбить на четыре типа.

Для каждого типа погоды условно принята словесная характеристика: I – весьма благоприятная погода, II – благоприятная погода, III – неблагоприятная погода, IV – особо неблагоприятная погода. Такая морфодинамическая классификация позволяет более широко использовать прогнозы погоды для организации действенных профилактических мероприятий многих заболеваний, в том числе мозговых инсультов.

При определении типа погоды учитывают уровень атмосферного давления, температуру воздуха, интенсивность ветра, относительную влажность, количество осадков, содержание кислорода в воздухе, ионный состав атмосферы и электромагнитные показатели [16].

Н.М.Маджидовым для организации рациональной профилактики метеотропных реакций во всех медицинских учреждениях рекомендовано ввести медицинские погодные режимы: для погоды типа I – весьма благоприятный, типа II – благоприятный, типа III – медико-погодный усиленного контроля, типа IV – медико-погодный строгого контроля.

Меры профилактики метеотропных реакций для каждого больного должны быть индивидуальны и определяться медицинским погодным режимом (типом погоды), диагнозом заболевания, состоянием нервной системы больного [17].

В неблагоприятные периоды погоды необходимо проведение специальных мер, направленных на предупреждение метеотропных реакций: комплекс мероприятий организационно-оздоровительного и лечебно-профилактического характера, направленные на ограждение больного от психоэмоциональных и физических перенапряжений и предупреждение от перегревания и переохлаждения [18].

Существует следующая классификация вариантов метеочувствительности, основанная на степени тяжести проявляющихся симптомов [19].

1. Легкая степень. Характеризуется незначительным недомоганием, небольшой интоксикацией организма. Не требует лечения.

2. Выраженная степень. Сопровождается появлением объективных (диагностируемых) признаков неблагополучия. Проявляется в виде повышения или понижения артериального давления, сердечно-сосудистых патологий, гастрита и т. п.

3. Тяжелая степень. Проявляется в зависимости от типа метеопатической реакции. При сердечном типе наблюдаются боли за грудиной и в сердце, одышка. Для мозгового типа характерны головные боли, головокружения. Астеноневротический тип представлен повышенной тревожностью, возбудимостью, раздражительностью. Возможны также бессонница, расстройство деятельности вегетативной нервной системы.

Нередко встречается смешанный тип метеолабильности: например, сочетание нарушения работы мозга и сердца. В других случаях возможно развитие метеопатии по неопределенному типу: реагирование на изменения погоды проявляются в виде симптомов ОРЗ или ОРВИ

В мировой практике разработаны критерии биоклиматического потенциала, которые включают пофакторную медицинскую оценку основных метеорологических параметров [20].

Каждый метеорологический параметр подразделяется по характеру биологического воздействия на адаптационные системы человека на щадящий (благоприятный) – 3 балла, тренирующий (относительно-благоприятный) – 2 балла и раздражающий (неблагоприятный) – 1 балл. При расчете биоклиматического потенциала (в баллах) определяют, к какой категории медико-климатических условий относятся те или иные биоклиматические характеристики. Сумма баллов делится на количество рассмотренных биоклиматических параметров, в результате получают интегрированную оценку биоклиматических условий.

При интегральной оценке менее 1,4 балла биоклиматические условия следует считать неблагоприятными, 1,5 - 2,4 балла – относительно благоприятными, 2,5–3,0 балла – благоприятными.

В этой методике используются следующие критерии оценки биоклиматических особенностей регионов:

а) термический режим (повторяемость комфортных метеорологических условий за теплый период, повторяемость суровых погод за зимний период, продолжительность безморозного периода, повторяемость значительной междусуточной изменчивости температуры воздуха);

б) радиационный режим (число часов солнечного сияния, число дней без солнца, фактическое среднее месячное УФ излучение Солнца в полдень, коэффициент прозрачности атмосферы);

в) циркуляционный режим (интенсивность циклонической деятельности, повторяемость контрастных смен погоды, повторяемость малых скоростей ветра);

г) режим влажности (повторяемость малой относительной влажности воздуха, повторяемость "душных" погод за теплый период года, продолжительность залегания снежного покрова, число дней с туманом);

д) барический режим (повторяемость большой междусуточной изменчивости давления воздуха);

е) ионизация воздуха (число отрицательных ионов); ж) загрязнение атмосферы (коэффициент прозрачности атмосферы, фактор мутности атмосферы, концентрация различных загрязнителей атмосферы).

«Самой экономически выгодной и необходимой» стратегией адаптации по мнению ВОЗ является проведение профилактических мероприятий. Особое значение при этом имеют категории населения, не имеющие достаточных средств, ограниченные в доступе к адаптивным ресурсам. Таким образом, важной составляющей и определяющим фактором адаптивной способности является благополучие населения [21].

Уровень бедности в Казахстане по данным Министерства финансов и Агенства по статистике составляет 7,5%, в то время как в отдельных регионах, в частности в ЮКО каждый десятый житель испытывает материальные трудности, что несомненно сказывается на уровне здоровья и доступе к адаптивным ресурсам. Эффективным способом повышения адаптационных способностей организма принято считать проведение профилактических мероприятий в условиях медицинских организаций [22].

Анализируя вышеприведенные литературные данные, следует отметить высокую степень влияния климато-метеорологических факторов отдельного региона на частоту развития цереброваскулярных заболеваний, в первую очередь инсультов. Многими исследователями отмечена необходимость проведения лечебно-профилактических мероприятий в дни перед неблагоприятными условиями погоды для снижения осложнений и частоты возникновения церебральных инсультов.

Литература

1. Евдаков В.А. Социально-экономические аспекты снижения смертности от мозгового инсульта под влиянием вторичной профилактики артериальной гипертонии // Кардиология - 1996. - № 3. –

C.39-44. 2.Tuzelbayev N., Duchshanova G., Mustapayeva G., Yermakhanova Zn. Medical and social risk factors for cardiovascular disease among elderly and old people//National journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology–2017 | Vol 7 | Issue 12 (Online First).-P.1-8.

3.Скворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В. Вторичная профилактика инсульта. - М.: ПАГРИ, 2002. – 120 с.

4.Шамалов Н.А., Бодыхов М.К., Плавунин Н.Ф.и др. Ведение больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения на догоспитальном этапе. Методические рекомендации / под ред. В.И. Скворцовой. - Правительство Москвы; Департамент здравоохранения, 2007. – 26 с.

5.Artalejo F.R., Guallar-Castillon P., Banegas J.R.B. et al. Consumption of Fruit and Wine and the Decline in Cerebrovascular Disease Mortality in Spain (1975-1993) // Stroke. -1998. -Vol.29, № 8.- P.556-561.

6.Никифоров Б.М. Клинические лекции по неврологии и нейрохирургии. Б.М. Никифоров. - СПб.: Питер, 2000. - 352 с.

7.Уянаева А.И., Ксенофонтова И.В. Использование медицинских прогнозов погоды для профилактики метеопатических реакций у больных и здоровых детей // Росс. мед. журн. - 1995. - № 1. – С.39-42.

8.Милейковский М.Ю. Влияние метеорологических факторов на риск развития сосудистых событий // Здоровье Украины. - 2008.- № 4. – С.73-75.

9.Гранберг И.Г., Голицын Г.С., Истошин Н.Г., Гинзбург А.С., Ефименко Н.В., Поволоцкая Н.П., Рогоза А.Н., Беликов И.Б., Максименков Л.О., Рубинштейн К.Г. Изучение связи основных социально-значимых заболеваний с экологическими и метеорологическими факторами в ряде типичных индустриальных и рекреационных регионов России // Материалы Международного научного конгресса. 60-ая сессия Генеральной Ассамблеи Всемирной Федерации Водолечения и Климатолечения (FEMTEC). - 2007. – С.21-25.

10.Авакян С.В. Физика солнечно-земных связей: результаты, проблемы и новые подходы // Геомагнетизм и аэрономия. - 2008. -Т.48, № 4.– С.1- 8.

11.Гокелен М. Атмосферные условия и здоровье человека // Наука и жизнь. - 2003. - № 1. – С.5-8.

12.Куличков С.Н., Алехин А.И., Овсянникова О.В., Буш Г.А. Влияние вариаций атмосферного давления на состояние пациентов с сердечно-сосудистой патологией // Труды международных конференций и семинаров по научным направлениям Программы «Фундаментальные науки – медицине». - 2010. – С.223-226.

13.Душанова Г.А., ЕркебаеваС.К., Мустапаева Г.А.,ОразалиеваД.Б.,ТолбаеваГ.Е.Анализ климато-метеорологических предикторов инсульта в Южно-Казахстанской области//Научно-практический журнал «Нейрохирургия и неврология Казахстана» ISSN 1813-3908 (print) ISSN 2409-4498 (online)№1(46), 2017 г., 31-36 С.

14.Медицинская реабилитация / под ред. В. М. Боголюбова. - М.: Бином, 2010. - Книга 1. - С.52-55.

15.DuchshanovaG.A., MustapayevaG.A., ZulfikarovaE.T. Analysis of development primary and repeated ischemic stroke// National Journal of Neurology(Scientific-practical journal), Azerbaijan, Baku, №2(8) 2015г. стр.70-77

16.Маджидов Н.М., Халимова З.Ю. Цереброваскулярные заболевания в Узбекистане в критические метеорологические дни // Журн. неврол. и псих. - 1994. - №6. – С.28-30.

17.Маджидов Н.М., Трошин В.Д. Доинсультные цереброваскулярные заболевания: Диагностика, лечение и профилактика. - Ташкент, 1985. - 54 с.

18.Ильясов Ш.А., Шабаева О.Н. Изменение климата и здоровье населения // Успехи современного естествознания. - 2011. - № 8 – С.46-49.

19.Capon A., Demeruisse G., Zheng L. Seasonal variation of cerebral hemorrhage in 236 consecutive cases in Brussels // Stroke. - 1992. - № 23. – P.24-27.

20.Голицын Г.С., Гранберг И.Г., Поволоцкая Н.П. Атмосфера и здоровье // Физиология человека. - 1998. - № 2. – С.122-127.

21.Сборник Европейского центра ВОЗ по окружающей среде и охране здоровья. Изменение климата и здоровье человека: угрозы и ответные меры. – Италия, 2003. – 44 с.

22.Социально – экономическое развитие ЮКО // Статистический сборник Управления статистики ЮКО. – Шымкент, 2011. – С. 5-11.

Түйін

С.Қ.Еркебаева¹, Д.Б.Оразалиева¹, Н.Б.Борыкбаев², А.А.Халыкбаева³

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, неврология, психиатрия және психология кафедрасы, Шымкент, Қазақстан¹

²№1 қалалық клиникалық ауруханасы, г. Шымкент, Қазақстан

Неврология, психиатрия және психология кафедрасының 2-ші оқу жылы резиденті³

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРЛЫ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ.

Қазіргі уақытта церебральді инсульт ми қан айналымы бұзылысының ең жиі кездесетін түрі, өлім-жітімнің, сонымен қатар әлемде және Қазақстанда халықтың мүгедектікке шалдығуының маңызды себебінің бірі. Қан айналымындағы бұзылыстардың алдын-алу үшін алғашқы және екіншілік профилактиканы оңтайландыру көп жағдайда әлуметтік - экономикалық және табиғи – климаттық факторлар кешеннің аймақтық ерекшеліктеріне бағынышты.

Кілт сөздер: қан-тамыр аурулары, церебралды криз, церебралды инсульт, климато-метеорологиялық факторлар

Summary

S.Erkebayeva¹, D.Orazaliyeva¹, ²N.Borykbayev, A.Khalykbayeva³

South Kazakhstan Medical Academy, Department of neurology, psychiatry and psychology, Shymkent, Kazakhstan¹

City clinical hospital №1²

Resident of the 2nd year of training of the Department of neurology, psychiatry and psychology³

DISTINCTION OF THE PREVENTION OF CEREBROVASCULAR DISEASES

At present time cerebral stroke is the most frequent violation of brain blood circulation and one of the most important reasons of mortality and disability of the population in the world and Kazakhstan. Optimization of primary and secondary prevention of sharp violations of brain blood circulation in many respects depends on regional features – a complex of social and economic and climatic factors. In Kazakhstan questions of influence of climatic-meteorological factors on prevalence and the course of cerebrovaskulyarny diseases are insufficiently studied, as defined relevance of conducted research.

Key words: vascular diseases, cerebral crisis, cerebral stroke, climatic and meteorological factors.

МРНТИ 76.29.51

УДК 616.831-005.1-008.64

¹Д.Б. Оразалиева, ¹С.К.Сабырханова, ²Н.Б.Борыкбаев, ³А.Мұратбайқызы,
³А.А.Нұрғисаева

¹Оңтүстік-Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., Қазақстан
Неврология, психиатрия және психология кафедрасы

²№1 қалалық клиникалық ауруханасы, г. Шымкент, Қазақстан

³Неврология, психиатрия және психология кафедрасының 2-ші оқу жылы резиденті

ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ ДЕПРЕССИЯНЫ САРАЛАП ЕМДЕУ

Түйін

Депрессивті бұзылыстар бас миының тамырлы сырқаттарымен ауыратын адамдарда кездеседі, сонымен бірге жағдайды емдеуді асқындатады. Инсульттан кейінгі науқастарда депрессивті бұзылыстарды емдеу диагноз қоюдан басталады. Антидепрессанттарды тағайындау депрессия түріне байланысты болады. Сондықтан инсультпен ауырған науқастардың стандартты терапиясына антидепрессанттарды қосу, өмір сүруді ұлғайту, мүгедектікті азайту, оңалту шығынын азайту, пациенттер пайызын жоғарылату, еңбекке қайта оралу мақсатында жүзеге асады. Бұл инсульттан кейінгі адамның өмір сүру сапасын және денсаулық жағдайын жақсарту маңызына ие.

Кілт сөздер: инсульттан кейінгі депрессия, антидепрессанттар, ишемиялық инсульт, геморагиялық инсульт.

Зерттеу мақсаты: пульттен кейінгі науқастарда депрессивті бұзылуларды терапиялық түзетудің сараланған тәсілдерін әзірлеу.

Материалдар және әдістер. Негізгі топқа 73 науқас кірді. Науқастардың негізгі бөлігі 45-75 жаста болған – 57 (78%) науқас. Науқастардың бақылау тобында жасы мен жынысы бойынша бөлінуі негізгі топтан айырмашылығы жоқ.

Депрессиялық бұзылулардың айқындығын біз депрессиясы бар науқастарда депрессия шкаласының көмегімен бағаладық, Гамильтон шкаласы депрессиясы бар науқастарда пайдаланылды және белокты депрессия сауалнамасы инсульттан кейінгі алғашқы тәулікте, инсульттан кейінгі 2 апта, 1 ай, 6 ай және 1 жыл өткеннен кейін апатиялық депрессиясы бар науқастарда пайдаланылды.

Антидепрессанттардың медикаментозды реабилитациясы сараланған терапия үшін инсульттан кейінгі депрессия түрлері ескеріліп жеке таңдау бойынша жүргізілді. Препаратты таңдау пациенттің қауіпсіздігі, жеке төзімділігі және қандай да бір дәрілік препаратты қолдану үшін, қарсы көрсетілімдер негізінде жүзеге асырылды.

Нәтижелер және талқылау. Мұқият нәтижелі диагностикалау үшін инсульттан кейінгі депрессия келесі түрлері анықталды: 32 (44%) үреймен қосарланған депрессия, 24 (33%) жабырқаумен жүретін депрессия және 17 (23%) апатия белгілері бар депрессия.

Үреймен қосарланған депрессия белгілері - 95% жағдайда, түсініксіз мазасыздық-83% науқастарда, болашаққа сенімсіздік- 67% науқастарда кездесті.

Ең жиі кездесетін жабырқау депрессиясының белгісі-жабырқау афектісі 98%, суицидтік ойлар 89%, өз өзін кінәлау идеялары 80%, жабырқаулық 75%.

Апатиялық депрессия кезінде жиі кездесетін симптомдардың бірі-ынталандыру деңгейінің жоқтығы (мотивация) 97%, қоршаған ортаға деген қызығушылықтың жоқтығы 85%, немқұрайлылық 79, анергия және еріктік импулстарының жеткіліксіздігімен бірге өзін өзі жеңе алмау 65% науқастарда кездесті. Базистік ем ретінде үрейлі депрессиясы бар негізгі топтың емделушілері келесі ноотроптарды қабылдады; антиоксиданттық және қан тамыр жүйесіне әсер ететін препараттар мен Миртел бір рет түнде 15-30 мг қабылдады. Емдеу курсы 4-7 айды құрады. Базисті терапия препараттарымен қоса Сертралин 25-50 мг күніне 1 рет кешке 4-7 ай бойы қабылдады. 12 науқас Флуоксетинді 20 мг дозада қабылдаған кезде 4-7 ай ішінде күніне 1 - 2 рет апатия симптомдарының азайғанын атап өтті. Бақылау тобының емделушілері күніне базистік ем және Амитриптилинді 50 мг күніне 1 - 2 рет қабылдаған.

Миртелді қолдану емдеудің 2-аптасының соңына қарай депрессиялық бұзылулардың айқындылығын 26,1% - ға ($p < 0,005$) азайтуға ықпал етті. Сонымен қатар бақылау тобында зерттелетін көрсеткіштердің нақты өзгерістерінің осы уақыт аралығында байқалған жоқ. 1 айдан кейін қайта зерттеу негізгі топта депрессия симптомдарының (16,2±1,7) азаюы байқалды, 32 пациенттің 24-і бірінші айдың соңына дейін алаңдаушылық, мазасыздық төмендегенін көрсетті. Бақылау тобында үрейлі депрессия (22±1,6) симптомдарының азаюы байқалған жоқ. Алты айдан кейін және бір жылдан

кейін қайта зерттеу 30 науқаста дабылдың болмауы, айқын мазасыздық байқалмады, сондай-ақ симпатикотония симптомдары жоғалды, Миртелді қабылдау фонында дабыл шкаласы бойынша $6,2 \pm 1,4$ -ге дейін баллдардың төмендеуі және $P < 0,001$ депрессия, ал бақылау тобында амитриптилинді қабылдау фонында дабыл депрессия симптомдарының едәуір азаюы байқалмады, дабыл сақталды, айқын мазасыздық жоқ.

Сертралин қабылдағаннан кейін 2-ші аптада депрессиясы бар емделушілерде да оң нәтижелер байқалды. Терапияның 1 айында Гамильтон шкаласы бойынша жиынтық балдың орташа мәні 3,4 құрады, бұл бастапқы деңгеймен салыстырғанда 65% депрессивті симптоматиканың редукциясына сәйкес келеді. 1 айдан кейін қайта зерттеу негізгі топта депрессия симптомдарының азайғанын көрсетті, Гамильтон шкаласы бойынша тестілеу кезінде терапияның 1-ші айының соңына қарай Сертралин қабылдаған кезде 24 пациенттің 18-і жабырқау аффектіне, суицидтік ойға, басылушылыққа, үйреншікті мүдделерді жоғалтуға, көңіл-күйдің тәуліктік ауытқуына шағымдар азайғанын көрсетті. Кеуде артындағы қуысуға шағымдары бар емделушілер саны 52,9% - ға азайды. Инсульт алған науқастардың алғашқы күні науқастардың 98% - да өзіне қол жұмсаудың аффектісі, суицидтік ойлары анықталды; емнің 1 айында бұл көріністер пациенттердің 25% - да азайғаны тіркелген.

Бір мезгілде бақылау тобында нүктелі депрессия симптомдарының азайғаны байқалды (дабыл және депрессия шкаласы бойынша $23 \pm 1,6$ балл, $p < 0,05$).

Алты айдан кейін және бір жылдан кейін қайта зерттеу нәтижелері бойынша 22 науқаста жабырқау аффектісінің, суицидтік ойлардың жоқтығы, сондай-ақ соматовегетативті симптомдар (үлкен дәретің бұзылуы, кеуде артындағы ауырсыну, енгіту) байқалды. Сертралин қабылдау аясында Гамильтон шкаласы бойынша баллдардың $7 \pm 2,1$, $p < 0,05$ дейін төмендегенін көрсетті. Бақылау тобында жабырқау аффектісі мен суицидтік ойлар сақталған, әдетті қызығушылықтардың жоғалуы, көңіл-күйдің төмендеуі, Гамильтон шкаласы бойынша кеуденің артындағы ауырсырудың балл саны $20 \pm 1,5$ құрады.

Апатиялық депрессиямен ауыратын науқастардан Флуоксетин препаратын 1 ай қабылдаған соң оң нәтижелер байқалды. Емнің 1-ші айында Бека депрессиясының сауалнамасы бойынша жиынтық балдың орташа мәні 5,4 құрады, бұл бастапқы деңгеймен салыстырғанда депрессивті симптоматиканың 70% редукциясына сәйкес келеді. 1 айдан кейін қайта зерттеу нәтижелері бойынша негізгі топта депрессия симптомдарының ($16,1 \pm 1,3$) азайғанын көрсетті, 1 айдың соңына қарай Бек депрессия сауалнамасы бойынша тестілеу кезінде Флуоксетинді қабылдау аясында 17 пациенттің 13-і талабының, айналасындағыларға қызығушылықтың болмауына, көңіл-күйдің тәуліктік ауытқуына шағымдар азайғанын көрсетті. Ерік импульстерінің жеткіліксіздігіне шағымданған емделушілер саны өзін еңсеру мүмкін еместігімен 49% - ға азайды. Ынталандыру деңгейінің болмауы инсульт кезінен бастап бірінші күні 97%-да, немқұрайлылық 85% - да анықталды; терапияның 1-айында бұл көріністер емделушілердің 24% - да тіркелді. Сонымен қатар бақылау тобында депрессия симптомдарының азайғаны байқалды ($24 \pm 1,6$).

Алты айдан кейін және бір жылдан кейін қайта зерттеу 14 науқаста ынтасының (мотивация) жоғарылауы, айналасындағыларға деген қызығушылықтың жоғарылауы байқалғанын, сондай-ақ анергия және ерік импульстерінің жеткіліксіздігі, Флуоксетинді қабылдау аясына дейін орташа баллдың төмендеуі $5 \pm 2,4$ $P > 0,05$ жоғалғанын, ал бақылау тобында талабы мен ынтасының болмауы, сондай-ақ айналасындағыларға қызығушылықтың болмауы сақталғанын, Бек депрессиясының сауалнамасы бойынша орташа балл $20 \pm 2,6$ құрады.

Бақылау барысында барлық үш топта пациенттердің когнитивті статустың өзгеруі байқалған жоқ. Миртел, флуоксетин, Сертралин қабылдау аясында негізгі шағымдардың, жағымсыз құбылыстардың пайда болуы немесе көңіл-күйінің нашарлауы тіркелген жоқ. Осы препараттарды таңдау барысында депрессияның түріне байланысты олардың өзара минимальды әсерлесуі және науқастардың осы препараттарды жақсы көтере алушылығына байланысты тандалды.

Қорытындылар: Инсульттен кейінгі депрессиямен ауыратын науқастарда О. П. Вертоградованың жіктелуі бойынша депрессия түрлерінің дифференциалды диагностикасын : дабылдық, жабырқау, апатикалық белгілерімен жүргізеді. Инсульттен кейінгі депрессия түрлерінің мұндай диагностикасы адекватты терапиялық түзету жүргізуге және сол арқылы инсульттан кейінгі бұзылулары бар науқастардың өмір сүру сапасын жақсартуға мүмкіндік береді. ПИД кезінде депрессия түріне байланысты сараланған ем жүргізген жөн: үрейлі депрессияны Миртел препаратымен, жабырқаулықты – Сертралинмен, апатикалық – Флуоксетинмен, базистік терапиямен бірге, дозаны индивидуальды таңдау, қабылдау жиілігі мен ұзақтығына байланысты препараттармен емдеу қажет.

Осылайша, өміршеңдікті арттыру, мүгедектікті азайту, одан әрі оңалтуға шығындарды қысқарту, еңбекке жарамдылығын арттыру мақсатында инсультті бастан өткерген пациенттердің

стандартты терапиясына антидепрессанттарды (Миртел, Сертралин және Флуоксетин) қосу орынды, бұл денсаулық жағдайын жақсарту және адам өмірінің сапасын арттыру үшін инсульттен кейінгі кезеңде шешуші мәнге ие.

Әдебиеттер

1. Гусев Е.И. Боголепова А.Н. Депрессивные расстройства у больных с цереброваскулярной патологией. Методические рекомендации Департамента здравоохранения г.Москвы №35, 2008; 28.
2. Авербух Е. С. Депрессивные состояния Л.: Медицина, 1965, 150 б. Изнак А. Ф.
3. Аведисова А. С. Антидепрессанты: назад в будущее // Журн. психиатр және психофарм. 2006. - Т. 04, № 8. – Электронный доступ к журн.: <http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/index.shtml>, тегін
4. Вертоградова О. П. Возможные подходы к типологии депрессий. Депрессия: психопатология, патогенез. М., 1980; с., 9-1
5. Вознесенка Т. Ж. " Депрессии в неврологим. 2007. № VII. С. 2.

Резюме

¹Д.Б.Оразалиева, ¹С.К.Сабырханова, ²Н.Б.Борыкбаев, ³А.Мұратбайқызы, ³А.А.Нургисаева

¹Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан

Кафедра неврологии, психиатрии и психологии

²Городская клиническая больница №1

³Резидент 2-го года обучения кафедры неврологии, психиатрии и психологии

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ

Депрессивные расстройства часто встречаются у людей с сосудистыми заболеваниями головного мозга, тем самым осложняют лечение обоих состояний. Важно отметить, что лечение депрессивных расстройств у постинсультных больных должно начинаться с момента постановки диагноза, при этом назначение антидепрессантов должно быть дифференцированным, то есть зависеть от вида депрессии. Таким образом, целесообразно добавление антидепрессантов (Миртел, Сертралин и Флуоксетин) к стандартной терапии пациентов, перенесших инсульт, с целью увеличения выживаемости, снижения инвалидизации, сокращения затрат на дальнейшую реабилитацию, увеличения процента пациентов, возвращающихся к труду, что имеет решающее значение для улучшения состояния здоровья и повышения качества жизни человека в постинсультном периоде.

Ключевые слова: постинсультная депрессия, антидепрессанты, ишемический инсульт, геморрагический инсульт.

Summary

¹D.B. Orazaliev, ¹S.Sabyrkhanova, ²N.Borykbayev, ³A.Muratbaikyzy, ³A.Nurgisayeva

¹South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

Department of neurology, psychiatry and psychology

²City clinical hospital №1

³Resident of the 2nd year of training of the Department of neurology, psychiatry and psychology

DIFFERENTIATED TREATMENT OF POST-STROKE DEPRESSION

Depressive disorders occur in persons suffering from vascular diseases of the brain, this condition complicates the treatment. Treatment of depressive disorders in patients after stroke begins with diagnosis. The appointment of antidepressants depends on the type of depression. Therefore, the introduction of antidepressants to the standard treatment of stroke patients is carried out in order to increase life expectancy, reduce disability, reduce rehabilitation costs, increase the percentage of patients returning to work. This is important for improving the quality of life and health of a person after a stroke.

Key words: post-stroke depression, antidepressants, ischemic stroke, hemorrhagic stroke.

МРНТИ 76.29.51
УДК 616.831-005.1-082

Сайтмуратова С.Ш., Сабырханова С.К. Мусаева С.К.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, неврология, психиатрия және психология кафедрасы,
Шымкент, Қазақстан

ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ КҮТІМ

Түйін

Жыл сайын Қазақстан Республикасында, 49 565-нан аса инсульт орын алады – бұл ауру бүкіл дүние жүзі бойынша тұрғындардың өлім жітімнің басты себепшісінің бірі болып отыр. Инсультке ұшыраған науқастардың 80% айықпasmүгедек болып қалады [1]. Ертеректе инсульт 49 жаста насқан тұрғындарға үлкен қауіптілік туғызса, ал бүгінде ауру барынша жасарған [2]. Қазақстанның түрлі аумақтарындағы инсультпен ауыратындар 1000 адамға шаққанда 2,5-2,7 жағдайды құрайды, өлім, 1000-ға шаққанда жылына 1,0-бастап, 1,8 дейінгі жағдайды құрайды. Ресеймен салыстырғанда: 1000ға шаққанда жылына 2,5 тен 7,43 жағдайды, өлім 1000-ға шаққанда жылына 0,7 ден 3,31 жағдайда өзгереді.

Кілт сөздер: инсульт, ишемия, оңалту, терапия, физиемдеу.

Инсульттің ауыр неврологиялық салдарына-мүгедектікке әкелетін және тіршілік сапасын нашарлататын қимыл-қозғалыстық және когнитивтік бұзылыстар жатады [3]. Сөйлеу қабілетінің бұзылысы науқастың жеке отбасылық және әлеуметтік қарым қатынасын қиындатып, әлеуметтік және психикалық бейімсіздігін туғызады. Сауықтырудың нәтижелілігі қалыпқа келтіру емінің басталу уақытымен, науқастың жасы және жынысымен, қосымша ауруларының болуы және неврологиялық бұзылыстардың ауырлығымен анықталады [4]. Инсульттан кейінгі емдеу өзіне қантамыр терапия курсынан өткізуді, ми алмасуын жақсартатын препараттарды қабылдауды, оттегі терапияны, емдеуді қалпына келтіруді немесе айықтыруды (емдеу дене тәрбиесі, физиемдеу, сылау) қамтиды [1,2].

Зерттеу мақсаты. Ишемиялық инсультке шалдыққан науқастардың сөйлеу және қимыл қозғалысын қалыптастыруда оңалтудың тиімділігін зерттеу.

Зерттеу материалдары және әдістер. Зерттеу Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік фармацевтика академиясының Неврология, психиатрия және психология кафедрасында және Шымкент қаласы Облыстық клиникалық ауруханасында жүргізілді. Зерттеу жұмысында қойылған міндеттерге байланысты ішкі күретамыр артериясы бассейніндегі ишемиялық оң жарты шар инсультіне шалдыққан 40-ден бастап 76 жасқа дейінгі екі жыныстағы (олардың 25 ежелдер, 31 ер кісілер) 56 науқасқа мейіргерлік күтім жасалды. Ми инсультінің, гиподинамияның дамуының негізгі себепшісі оның факторларының қатарындағы ертеден ықпал ететін макро- және микроангиопатиялық үрдістердің басталуымен, психо-эмоциональді салмақтардың шамадан тыс түсуімен, стрессті жағдайлардың көбеюімен байланысты. Зерттелген науқастардың 70% -ында инсультке дейін омыртқаның ауқымды остеохондроз белгілері болғандығы анықталған.

Мидың ишемиялық инсультіне шалдыққан 31 науқастың (86,1%) артық салмақ, жиі орын алған психо-эмоциональді салмақтардың болуы және тиімді тамақтану, физикалық салмақтардың түсірілуі, демалу режимдерін сақтамау, шылым тарту, жүрек қан-тамыр жүйесінің ақаулары болып табылады. Инсульттен кейін 3 айдан соң науқастардың басым бөлігінде күнделікті тіршіліктегі белсенділіктің негізгі көрсеткіштерін сипаттайтын бұзылыстар сақталады. Жамбас функцияларының бұзылысы науқастардың 7-11% байқалады.

Науқастардың 33% өз бетімен тамақтана алмайды, киіне алмайды-31%, ванна қабылдай алмайды-49%. Науқастардың 19% өздігінен кереуеттен орындыққа ауыса алмайды, жүре алмайды 15%. Науқастардың 15% қарым-қатынас жасау қиыншылықтары орын алады. Жіті инсультімен немесе қайталама инсультпен ауруханаға түскен науқастарды біріншілік зерттеу науқас жағдайының қалыпқа келу барысында және жалпы ми симптомдарының, гемодинамика көрсеткіштерінің тұрақтануы жағдайында жүргізілді (7-14 тәулік). Жоспарлы тұрғыда келген науқастарды біріншілік зерттеуден ауруханаға түскен күннен бастап 3-4 күннен кейін жүргізілді. Зерттеуді препараттармен тағамды қабылдаудан кейін 1,5 сағаттан соң, күннің бірінші бөлігінде іске асырды. Зерттеу бағдарламасы кешенді, оған келесі зерттелер кіреді: клиникалық зерттеу, АҚ және ЖЖЖ қарапайым функционалдық тесттерге реакциясын байқау, активті және пассивті қозғалыстар көлемін өлшеу, паретикалық және "интактілі" аяқ-қол бұлшықеттерінің күші мен тонусын зерттеу электронейромиографиялық зерттеу, КТ зерттеу, ЭКГ зерттеу, Бобат шкаласы бойынша қимыл-қозғалыс белсенділігі динамикасын зерттеу, Barthel шкаласы бойынша тұрмыстық тіршіліктегі белсенділігін өлшеу.

Ағымдағы зерттеу - науқастың шағымын, неврологиялық статусы динамикасын, бұлшықет тонусы мен күшін, қимыл-қозғалыс көлемін, АҚ және ЖЖЖ зерттеуден құрылды.

Талдау нәтижесі. Жарты шар инсультінің неврологиялық көріністері құрылымын зерттеу науқастардың(83,3%); да қимыл-қозғалыс бұзылыстарын анықтады, ал сол жақ жарты шарда зақымдану ошағы бар науқастарды зерттеу кезінде сөйлеу қабілетінің бұзылыстарының орын алғандығы анықталды. Бірақ сөйлеу қабілетінің жетімсіздігі 30 науқаста байқалды(83,3%); 6 науқаста (16,6%) экспрессивті сөйлеу қабілетінің бұзылыстары байқалмаған, бұл зақымдану ошағының шоғырлануы мен көлеміне байланысты болса керек.

Бұл кезде қимыл-қозғалыспен емдеудің мақсаты орталық жүке жүйесінде функционалды доминанттардың қалыптасуының алдын алу, бас мидың зақымданған жартышарындағы нейродинамикалық бұзылыстарды кеміту, ескі шартты-рефлекторлы байланыстарды тежеп, жаңа қимыл- қозғалыс стереотиптерін қалыптастыру.

Осыған байланысты авторлар келесі шараларды қолдануды ұсынады: 1) дене қалпымен емдеу, 2) уқалау және пассивті жаттығулар, 3) тыныс жолдары жаттығулары, 4) бұлшықеттерді белсенді және пассивті босаңсыту; 5) белсенді гимнастика , 6) синкинезиялармен күресуге арналған жаттығулар кешені, 7) жүруге үйрету, 8) өз өзіне қызмет көрсете алуға үйрету. Патогенетикалы негізделген емдік гимнастиканы барынша ерте бастау авторлардың пікірінше спастикалық, контратуралар, паретикалы аяқ-қолдағы ауырсынулардың пайда болуы сияқты патологиялық жағдайлардың орны алмауына мүмкіндік береді, бұл өз ретінде қимыл-қозғалыс функциялырын қалыпқа келтіруде маңызды. Егер ишемиялық инсультке шалдыққан науқастарда аурудың жүру барысы ауыр болмаса, онда сауықтыру шы дәрі-дәрмектік терапияны , уқалауды, және емдік гимнастиканы науқастандың 2-4-ші күндерінде бастайды, миға қан құйылу кезінде -6-8-ші күндері. Науқастандың ерте кезеңінде қолданылатын сауықтыру емі дәрі-дәрмектік терапияны, емдік гимнастиканы құру ерекшелігіне қарай түрлі физикалық факторларды қолдана отырып (дене белсенділігінің түрлі дәрежелері және арнайы жаттығулардың күрделілігімен) үш кезеңге бөлінеді.

Оңалту терапиясын инсульттан кейінгі мерзімде психо-эмоционалдық, когнитивті ортасын, қимылын қалпына келтіру арнайы тренажерлардың көмегімен физиотерапиялық емдеу, емдік физкультура, массаж, гипербариялық оксигенация көмегімен науқастың жағдайын жақсарту. Науқастың гемодинамикасын АҚҚ, есін, пульс, температурасын, диурезі тыныс алу өткізгіштігін бақылау. Науқастардың жоғарғы психикалық функцияларын оқып-тану олардың бұзылулары емделушілерді инвалидтеуі себебі бойынша ғана емес, сонымен қатар мидың оң жақ жартышары бұзылуларын қалыпқа яғни оңалтуда науқаспен психологиялық қарым қатынас жасап өмір салтын жақсартуға сырқатын жеңілдетуде барынша қолдау көрсету.

Инсультке шалдыққан науқастарды қалыпқа келтіру іс-шараларының жиынтығында жетекші орындардың бірі тиесілі болады. Емдік дене шынықтыруды қолдану, гемиплегиялық контратураларды ескерту мен жоюды, патологиялық синкинезияны болдырмауды, бұлшық еттің дұрыс ынтымақтаса қалыпқа келуін, компенсаторлық дағдыларды дамытуды, жүру мен жүрісті, сонымен қатар, элементарлы еңбек процестерін қарастырады. Емдік дене шынықтыру, жүйке жүйесінің жалпы тонусын ынталандыратын психологиялық фактор болып табылады, науқастың ерікті және физикалық күшін, сонымен қатар, оның табысқа сенімділігін мобильдейді.

Қорытынды. Жүргізілген зерттеу мен алынған нәтижелер сараптамасы, пікірдің бірқатарын айтуға мүмкіндік берді: ми инсульті әйелдерге қарағанда, еркектерде жиі кездеседі; ми инсультімен зардап шегетін, тұлғалардың басым көпшілігі, 40-ден, 75-ке дейінгі жаста болады; инсульттің этиологиялық даму факторы, жүрек-қан тамырлы жүйенің түрлі патологиясы болып табылады. Бас миының оң доминанты емес жартылай шарының ишемиялық инсульт алған науқастардағы жиынтықты үлгіленген, төрт кезеңдік реабилитациялау, көрсетілетін көмек сапасын жоғарылатады, науқастардың мүгедектенуінің төмендеуін күтуге мүмкіндік береді, жүргізу тактикасы мен реабилитациялық тәсілдерді оңайлатады.

Оңалтудың басты принципі науқастың және оның от басы мүшелерінің бұл процеске қатысу бесенділігіне сүйену. Науқастың үйреншікті тұрмысы мен жұмыс істеу қабілен қайта толық игеруі оның туған-туыстарының реабилитация процессіне белсенді қатысуына байланысты, неврологиялық тапшылықтың орны толтырылуына, және сауығуының тез жүруіне байланысты.

Реабилитация дәрі-дәрмектік терапияны дұрыс күтім жасау, физикалық, еңбек, және ауыз екі сөйлеу қабілетін қалыпқа келтіру шараларымен кешенді қолдану және әдеуметтік қызметтің қызметкерлерінің күшін науқасқа және оның отбасына көмектесуге бағыттау мен барынша науқастың өз ауруына бейімделіп, инсульттен кейін орын алған неврологиялық ақаудың орныны бар мүмкіндігінше орныны толтыруға ықпал ету. Физикалық оңалту кешені дәрі-дәрмектік емнің, күтімнің психологиялық физиотерапевтік көмек алу сауықтыру шараларын жетілдіру. Ишемиялық инсульті болатын науқастардағы қимыл функциясын қалыпқа келтіру. Ишемиялық инсультке шалдыққан

науқастарында емдік дене шынықтырудың құралдары мен тәсілдерін қолданудың кешенді сараланған бағдарламасы, жіті және ерте қалыпқа келтіру кезеңдерінде барынша ерте қолданғанда, өте айқындалған терапиялық әрекет көрсетеді. Қол жеткізілген нәтижелер, өмір сапасын жақсартуға септігін тигізеді және стационардан тыс қалыпқа келтіру іс-шараларының келесі кезеңіне дайындықты жеңілдетеді.

Әдебиеттер

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. - М.: Медицина, 2001 - 328 с.
2. Основы сестринского дела. Широкова Н.В. «ГЭОТАР-Медиа», 2009-144с
3. Шкловский В.М. Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта // Инсульт. Приложение к журналу неврологии к психиатрии. - 2003.- Вып 8.- С. 10-23.
4. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. - М.: Медпресс-информ, 2008. - 560 с.
5. Жусупова А.С. Инсульт – глобальная проблема отечественной неврологии. // Журнал Человек и Лекарство – Казахстан. №3 (3), 2012. С. 6-9.
6. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. - М.: МИКЛОШ, 2003. - 176 с.
7. Муратбекова С.К. Мейірбике ісінің негіздері. – Астана, 2007 ж.
8. Мухина, С. А. "Мейірбикелік іс негіздері" пәнінен практикалық басшылық: медициналық училищелер мен колледждерге арналған оқу құралы - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014.-116экз.

Резюме

Сайтмуратова С.Ш., Сабырханова С.К. Мусаева С.К.

Южно-Казахстанская медицинская академия, кафедра неврологии, психиатрии и психологии,
Шымкент, Казахстан

УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Ежегодно в Республике Казахстан наблюдается более 49 560 случаев инсульта, которые являются одной из основных причин смерти среди населения во всем мире. 80% инфицированных пациентов с меньшей вероятностью будут вылечены [1]. Ранний инсульт усугубил беспокойство у 49-летнего, но в настоящее время болезнь усугубляется [2]. Частота инсультов в разных регионах Казахстана составляет 2,5-2,7 на 1000 человек, а уровень смертности от 1,0 до 1,8 в год. По сравнению с Россией: от 2,5 до 7,43 на 1000 человек, смертность колеблется от 0,7 до 3,31 в год.

Ключевые слова: инсульт, ишемия, реабилитация, терапия, физиолечение.

Summary

S. Saitmuratova, S.Sabyrkhanova, S.Musayeva

South-Kazakhstan Medical Academy, department of the neurology, psychiatry and psychology,
Shymkent, Kazakhstan

CARE AFTER ISCHEMIC STROKE

Annually in the Republic of Kazakhstan there are more than 49,560 cases of stroke, which are one of the main causes of death among the population all over the world. 80% of infected patients are less likely to be cured [1]. An early stroke aggravated anxiety in a 49-year-old, but now the disease is worsening [2]. The frequency of strokes in different regions of Kazakhstan is 2.5-2.7 per 1000 people, and the mortality rate is from 1.0 to 1.8 per year. Compared with Russia: from 2.5 to 7.43 per 1000 people, mortality ranges from 0.7 to 3.31 per year.

Key words: stroke, ischemic, rehabilitation, therapy, physiotherapy

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

МРНТИ 76.29.39

УДК 617-089

А.А. Кульчиев, А.А. Морозов, Э.А. Перисаева

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ,

Республика Северная Осетия-Алания, e-mail: docentmorozov@yandex.ru, kulchiev.ahsarbek@yandex.ru, perisaeva.elinka@yandex.ru

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО КАНАЛА

Резюме

В исследование включены две группы пациентов с язвенным пилородуоденальным стенозом - перенесшие резекцию желудка и после органосохраняющих операций с ваготомией.

После резекции желудка в ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения развиваются в два раза чаще, по сравнению с органосохраняющими операциями с ваготомией. В отдаленном периоде качество жизни больных, перенесших органосохраняющие операции с ваготомией у 74,7% признано высоким, у 21,4% удовлетворительным и плохим у 3%. Качество жизни после резекционных операций у большинства больных (52%) признано удовлетворительным, у 21,9% неудовлетворительным.

При стенозирующей язве ДПК органосохраняющие операции с СПВ дают в абсолютном большинстве случаев хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Резекционные желудок операции патогенетически менее выгодны и должны выполняться по строгим показаниям.

Ключевые слова: пилородуоденальный стеноз, ваготомия, резекция желудка.

Актуальность проблемы:

В последнее десятилетие вопрос планового хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не стоит остро и естественно редко освещается в литературе. Так за последнее десятилетие в доступной литературе в ведущих хирургических журналах России можно найти единичные сообщения о плановом лечении язвенной болезни ДПК. [2,6,12,13] Это результат позитивных изменений произошедших за последние 20 лет в лечении язвенной болезни ДПК. Последние 10 – 15 лет хирургическая операция по поводу язвенной болезни ДПК и ее осложнений с каждым годом становится реже, что является отрядным фактом. Этот факт у ряда специалистов создает мнение что язвенную болезнь ДПК можно длительно, десятилетиями лечить лекарственными препаратами. Такой подход в лечении язвенной болезни ДПК не всегда оправдан. Как показывает практика, несмотря на значительные успехи лекарственной терапии в лечении язвенной болезни ДПК, у определенной части больных достигнуть ожидаемого эффекта не удается.

Сегодня можно констатировать, что не смотря на достигнутые успехи медикаментозной терапии в лечении язвенной болезни ДПК у определенной части больных развиваются осложнения требующие хирургического лечения. Одним из проявлений неэффективности, а у части больных высокой эффективности длительной консервативной терапии является рубцово – язвенный стеноз ДПК, патогенез которого до конца не изучен. По литературным данным, рубцово – язвенный стеноз ДПК, как осложнение язвенной болезни, развивается у 10,7 – 12,2 %. [3,5,10,11]

В хирургическом лечении язвенного пилоро – дуоденального рубцового стеноза принято два метода лечения. Наибольшее распространение получила резекция желудка с различными вариантами восстановления пассажа по кишечнику [1,4,8,9]

В последние 20 лет в лечении осложненных форм язвенной болезни ДПК некоторые исследования (их не много) предполагают органосохраняющие желудок операции с различными вариантами ваготомии. [3,7,13,14]

Цель исследования: выбор оптимального патогенетически обоснованного метода хирургического лечения рубцово – язвенного стеноза пилородуоденального канала.

Материалы и методы: Накопленный опыт на протяжении 40 лет хирургического лечения язвенной болезни ДПК с различными вариантами резекций желудка более 1000 операций и органосохраняющими с ваготомией - 860, служит основанием провести сравнительный анализ применяемых методов операции и оценить их патогенетическую обоснованность.

До 1985г. в хирургическом лечении язвенной болезни ДПК нами применялись различные методы резекции желудка. С 1986г. в арсенале клиники применяются органосохраняющие и резекционные методы лечения. Больным проводили общепринятые методы исследования. Особое внимание уделяли водно – электролитному балансу, кислотно – щелочному равновесию, показателям азотистого обмена. Для уточнения степени стеноза и выбора метода операции ориентировались, кроме клиники, на данные ФГДС, рентгенографии желудка, моторно – эвакуаторную функцию желудка и секрецию желудочного сока. Секрецию желудочного сока определяли титрационно – аспирационным методом. Существует множество классификаций стеноза, отличающиеся излишней громоздкостью либо крайним схематизмом. В своей работе мы пользуемся классификацией стеноза, предложенной Ю.М. Панцыревым и др. 1977г.

Особые сложности в выборе метода операции вызывает сочетание стеноза с пенетрацией дуоденальной язвы. В литературе очень мало работ посвященных этой сложной проблеме. Единичные работы посвященные осложненным дуоденальным язвам не комментируют их сочетание. [13]. По нашему мнению, данная проблема не получила должного обсуждения и решения.

Выбор метода операции

Считаем, что для каждого больного должен быть выбран патогенетически обоснованный метод операции. При этом должны быть учтены все факторы которые вызвали болезнь и ее осложнения, особенности язвенной болезни и степень операционного и анестезиологического риска. Вопрос о показаниях и сроках операции рубцово – язвенного стеноза, требует конкретики. Практический опыт показывает, что всех больных с стенозом целесообразно разделить на две группы: - больные без выраженных нарушений моторики желудка (I – II стадии) и больные с нарушением водно – электролитного обмена (III – IV стадии). Больные первой группы не нуждаются в особой подготовке к операции. Больные второй группы (III – IV стадии) нуждаются в течении 5-7 дней массивной инфузионной предоперационной коррекции нарушенных водно – электролитных, белковых нарушений с эвакуацией желудочного содержимого. У этих больных вопрос сроков операции является сложным и часто определяющим успех самой операции.

Наш опыт хирургического лечения стенозов ДПК язвенного генеза дает нам основание отдавать предпочтение дренирующим желудок операциям с СПВ. При этом у ряда больных, по очень ограниченным показаниям, считаем патогенетически обоснованным антрумэктомию со стволовой ваготомией и гастроэнтероанастомоз по Ру – Агеенко. При язвенной болезни желудка и ДПК одним из основных патогенетических условий операции считается сохранение пассажа по ДПК. Однако в исключительных случаях (сочетание язвенной болезни с выраженными формами функциональной ХДН) вынуждены выключать ДПК.

На первом этапе, до 1985г., по поводу различных форм язвенного стеноза ДПК оперировано – 86 больных – I группа (таб. 1)

На втором этапе, с 1986 по 2015г. с диагнозом хроническая язвенная болезнь осложненная стенозом выполнено 126 операций – II группа (таб. 2).

Таблица 1 - (I – группа)

№	Объем операции	Количество
1	Резекция по Гофмейстеру -Финстереру	53
2	Резекция желудка по Ру	21
3	Резекция по Бильрот - I	12
	Всего	86

Таблица 2 - (II – группа)

№	Объем операции	Количество
1	Финнея, СПВ	91
2	Гейнеке- Микуличу, СПВ	8
3	Дуоденопластика, СПВ	21
4	Антрумэктомия, СПВ, Ру.	6
	Всего	126

Как видно из таблиц 1 – 2, у второй группы больных количество резекционных желудок операций резко сократилось до 6. Абсолютное большинство операций составило органосохраняющие

с СПВ – 120 (95,2%) из 126ю в этой группе больных нами выявлено всего 6 резекций желудка, в объеме антрумэктомии с стволовой ваготомией. Это те случаи, когда нельзя было сохранить пассаж по ДПК – функциональная дуоденальная непроходимость субкомпенсированной и декомпенсированной стадии.

Из дренирующих желудок операций предпочтение отдаем гастродуоденостомии по Финнею, эта методика позволяет иссечь края язвы и рубцовую ткань в пределах здоровых тканей, при поражении передней и боковых стенок ДПК. Провести ревизию задней стенки ДПК.

В таблице 3 и 4 отражены ранние послеоперационные осложнения по сравниваемым группам.

Процент общих послеоперационных осложнений в группе с органосохраняющими операциями в два раза меньше по сравнению с резекционными, что подтверждает патогенетическую обоснованность объема выполненных операций.

Таблица 3- (I – группа) Характер ранних послеоперационных осложнений.

№	Осложнение	Операция			Всего (86) 12,7%
		Рез. Г. – Ф. (53)	Рез.по Ру(21)	Рез.Б–I (12)	
1	Гастростаз	5	3	3	11 (12,7%)
2	Несостоятельность швов	2 (1)	-	1	3 (4,6%)
3	Панкреатит	4 (1)	1	1	6 (7%)
4	Пневмония	7	3	2	12 (14%)
5	Диарея	0	0	0	0
6	Нагноение раны	6	4	1	11 (12%)
7	Летальность	2			2 (2,3%)
	Итого	26	11	9	46 (53,3%)

Таблица 4- (II – группа) Характер ранних послеоперационных осложнений.

№	Осложнение	Операция				Всего (86)
		Финнея, СПВ 91	Гейнеке Ми-куличу, СПВ 8	Дуоденопластика, СПВ 21	Антрумэктомия, СТВ, РУ. 6	
1	Гастростаз	3	1	2		6 (4,7%)
2	Несостоятельность швов					
3	Панкреатит	2		1		3 (2,3%)
4	Пневмония	3		2		5 (3,1%)
5	Диарея	2			1	3 (2,3%)
6	Нагноение раны	8	1	3		12 (25%)
7	Летальность					
	Итого	18	2	8	1	29 (23%)

Такие грозные осложнения, как несостоятельность культи ДПК, анастомоза и послеоперационного панкреатита чаще наблюдали в I группе, после резекции желудка. В этой группе имели 2 несостоятельности культи ДПК и одна - анастомоза после БильротI с одним летальным исходом. Еще один больной погиб от послеоперационного панкреатита, развившегося вследствие попытки закрытия трудной культи с пенетрирующей язвой в головку поджелудочной железы. В I группе имелось 2 (2,3%) летальных случая.

Во II группе подобных тяжелых послеоперационных осложнений не было. Наиболее частым послеоперационным осложнением в этой группе было нагноение раны, что никак нельзя объяснить с характером объема операции. Характерные для II группы операции осложнения – гастростаз и диарея имели место в единичных случаях и легко купировались медикаментозно.

В таблицах 5 и 6 представлен характер выполненных операций в зависимости от степени стеноза. В I группе больных выбор объема операции не зависел от степени стеноза. В этой группе больных выбор метода резекции в большей степени зависел от надежности культи ДПК и гастродуодено-анастомоза. При оптимальной ситуации пытались выполнить резекцию по БильротI – 12 (14%) случаев. При закрытии «трудной» культи ДПК – гастроэнтероанастомоз по Ру – 21 (24,4%). У абсолютного большинства выполнена резекция по Гофмейстеру – Финстереру – 53 (61,6%).

Таблица 5- (I – группа) Характер выполненных операций в зависимости от степени стеноза.

№	Объем операции	Степень стеноза			Всего
		II	III	IV	
1	Резекция по Гофмейстеру-Финстереру	29	21	3	53 (61,6%)
2	Резекция жел-ка по Ру	-	16	5	21(24,4%)
3	Резекция по Бильрот - I	9	3	-	12 (14%)
	Всего	38 (44,1%)	40 (46,6%)	8 (9,3%)	86 (100%)

Во II группе больных степень выраженности стеноза влияла на выбор метода дренирующей желудка операции. При IV степени стеноза, при резком угнетении перистальтических возможностей стенки желудка, оптимальным считаем широкое соустье между желудком и ДПК, по Финнею. Эту методику считаем оптимальной и при сочетании стеноза с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы. При II и III степени стеноза, когда можно сохранить пилорический жом предпочтение отдавали дуоденопластике с обязательной СПВ. Некоторые ведущие хирурги выполняют дуоденопластику без СПВ. Мы считаем обязательным СПВ в плановой хирургии, при всех органосохраняющих операциях язвенной болезни ДПК.

В этой группе (II) было выполнено 6 антрумэктомий с стволовой ваготомией по «вынужденным» показаниям – ХДН III – IV ст.

Таким образом, у абсолютного большинства больных во II группе выполнена операция Финнея с СПВ(72,3%) Пилоропластика по Гейнеке – Микуличу выполнена у 8 (6,3%) больных при II степени стеноза.

Таблица 6 - (II – группа) Характер выполненных операций в зависимости от степени стеноза.

№	Объем операции	Степень стеноза			Всего
		II	III	IV	
1	Финнея, СПВ	17	55	19	91 (72,3%)
2	Гейнеке Микуличу, СПВ	8	-	-	8 (6,3%)
3	Дуоденопластика, СПВ	13	8	-	21 (16,6%)
4	Антрумэктомия, СТВ, РУ.	3	1	2	6 (4,8%)
	Всего	41 (32,6%)	64 (50,8%)	21 (16,6%)	126 (100%)

Полученные отдаленные результаты операций оценивались функционально, лабораторно, инструментально, по опросникам (определяющим качество жизни) и классификации Visick

В таблицах 7 и 8 отражены патологические состояния больных перенесших операции на желудке в разных группах.

В табл. 7 (I группе) отражены функциональные и органические изменения выявленных в отдаленном периоде после резекционных операций. Как видно из данной таблицы, абсолютное большинство (67,2%) пациентов, после различных, резекционных желудок операций, имеют различные патологические состояния. Из них - у 7,8 % рецидив язвенной болезни. Из резекционных желудок методов операций наихудшие результаты получены после операции Гофмейстера – Финстерера. У 97,5% пациентов отмечены разные патологические состояния.

Таблица 7 - (I – группа) - Отдаленные результаты

№	Патологическое состояние	Результат операции			Всего (64)
		. Г. – Ф. (41)	по Ру (14)	. Б – I (9)	
1	Рецидив язвы	4 (9,7)	1	-	5 (78%)
2	Демпинг синдром	7 (17%)	-	-	7 (17%)
3	Синдром приводящей петли	2	-	-	2
4	Желудочный дискомфорт	12 (30%)	2	-	14 (22%)
5	Вегетоастенический синдром	10 (24%)	-	1	11 (17%)
6	Железодефицитная анемия	3 (7,3%)	-	1	4 (9,4%)
	Итого	38 (97,5%)	3 (21,4%)	2 (22,2%)	43 (67,2%)

В таблице 7 особо следует обратить внимание на тот факт, что после резекции желудка, по Гофмейстеру -Финстереру в отдаленном периоде нет пациентов, которые чувствуют себя абсолютно здоровыми.

Во II группе больных (табл. 8) отдаленные результаты более благоприятны по сравнению с I группой. Как видно из таблицы № 8, разные патологические состояния после органосохраняющих желудок операций с СПВ, выявлено у 21,6%. По сравнению с I группой – в 3 раза меньше. Из них рецидив язвы в 2,4%. Наиболее частым патологическим состоянием в этой группе является желудочный дискомфорт у 8,3%.

Таблица 8- (II – группа) Отдаленные результаты

№	Патологическое состояние	Операция				Всего (83)
		Финнея, СПВ- 51	Гейнеке Микуличу, СПВ-6	Дуоденопластика, СПВ - 21	Антрумэктомия, СТВ, РУ.- 6	
1	Рецидив язвы	2	-	-	-	2(2,4)
2	Демпинг синдром легкой степени	1	1	-	-	2
3	Диарея	1	-	-	-	1
4	Желудочный дискомфорт	4	1	1	1	7 (8,3%)
5	Рубцовый стеноз анастомоза	-	-	1	-	1
6	Вегетоастенический синдром	4	-	-	1	5
	Итого	12(23,5%)	2	2	2	18(21,6)%

У абсолютного большинства больных 78,4% после органосохраняющих желудок операций с СПВ в отдаленном периоде не выявлено патологическое состояние. У 2,4% имеется рецидив язвенной болезни.

Сегодня результаты любых хирургических операций оцениваются по отдаленным результатам, основываясь на качестве жизни пациента. С этих позиций нами изучены полученные отдаленные результаты выполненных операций в разных группах больных.

Оценка качества жизни больных в отдаленном периоде. Полученные отдаленные результаты любых операций с позиции доказательной медицины, должны отражать качество жизни пациента. С этих позиций нами изучены отдаленные результаты по классификации Visick, опросник и DDQ – 15.

Основываясь на опроснике ИКЖФХК, разработанном Н.М. Кузиным и Н.Н. Крыловым, а так же опроснике DDQ – 15, разработанном в центре болезней пищеварения Медицинского университета штата Южная Каролина (США) и по классификации Visick произвели оценку качества жизни в отдаленном периоде, сроки от 3 до 30 лет.

После резекционных операций (I – группа) в отдаленные сроки качество жизни определено у 64 пациентов и у 83 во II группе.

Индекс качества жизни (ИКЖФХК) состоит из 38 вопросов для оценки влияния язвенной болезни на функциональную активность, восприятие пациентом своего здоровья и благополучия, влияние симптомов болезни и последствий операции. В практическом плане применение ИКЖФХК представляет определенные трудности из – за большого количества вопросов, с этих позиций более удобен опросник DDQ – 15, предназначенный для определения качества жизни больных с заболеваниями желудочно – кишечного тракта. Он не содержит вопросов о наличии симптомов заболеваний пищеварительного тракта, т.к. был создан путем исключения незначительных для определения качества жизни пациентов с заболеваниями желудочно – кишечного тракта вопросов из более обширных опросников после проведения тщательных исследований.

Мы провели анкетирование всех 147 больных перенесших операции на желудке, по обоим опросникам и классификации Visick.

Согласно проведенным расчетам, среднее значение индекса DDQ – 15 для здоровых лиц составляет – 4,13, ИКЖФХК – 124,1±5,4 балла, а в группах с «отличными» и «хорошими» результатами операции следует относить с величиной индекса DDQ – 15 более – 3,41, ИКЖФХК – более 100 баллов.

Таблица 9. Оценка ИКЖФХК в отдаленные сроки (I – группа) перенесших резекционные операции на желудке

Результат	Средний показатель	Количество обследованных	
		Абс.	%
Отличный	116±3,5	2	3,1
Хороший	107±2,4	15	24,2
Удов-ый	95±5,3	27	43,4
Плохой	85±4,4	20	29,3
Итого		64	100

В этой группе пациентов лишь у 27,3% пациентов отдаленные показатели качества жизни можно признать приемлемыми, в то время как у абсолютного большинства (72,7%) качество жизни нельзя признать хорошим. И лишь у 2 (3,1%) пациентов оно признано отличным.

Индекс качества жизни по DDQ – 15, в отдаленные сроки после операции у этих пациентов представлен в таблице 10.

Таблица 10 - Оценка качества жизни по DDQ – 15 в отдаленные сроки (I группа) перенесших резекции желудка.

Результат	Средний показатель	Количество обследованных	
		Абс.	%
Отличный	4,0±0,1	4	5,2
Хороший	3,7±0,2	17	27,3
Удов-ый	3,1±0,3	27	42,1
Плохой	2,5±0,2	16	25,4
Итого		64	100

Качество жизни по DDQ – 15 у больных перенесших резекции желудка близка по показателям качества ИКЖФХК.

Хорошее и отличное качество жизни выявлено у 32,5% пациентов. У большинства пациентов зафиксировано удовлетворительное качество жизни (42,1%) Следует отметить, что у абсолютного большинства (67,5%) пациентов качество жизни по DDQ – 15 нельзя признать приемлемым.

Таблица 11 - Оценка ИКЖФХК в отдаленные сроки (II – группа) перенесших органосохраняющие и органошадящие операции с ваготомией на желудке.

Результат	Средний показатель	Количество обследованных	
		Абс.	%
Отличный	116±3,5	28	33,8
Хороший	107±2,4	34	40,9
Удов-ый	95±5,3	16	19,2
Плохой	85±4,4	3	6,1
Итого		83	100

Отличные и хорошие показатели качества по ИКЖФХК получено у 74,7% пациентов в отдаленные сроки после ваготомии с органосохраняющим и органошадящим операциями на желудке. Удовлетворительные результаты получения у 19,2% пациентов. И у 6,1% результаты признаны плохими.

В таблице 12 отражены показатели качества жизни по вопроснику DDQ – 15 в отдаленные сроки среди пациентов перенесших органосохраняющие и органошадящие с ваготомией. (таб.12)

Таблица 12 - Показатели качества жизни по вопроснику DDQ – 15

Результат	Средний показатель	Количество обследованных	
		Абс.	%
Отличный	4,0±0,1	24	28,8
Хороший	3,7±0,2	38	46,2
Удов-ый	3,1±0,3	18	21,4
Плохой	2,5±0,2	3	3,6
Итого		83	100

У большинства пациентов 46,2% получены хорошие результаты качества жизни, отличные у 28,8%, удовлетворительные у 21,4% и лишь у 3,6% плохие. Для большей объективности полученных отдаленных результатов выполненных операций на желудке, нами они оценены и по классификации Visick (1948) – таблица № 13

Таблица 13 - Отдаленные результаты резекционных и органосохраняющих операций в сочетании с ваготомией.

Результат	I – группа (резекция желудка)		II–группа органосохр+ваготомия)	
	Абс.	%	Абс.	%
Отличный			60	72,8
Хороший	17	26,2	11	12,0
Удов-ый	33	52,0	9	11,6
Плохой	14	21,9	3	3,6
Итого	64	100	83	100

По данной классификации отличный результат означает - отсутствие жалоб и симптомов болезни, человек практически здоров. Хороший результат - пациент доволен операцией; трудоспособность полностью сохранена, однако при углубленном опросе выявляется наличие слабо выраженных нарушений пищеварения, легко контролируемые диетой.

Удовлетворительный результат – умеренно выраженные расстройства пищеварения, не оказывающие серьезного влияния на жизненную активность, но снижающие трудоспособность, больные нуждаются в периодическом лечении.

Плохой результат – определяются выраженные или тяжелые нарушения, инвалидизирующие больных и нарушающие трудоспособность. Больные нуждаются в регулярном лечении, включая хирургическое. Сюда относят все случаи рецидива язвы и другие тяжелые расстройства, приведшие к повторным операциям.

Секреторная функция желудка в отдаленном периоде, после резекционных операций.

Отдаленные результаты операций на желудке во многом зависят от состояния секреторной функции желудка. Функциональное состояние оперированного желудка играет важную роль в развитии пострезекционных и постваготомических осложнений, и на прямую влияет на качество жизни. В этой связи при изучении отдаленных результатов операций на желудке считаем необходимым оценить прежде всего его секреторную функцию.

В I группе больных (после резекционных желудок операций) в отдаленном периоде секреторная функция желудка изучена у 32 больных, следует отметить, что после резекции желудка, особенно после операции Гофмейстера – Финстерера получить достоверные показатели секреции желудка сложно.

Во II группе больных (с органосохраняющими операциями с ваготомией) секреторная функция изучена у 40 пациентов (таб. 14)

Результаты и их обсуждение: Непосредственные результаты резекционных методов хирургического лечения стенозирующих язв ДПК сопровождались более частыми осложнениями и наихудшими результатами по сравнению с органосохраняющими операциями с ваготомией.

Летальность после резекционных желудок операций составила 2,3%, после органосохраняющих с ваготомией летальных случаев не было.

Общее число послеоперационных осложнений (53,3%) наблюдалось чаще в группе больных перенесших резекцию желудка по сравнению с органосохраняющими (23,1%). После резекции желудка по Гофмейстеру – Финстеренру и по Бильрот – I наблюдали несостоятельность швов с одним

летальным исходом. В этой же группе больных у 5 развилась картина послеоперационного панкреатита, у 4-х средней степени тяжести средней степени тяжести, купированная медикаментозной терапией, у одного развился инфицированный панкреонекроз с летальным исходом.

Таблица 14 - Средние показатели кислотопродукции (ммоль в час) в зависимости от результата и метода операции желудка, в отдаленные сроки

Результат операции	Операция					
	Резекция желудка			органосохраняющая С СПВ		
	обследовано	БПК	МПК	обследовано	БПК	МПК
Отл.	2	1,88±0,34	10,14±0,66	10	1,68±0,27	11,13±0,43
Хор.	5	2,16±0,48	11,16±0,42	15	1,82±0,42	9,81±0,45
Удов.	12	1,11±0,16	8,24±0,18	12	1,21±0,62	8,01±0,34
Плохо	14	4,86±0,12	18,21±0,11	3	4,36±0,42	17,42±0,46
Всего	32			40		

У здоровых людей показатели БПК составляют 2 – 4 ммоль/ч; МПК 12 – 15 ммоль/ч

Одним из характерных для операций на желудке послеоперационных осложнений является гастростаз. В группе с органосохраняющими операциями и ваготомией гастростаз развился у 4,8%, после резекционных операций - у 10,4%.

Из дренирующих желудок операций предпочтение отдавалось гастродуоденостомии по Финнею.

Наиболее сложным и пока не решенным вопросом язвенной болезни ДПК остается задняя пенетрирующая в головку поджелудочной железы язва.

В литературе предлагается, в основном, два варианта решения проблемы. При кровотечении – прошивание кровоточащего сосуда с исключением ДПК из пассажа, либо прошивание кровоточащего сосуда. При хронических пенетрирующих язвах, без кровотечения, предлагается выведение ее из ДПК, «абдоминализацией» с ушиванием дефекта задней стенки. Данная методика технически сложна, опасна в плане повреждения сосудов, холедоха, вирсунгиального протока и сложности закрытия дефекта стенки кишки.

По нашим данным сочетание пилородуоденального стеноза с пенетрацией язвы задней стенки ДПК наблюдалось у 34 (26,2%) среди больных с органосохраняющими операциями с ваготомией. При этом у 12 больных размеры язвы достигли до 2см. Следует отметить, что ни у одного из них, в анамнезе не отмечено кровотечение из язвы. Всем больным произведена широкая гастродуоденостомия по Финнею. При этом в 3-х случаях попытались затампонировать пенетрирующую язву сформированной «килью» - 3-мя швами по краю язвы. При контрольном эндоскопическом осмотре на 10-ые сутки место анастомоза у всех 3-х больных фиксировавшие «киль» к дну язвы швы оказались не состоятельными. В связи с этим в дальнейшем отказались от данной методики. Наш небольшой опыт лечения подобных больных показал, что при сочетании стеноза с пенетрацией в головку поджелудочной железы без признаков кровотечения достаточно выполнить ГДА по Финнею с СПВ.

Дуоденопластику выполняли по В.И. Оноприеву, при этом принципиальным считаем сочетание ее с СПВ. Таких операций выполнено 21. В ближайшем послеоперационном периоде в этой группе больных меньше всего осложнений.

Отдаленные результаты изучены в сроки от 3 до 30 лет после операций

В I группе из 84 выписанных после резекций желудка в отдаленные сроки удалось обследовать 64 больных. Из них у 43 (67,2%) выявлены различные патологические состояния (таб.7) Рецидив язвы – 5 (7,8%), демпинг синдром средней степени – 7 (10,9%), желудочный дискомфорт – 14(22,6%) вегетоастенический синдром – 11 (17%) и железодефицитная анемия – 4 (9,4%). В этой группе только у 21 (31,3%) пациентов не выявлено патологических состояний.

В II группе перенесших органосохраняющие и органоэдающие операции с ваготомией обследовано 83 пациента. У 18 (21,6%) из них (табл.8) выявлены различные патологические состояния. Рецидив язвы – 2 (2,4%), демпинг синдром – 2 (2,4%). Наиболее частым симптомом в этой группе был желудочный дискомфорт – 7 (8,3%). В этой группе имели одно серьезное осложнение в отдаленном периоде. У одной больной через 2 года после дуоденопластики, СПВ развился стеноз II – III степени анастомоза. При этом у нее не было рецидива язвы. Рубцевание анастомоза шло без язвенного процесса, в следствии технических погрешностей выполнения дуоденопластики. Этой

больной выполнен гастродуоденоанастомоз по Финнею с хорошими отдаленными результатами в течении 12 лет.

Сравнение отдаленных результатов после Финнея (51) и дуоденопластики (21) по клиническим и рентгено – эндоскопическим критериям преимущество какой либо методики нами не выявлено в отдаленном периоде. Единственное, что отмечено, в первые 2 -3 года после операции заброс содержимого из ДПК в желудок чаще отмечается после Финнея. Через 3 года эта разница между дуоденопластикой и Финнеем не существенно.

Качество жизни после резекционных операций показано на таблицах 9 – 10 , у абсолютного большинства пациентов оно признанно удовлетворительным и плохим(67 – 70 %).

В группе больных с органосохраняющими с СПВ качество жизни в отдаленном периоде у 74,7% признанно высоким и у 21,4 удовлетворительным и плохим у 3,6%.

Полученные показатели кислотопродуктивной функции желудка в отдаленном периоде показали что у больных с отличными и хорошими отдаленными результатами было нормацидное состояние желудочной секреции, не зависимо от объема операции на желудке.

У больных с удовлетворительными результатами операции отмечено резкое угнетение секреторной функции желудка

И у больных с плохими результатами операции (рецидив язвы) выявлено повышение как в базальной фазе, так и в стимулированной фазе секреции.

Таким образом, у больных перенесших различные операции на желудке по поводу язвенной болезни, результаты операции в отдаленном периоде коррелируются с показателями желудочной фазы секреции. У больных с хорошими отдаленными результатами выявлено – нормацидное состояние желудочной секреции. При плохих результатах, с рецидивами язвы, у всех выявлена гиперсекреция желудочного сока.

При этом, лучшие отдаленные результаты получены после органосохраняющих операциях с СПВ.

Выводы: Таким образом, на основании представленного выше материала можно предложить, что при стенозирующей язве пилородуоденального канала органосохраняющие операции с СПВ дают в абсолютном большинстве случаев хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

Резекционные операции, по сравнению с органосохраняющими, у этой категории больных в функциональном плане патогенетически менее выгодны и должны выполняться по строгим показаниям.

Из дренирующих желудок операций при стенозе пилородуоденального канала наиболее предпочтительной является операция Финнея с СПВ.

При постбульбарном стенозе ДПК патогенетически наиболее обоснована дуоденопластика по В.И. Оноприеву с СПВ.

Литература

1. Власов А.П., Сараев В.В., Степанов Ю.П. и др. Новые технологии в хирургии «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия 2008г. №8 С. 44 – 48.
2. Дурлештер В.М., Дидигов М.Т., Ключников О.Ю. Способ бульбодуоденопластики при осложненной хронической язве задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2014. – № 4. С. 11 – 14.
3. Дурлештер В.М., Дидигов М.Т., Карипиди Г.К., Канксидис Я.В.. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 3 (138). – С. 54 – 57.
4. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Рудая и др.; НИИ гастроэнтерологии // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова 2005. № 3. С. 18 – 22.
5. Крылов Н.Н. Проблемы, которые не могут волновать: утопии и реалии современного учения о язвенной болезни // Вестник хир. гастроэнтерологии 2007г. №1 С. 25 – 30.
6. Кульчиев А.А., Елоев В.А., Морозов А.А. Место плановой хирургии в язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Научно практический журнал «Хирург» №1 – 2014г. С.28 – 33.
7. Кульчиев А.А. Ваготомия при острых осложнениях пилородуоденальных язв // Диссертация, Владикавказ 1993г.
8. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. – 2005г. № 1. С. 58 – 64.
9. Николаев Н.О., Гришин С.Г., Багинский Е.М. Диагностика и хирургическое лечение гигантских язв 12 – перстной кишки // Хирургия 1988г № 5. С. 29 – 36.
10. Панцирев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах // М. Медицина. 1979г. С.160

11. Самсонов В.А. Язвенная болезнь. // Петрозаводск, 1975г.
12. Чернов В.Н., Долгарев С.О. Результаты лечения язвенной болезни методом радикальной дуоденопластики // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова 2013г. № 4 С. 48 – 54.
13. Чернооков Л.И., Горбунов В.Н., Столярчук Е.В., Нагиев Э.Ш., Рамишвили В.Ш. Выбор способа операции при осложненных гигантских пилородуоденальных язвах 2011г. Вестник хирургической гастроэнтерологии № 2 С. 31 – 35.
14. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л. Селективная проксимальная ваготомия // М.: ИздАТ, 2001г.

Түйін

А. А. Кульчиев, А. А. Морозов, Э. А. Перисаева

Солтүстік Осетин мемлекеттік медициналық академиясы, Владикавказ, Солтүстік Осетия-Алания Республикасы

ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬ КАНАЛЫ ТЫРТЫҚТЫ-ЖАРАЛЫ СТЕНОЗЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Зерттеуге асқазанның резекциясын бастан кешкен және ваготомиямен органнан сақтандыратын операциялардан кейін ойық жаралы пилородуоденальды стенозы бар емделушілердің екі тобы енгізілген.

Асқазанды кескеннен кейін операциядан кейінгі кезеңде түрлі асқинулар ваготомиямен органқорғау операцияларымен салыстырғанда екі есе жиі дамиды. Алыстағы кезеңде ваготомиямен операцияларды орган сақтаушы науқастардың өмір сүру сапасы 74,7% - да жоғары, 21,4% - да қанағаттанарлық және 3% - да нашар деп танылды. Көптеген науқастарда резекционды операциялардан кейінгі өмір сүру сапасы (52%) қанағаттанарлық, 21,9% қанағаттанарлықсыз деп танылды.

Стенозды жара кезінде ДДП - мен органосақтаушы операциялар абсолютті көп жағдайларда жақсы тікелей және алыстағы нәтижелер береді. Резекциялы асқазан операциялары патогенетикалық тұрғыдан аз тиімді және қатаң көрсеткіштер бойынша орындалуы тиіс.

Кілт сөздер: пилородуоденальный стенозы, ваготомия, асқазан резекциясы.

Abstract

A. A. Kul'chiev, A. A. Morozov, E. A. Parisheva

North Ossetian state medical Academy, Vladikavkaz, Republic Of North Ossetia-Alania

SURGICAL TREATMENT OF CICATRICAL-ULCERATIVE STENOSIS OF THE PYLORODUODENAL CHANNEL

The study included two groups of patients with ulcerative pyloroduodenal stenosis - who underwent gastric resection and after organ-preserving operations with vagotomy. After gastric resection in the immediate postoperative period, various complications develop twice as often as organ-preserving operations with vagotomy. In the long-term period, the quality of life of patients who underwent organ-preserving operations with vagotomy in 74.7% was recognized as high, in 21.4% satisfactory and poor in 3%. The quality of life after resection operations in the majority of patients (52%) was found to be satisfactory, 21.9% - unsatisfactory. In stenotic ulcer of the duodenum, organ-preserving operations with SPV give in the vast majority of cases good immediate and long-term results. Resection stomach surgery is pathogenetically less beneficial and should be performed according to strict indications.

Key words: pyloroduodenal stenosis, vagotomy, gastric resection.

МРНТИ 76.29.49
УДК 616.33-006.6-07

Турсынбаев С.Б., Арыбжанов Д.Т., Панаев М.С.

Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, г.Шымкент, Республика Казахстан
Городской онкологический центр, г. Шымкент, Республика Казахстан

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Анализируются результаты диагностических видеолaparоскопий у 86 больных раком желудка. Мужчин 56 (65,1%) женщин 30 (34,9%). По стадиям II стадия процесса была у 23 (26,7%) больных, III стадия у 48 (55,8%), IV стадия отмечена у 15 (17,5%) больных. Проведённое исследование показало, что на основании лапароскопической картины у больных РЖ, изменение предварительно планируемого объёма оперативного вмешательства произведено у 18 (21%) и совпало у 20 (23,3%) больных. По результатам предварительной видеолaparоскопии в 36 (41,9%) случаях решено произвести радикальную операцию. У 46 (53,5%) больных, в связи с наличием абсолютных признаков нерезектабельности решено было ограничиться проведением лапароскопии.

Ключевые слова: рак желудка, диагностика, лапароскопия.

Благодаря новейшим научно-техническим достижениям современная хирургия обладает возможностью проводить лапароскопические операции на внутренних органах [9, 10]. В настоящее время внимание квалифицированных специалистов приковано к мануально-ассистированному хирургическому вмешательству на желудке. Данная малоинвазивная методика значительно уменьшает травматичность и продолжительность операции, а также вероятность возникновения осложнений в реабилитационном периоде. Данный хирургический метод используют для оценивания состояния брюшных органов, выявления злокачественных патологий, лечения воспалительных процессов и варикозного расширения вен. Операцию проводят с использованием специального оптического оборудования [1, 3, 5].

В настоящее время наиболее востребованными видами лапароскопии являются: удаление части поджелудочной железы; рассечение блуждающего нерва (вагуса); удаление надпочечниковых желез; резекция кишечника; рассечение спаек; удаление селезенки; рассечение мышечных покровов пищевода; резекция и удаление желудка.

После того как мануально-ассистированные операции были внедрены в хирургическую отрасль, возможности медицинских специалистов значительно расширились [6, 7, 10]. Пациенты подтверждают, что благодаря лапароскопическому методу существенно снизилось время реабилитационного периода после операции [2, 4, 8].

Целью нашей работы явилась оценка возможности видеолaparоскопии в определении резектабельности рака желудка (РЖ).

Материал и методы. Нами проведен анализ диагностических видеолaparоскопий у 86 больных РЖ получавших лечение в Южно-Казахстанском областном онкологическом диспансере в течение 2013-2018 г.г. Среди пациентов мужчин было 56 (65,1%) женщин 30 (34,9%). Средний возраст пациентов составил 56,0 + 1,4 года. Возрастной диапазон - от 25 до 72 лет. С II стадией заболевания было 23 (26,7%) пациентов. Самую большую группу пациентов составили больные с III стадией заболевания - 48 (55,8%), IV стадия заболевания установлена у 15 (17,5%) больных.

Показаниями к проведению лапароскопии желудка явились:

Пациенты с установленным раком желудка – для уточнения глубины поражения стенок органа;

Пациенты с верифицированным раком желудка с подозрением на канцероматоз брюшины;

Стадирование рака желудка у пациентов с распространённой опухолью и выявление процесса метастазирования («прорастания») опухоли в брюшину и близлежащие органы – печень, поджелудочную железу.

Особенности выполнения процедуры. После обработки операционного поля и подготовки всего необходимого инструментария, под интубационным наркозом на животе на 1,5-2 см выше пупка по срединной линии выполняется пункция брюшной полости и подается углекислый газ в объеме 5-7 литров, после чего игла удаляется и там же производят небольшой разрез (длиной около 1 см) и устанавливается первый порт (троакара) лапароскопа, через него вводится видеочамера лапароскопа, через боковое отверстие в троакаре поддерживается подача углекислого газа для

выполнения лапароскопии. На монитор транслируется увеличенное в 16 раз изображение непосредственного операционного поля. В ходе процедуры на него ориентируется операционная бригада. Для исключения наличия метастазов в начале операции проводят лапароскопическое исследование брюшных органов.

Дополнительно через 2–3 разреза вставляются операционные инструменты. После завершения операции газ полностью удаляют. После ревизии брюшной полости, в сомнительных случаях, мы производили биопсию подозрительных участков, в целях морфологического подтверждения выявленных метастазов и для установления природы патологических процессов [10].

Противопоказаниями для проведения лапароскопии мы считали: нарушение свертывания крови; хронические заболевания органов дыхательной, сердечной и сосудистой систем; острая печеночная или почечная недостаточность; ранее перенесенные операции в брюшной полости и наличие спаечного процесса; [1, 9, 10]

Результаты и их обсуждение. Лапароскопическая диагностика опухолевого поражения желудка основывалась на выявлении прямых или косвенных признаков опухоли. Наиболее достоверными и легкими для визуального обнаружения являлись прямые признаки, которые появляются при прорастании серозной оболочки желудка опухолью, локализуемой на передней стенке. В тех случаях, когда имеется явное прорастание серозной оболочки, обнаруживается характерная лапароскопическая картина.

На передней стенке желудка определяются опухолевые разрастания в виде одиночных или множественных узлов неправильной формы белесовато-серого цвета, плотной консистенции. Стенка органа, в области поражения, уплотнена, инфильтрирована. При пальпации манипуляторами определяется ригидность, отсутствие эластичности органа. Серозная оболочка в норме белесовато-розового цвета, приобретает тусклый, белосерый цвет. Нередко на ней определяются множественные геморрагии, которые также легко образуются и при пальпации.

При локализации опухоли на задней стенке без перехода на большую или малую кривизну часто отмечалась деформация кардиального отдела желудка и абдоминального сегмента пищевода или выбухание передней стенки, что в совокупности с «инструментальной пальпацией» косвенно указывало на наличие опухолевого поражения. Метастазы в печени обнаруживаются как возвышающиеся образования белесовато-желтого цвета, плотной или эластической консистенции, округлой или неправильной округлой формы, различных размеров, варьируя от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Нередко они имеют углубление в центре, что обусловлено опухолевым некрозом. При внутрипаренхиматозном расположении метастазов в печени при видеолапароскопии выявляется бугристость поверхности и контуров печени, сглаживание краев и увеличение ее размеров.

При РЖ прорастание опухоли в печень диагностировано у 5 (5,8%) больных, в диафрагму в 7 (8,13%) случаях, у 14 (16,27%) больных в поджелудочную железу, у 3 (3,48%) - в забрюшинную клетчатку. У 9 (10,5%) больных, опухолевой процесс переходил на абдоминальный отдел пищевода и прорастал в клетчатку средостения, у 6 (6,97 %) случаях в брюшную аорту. Метастазы в печени имелись у 19 (22%) больных, в лимфоузлы малого сальника у 52 (60,5%), большого сальника у 21 (24,4%), в забрюшинные и парааортальные лимфоузлы у 35 (40,7%) больных. Брыжейка тонкой кишки была поражена в 7 (8,13%) случаях, а брыжейка толстой кишки у 6 (6,9%) больных. Метастазы в яичники установлены у 2 (2,3%) пациенток и клетчатку малого таза в 2 (2,3%) случаях. Метастатическое поражение всех органов брюшной полости (канцероматоз) диагностировано в 12 (14,0%) случаях. Асцит имелся у 8 (9,3%) больных.

Опухолевой процесс признан нерезектабельным у 50 (58,1%) больных. Причиной нерезектабельности РЖ явилось прорастание опухолевого процесса в печень, в брюшную аорту, прорастание в поджелудочную железу. Наличие метастазов в печень явились причиной нерезектабельности у 14 (20,0%) больных. Неудалимые метастазы в парааортальные лимфоузлы послужили причиной отказа в радикальной операции у 10 (11,6%) больных. Диссеминация по брюшине послужила причиной отказа в радикальной операции у 8 (9,3%) больных. Следует отметить, что у 1 пациента могло быть от 1 до 4 признаков нерезектабельности.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что на основании лапароскопической картины распространенности опухолевого процесса в органы и структуры брюшной полости у больных РЖ, изменение предварительно планируемого объема оперативного вмешательства произведено у 18 (21%) и совпало у 20 (23,3%) больных. По результатам предварительной видеолапароскопии в 36 (41,9%) случаях решено произвести радикальную операцию, в 2 - симптоматическую, в 2 случаях, в связи с наличием относительных признаков нерезектабельности решено произвести лапаротомию с ревизией и у 46 (53,5%) больных, в связи с наличием абсолютных признаков нерезектабельности решено было ограничиться проведением

лапароскопии. Во всех случаях было получено достаточное количество материала для гистологического исследования.

Литература

1. Гуляев А.В., Зубов Г.С. О лапароскопии в онкологической практике. //Вопросы онкологии. - 1985. - № 6. - С. 96-99.
2. Лядов В. К., Ильина О. В. Роль диагностической лапароскопии и перитонеальных смывов в стадировании рака желудка// [Московский хирургический журнал](#) / 5 (45), 2015, С. 11-13.
3. Попова Т.Н., Корженский Ф.П., Александрова М.И. Использование лапароскопии для уточнения стадии рака желудка. //Вопросы онкологии. -1987.- № 10.-С. 75-78.
4. Синюкова Г.Т., Комаров И.Г., Игнатов Е.И., Комов Д.В. Видеолапароскопия с применением интраоперационного ультразвукового исследования в абдоминальной онкологии. — М.: Триада-Х, 2003. - 80 с.
5. Шапошников А.В., Сидоренко Ю.С, Тетерников А.В., Куракин В.Г. Лапароскопия в диагностике и лечении опухолей желудка и пищевода. //Эндоскопическая хирургия. - 1999. - № 6. - С. 44-45.
6. Blackshaw G.R., Barry J.D., Edwards P., Allison M.C., Thomas G.V., Lewis W.G. Laparoscopy significantly improves the perceived preoperative stage of gastric cancer. // Gastric Cancer. 2003. V. 6(4). P. 225.
7. Guidelines for Diagnostic Laparoscopy. Practice/Clinical Guidelines published 11, 2007, by the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons.
8. Karanicolas P.J. et al. Staging laparoscopy in the management of gastric cancer: a population-based analysis. // J. Am. Coll. Surg. 2011. V. 213(5). P. 644-651.
9. Weickert U., Jakobs R., Riemann J.F. Diagnostic laparoscopy. // Endoscopy. 2005. V. 37(1). P. 33-7.
10. <https://diametod.ru/laparoskopiya-zheludka>

Түйін

Тұрсынбаев С.Б., Арыбжанов Д.Т., Панаев М.С.

Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы,
Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрк университеті,
Қалалық онкологиялық орталығы, Шымкент қаласы

АСҚАЗАН ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ ЛАПАРОСОПИЯСЫ

Асқазан қатерлі ісігімен ауыратын 86 науқаста диагностикалық бейне лапароскопиясының нәтижелері талданды. Ерлер 56 (65,1%), әйелдер 30 (34,9%). Екінші сатыға шалдыққан науқастардың саны 23 (26,7%), III сатысы бар науқастардың саны 48 (55,8%), және IV сатысы бар науқастардың саны 15 (17,5%). Зерттеу көрсеткендей, асқазан қатерлі ісігімен ауыратын науқастарда лапароскопиялық көрінісі негізінде бұрын жоспарланған хирургиялық араласу көлемінің өзгеруі 18 (21%) және 20 (23,3%) науқастарға сәйкес келеді. Лапароскопияның нәтижелері бойынша 36 (41,9%) жағдайда радикалды операция жасалды. Ал 46 (53,5%) науқастың лапароскопия кезінде ота жасауға қарсы абсолюттік белгілері болуына байланысты шектеу шешімі қабылданды.

Кілт сөздер: асқазан қатерлі ісігі, диагностикасы, лапароскопия.

Summary

Tursynbaev S.B., Arybzhhanov D.T., Panaev M.S.

South Kazakhstan Medical Academy,
International Kazakh-Turkish University named after Kh.A. Yasavi, City Cancer Center, Shymkent
LAPAROSCOPY IN GASTRIC CANCER

The results of diagnostic video laparoscopy in 86 patients with gastric cancer were analyzed. Men 56 (65.1%) women 30 (34.9%). In stages, stage II of the process was in 23 (26.7%) patients, stage III in 48 (55.8%), stage IV was observed in 15 (17.5%) patients. The study showed that, on the basis of the laparoscopic picture in patients with gastric cancer, a change in the previously planned volume of surgery was made in 18 (21%) and coincided in 20 (23.3%) patients. According to the results of preliminary video laparoscopy, in 36 (41.9%) cases it was decided to perform a radical operation. In 46 (53.5%) patients, due to the presence of absolute signs of unresectability, it was decided to confine themselves to laparoscopy.

Key words: gastric cancer, diagnosis, laparoscopy.

МРНТИ 76.29.34
УДК 616.33-006.6-07

Турсынбаев С.Б., Арыбжанов Д.Т., Сексенбаев Д.С.

Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Республика Казахстан
Городской онкологический центр, г. Шымкент, г.Шымкент, Республика Казахстан

ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В СТАДИРОВАНИИ РАКА ЖЕЛУДКА

Резюме

В статье проанализированы результаты диагностической лапароскопии у 86 больных раком желудка. У всех больных во время лапароскопии взяты перитонеальные смывы из брюшины и проведен цитологический анализ перитонеальных смывов. Результаты исследования показали наличие микрометастазов у 28% (24) больных, которые были стадированы по критерию TNM классификации как M1. Этим пациентам хирургическое вмешательство не проводилось. Все пациенты были направлены на паллиативную химиотерапию.

Ключевые слова: рак желудка, лапароскопия, перитонеальные смывы, стадирование.

Рак желудка (РЖ) составляет 50% от всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта и более 12% от всех злокачественных новообразований других локализаций. Смертность от РЖ в мировом масштабе занимает второе место. Вопросы диагностики и лечения РЖ остаются серьезной проблемой современной онкологии [1, 3, 5].

Учитывая высокую заболеваемость раком желудка, лапароскопия часто применяется при этой патологии. Основой для определения оптимальной тактики лечения у пациентов с впервые выявленным раком желудка является точное стадирование заболевания.

Диагностическая лапароскопия помогает более точно определять стадию заболевания, позволяя выявить мелкие метастазы в печени и по брюшине, невидимые для методов лучевой диагностики [7,8,9]. Кроме того, выполняемые при диагностической лапароскопии смывы с брюшины и их последующее цитологическое исследование позволяют выявить опухолевые клетки у значительной части пациентов с местно-распространёнными формами рака желудка [10]. Как показывают данные литературы, лапароскопия имеет убедительные преимущества в оценке резектабельности больных раком желудка.

Так, А.К. Kriplani с соавт. (1991) показали, что среди больных, у которых ультразвуковое исследование и рентгеновская компьютерная томография не выявили противопоказаний к резекции желудка, лапароскопия у 27,0% обнаружила распространенный нерезектабельный рак. Последующая лапаротомия подтвердила данные лапароскопии в 87,5% случаев [10]. Показано, что комплексный подход, включающий химиотерапию, лучевую терапию и хирургическое лечение, позволяет улучшить результаты лечения пациентов с распространенными формами рака желудка [2]. Основой для определения оптимальной тактики лечения у пациентов с впервые выявленным раком желудка является точное стадирование заболевания.

Диагностическая лапароскопия помогает более точно определять стадию заболевания, позволяя выявить мелкие метастазы в печени и по брюшине, невидимые для методов лучевой диагностики [4-6]. Кроме того, выполняемые при диагностической лапароскопии смывы с брюшины и их последующее цитологическое исследование позволяют выявить опухолевые клетки у значительной части пациентов с местно-распространёнными формами рака желудка [7]. Проведение гастрэктомии пациентам с опухолевыми клетками в смывах не позволяет улучшить отдаленную выживаемость, которая не превышает выживаемости пациентов с метастатическим раком желудка [7].

Выявление раковых клеток в перитонеальных смывах при раке желудка согласно седьмому изданию классификации TNM (UICC/AJCC) расценивается как стадия M1. У некоторых пациентов с раком желудка даже при отсутствии макроскопически определяемых перитонеальных метастазов выявляются раковые клетки в перитонеальных смывах (cyt+). Показатели выживаемости таких пациентов остаются низкими.

Цель исследования: в настоящей статье приводятся результаты проведения диагностической лапароскопии с перитонеальными смывами у пациентов с местно-распространенным раком желудка, полученные за период 2016-2018г.г. в городском онкологическом центре г. Шымкент.

Материал и методы: нами проанализированы результаты применения диагностической лапароскопии с перитонеальными смывами в рамках комплексного протокола обследования и

лечения у 86 больных раком желудка. В исследуемую группу вошли 86 пациента с раком желудка, которым выполнялась диагностическая лапароскопия. Всего мужчин было 56 (65,1%) женщин 30 (34,9%). Возрастной диапазон - от 25 до 72 лет.

По данным предоперационного обследования (ФЭГДС с биопсией, КТ грудной клетки и брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием) больные распределились следующим образом - со II стадией заболевания было 23 (26,7%) пациентов. Самую большую группу пациентов составили больные с III стадией заболевания - 48 (55,8%), IV стадия заболевания установлена у 15 (17,5%) больных.

Гистологически аденокарцинома желудка различной степени дифференцировки была диагностирована у 69 (80,2%) пациентов, у 17 (19,8%) больных обнаружен перстневидноклеточный рак. Операцию проводили в положении пациента на спине под комбинированной общей анестезией. Доступ в брюшную полость осуществляли над пупком иглой Вереша или по Хассону, после чего под контролем лапароскопа дополнительно устанавливали один или два 5-мм троакара в мезогастральной области для манипуляторов и отсоса. Визуально осматривали зону опухоли, печень, левое и правое поддиафрагмальное пространство, латеральные каналы, малый таз, петли тонкой и толстой кишки.

При преимущественной локализации опухоли по задней стенке желудка вскрывали сальниковую сумку для ее осмотра. Далее в брюшную полость, преимущественно в проекции опухоли, вводили 200 мл стерильного физиологического раствора. Жидкость аспирировали и целиком направляли для цитологического исследования. После десуффляции ушивали проколы брюшной стенки. Дренаж не устанавливался. На следующее после операции утро пациента при удовлетворительном общем самочувствии и отсутствии изменений в общем анализе крови отпускали домой. После центрифугирования всего объема аспирата проводили окраску осадка по Романовскому-Гимзе. Для определения злокачественности применяли стандартные цитологические критерии злокачественности. По получении заключения цитолога проводился онкологический консилиум в составе МДГ (мультидисциплинарной группы специалистов - хирурга, химиотерапевта, радиолога, рентгенолога и общих онкологов) с целью определения тактики лечения. Результаты и их обсуждение.

В исследуемой группе больных летальных исходов и хирургических осложнений не было отмечено. Макрокарциноматоз был выявлен у 7 пациентов из 86. Наличие явного карциноматоза было подтверждено у каждого из 5 пациентов с клиническим подозрением на поражение брюшины, а также дополнительно у 2 больных. У 6 из этих 7 пациентов были выявлены клетки рака в перитонеальных смывах. Среди остальных 79 больных перитонеальные смывы были положительны у 17 пациентов (21,5%). Таким образом, у 24 пациентов из 86 (28%) проведение диагностической лапароскопии с перитонеальными смывами позволило установить наличие метастатической болезни (M1), не распознанной при КТ-исследовании.

При отсутствии явного или скрытого перитонеального карциноматоза оперативное лечение предлагали пациентам с ранней стадией болезни (T1b-T2N0M0) либо пожилым пациентам, не способным перенести комплексную химиотерапию. Во всех остальных случаях предпочтение отдавали проведению на предоперационном этапе 3 циклов полихимиотерапии. При наличии положительных перитонеальных смывов в отсутствие макрокарциноматоза проводили паллиативную химиотерапию.

Метастатическое поражение у больных раком желудка определяет наихудший прогноз для жизни пациента вне зависимости от удаления первичной опухоли [6]. Показано, что точность лучевых методов диагностики: мультиспиральной компьютерной томографии, магнитно-резонансной и позитронно-эмиссионной томографии – в выявлении перитонеального карциноматоза и метастазов в печень при раке желудка не превышает 80–90% [7].

По данным Karanicolas P.J. и соавт. [8], изучивших результаты лечения хирургического лечения у 11759 больных раком желудка, применение диагностической лапароскопии в рамках стадирования позволило у 29,8% пациентов, перенесших лапароскопию, избежать пробной лапаротомии. При этом показатель госпитальной летальности у этих пациентов снизился в два раза, 13 5 (45) 2015 а продолжительность госпитализации – в 5 раз по сравнению с больными, перенесшими напрасную лапаротомию.

Кроме того, у целого ряда пациентов при отсутствии видимых отдаленных метастазов цитологическое исследование асцитической жидкости или смыва с брюшины позволяет выявить клетки опухоли. Так, Mezhr J.J. и соавт. [9] при анализе результатов лечения 1241 пациента выявили опухолевые клетки в перитонеальных смывах у 291 больного (23%), в том числе у 93 пациентов они были единственным признаком отдаленного метастазирования (7,2%).

В целом ряде крупных исследований показано, что подобная ситуация, описываемая современной классификацией TNM 7 редакции как cM1 (cyr+), или «скрытый карциноматоз» является

неблагоприятной с точки зрения продолжительности жизни. Более того, проведение гастрэктомии в подобной ситуации не приводит к увеличению продолжительности жизни в сравнении с результатами паллиативной химиотерапии [12]. Некоторые авторы показали, что положительные смывы с брюшины является единственным независимым фактором риска развития перитонеального рецидива и низкой выживаемости у пациентов после радикальной резекции желудка [13].

Наши данные показывают, что проведение попытки радикального хирургического лечения может быть напрасным с точки зрения улучшения отдаленных результатов у 28% пациентов с местно-распространенным раком желудка. Такую высокую распространенность скрытогочарциноматоза в нашей группе пациентов мы связываем как с поздней обращаемостью пациентов.

Выводы. Таким образом, выполнение диагностической лапароскопии с перитонеальными смывами у больных с местно-распространенным раком желудка позволило выявить явный или скрытый карциноматоз у 28% пациентов. Считаем данную методику обязательным компонентом диагностического алгоритма в данной группе больных.

Литература

1. Лядов В. К., Ильина О. В. Роль диагностической лапароскопии и перитонеальных смывов в стадировании рака желудка// [Московский хирургический журнал](#)/№5 (45), 2015.,С. 11-13.
2. Torre L., Bray F., Siegel R., Ferlay J., Lortet-Tieulent J., Jemal A. Global Cancer Statistics 2012.// *CA Cancer J. Clin.* 2015. V. 65. P. 87–108.
3. Proserpio I. et al. Multimodal treatment of gastric cancer//*World J. Gastrointest. Surg.* 2014. Apr.27.V.6(4).P.55-8.
4. Weickert U., Jakobs R., Riemann J.F. Diagnostic laparoscopy. // *Endoscopy.* 2005. V. 37(1). P. 33-7.
5. Blackshaw G.R., Barry J.D., Edwards P., Allison M.C., Thomas G.V., Lewis W.G. Laparoscopy significantly improves the perceived preoperative stage of gastric cancer. // *Gastric Cancer.* 2003. V. 6(4). P. 225.
6. Guidelines for Diagnostic Laparoscopy. Practice/Clinical Guidelines published 11, 2007, by the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons.
7. James P. De Andrade, James J. Mezhir. The Critical Role of Peritoneal Cytology in the Staging of Gastric Cancer: An EvidenceBased Review. // *Journal of Surgical Oncology* 2014. V. 110. P. 291–297.
8. Karanicolas P.J. et al. Staging laparoscopy in the management of gastric cancer: a population-based analysis. // *J. Am. Coll. Surg.* 2011. V. 213(5). P. 644-651.
9. Mezhir J.J., Shah M.A., Jacks L.M., et al.: Positive peritoneal cytology in patients with gastric cancer: Natural history and outcome of 291 patients. // *Indian J. Surg. Oncol.* 2011. V. 2. P.16-23.
10. Tokunaga M., Terashima M., Tanizawa Y., Bando E., Kawamura T., Yasui H., Boku N. Survival benefit of palliative gastrectomy in gastric cancer patients with peritoneal metastasis. // *World J. Surg.* 2012. V. 36(11). P. 2637-43.

Түйін

Тұрсынбаев С.Б., Арыбжанов Д.Т., Сексенбаев Д.С.

Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Қалалық онкологиялық орталық, Шымкент

АСҚАЗАН ҚАТЕРЛІ ІСІГІН ЗЕРТТЕУІНДЕ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЛАПАРОСОПИЯНЫҢ МӘНІ

Мақалада асқазан қатірлі ісігі бар 86 науқаста диагностикалық лапароскопияның нәтижелері талданды. Барлық науқастарда лапароскопия кезінде іш қуысына перитонеальді жуғыштар алынып, перитонеальді жуғыштардың цитологиялық талдауы жүргізілді. Зерттеудің нәтижелері 28% (24) науқаста іш қуыс қабатында микрометастаза болғанын көрсетті. Осы жағдай TNM классификациясы критерийлері бойынша бұл науқастарда асқазан ісігінің сатысы M1 кезеңі ретінде анықталды. Бұл науқастар радикалды операциядан өтпеді. Барлық пациенттер паллиативтік химиотерапияға жіберілді.

Кілт сөздер: асқазан қатірлі ісігі, лапароскопия, перитонеальді жуу, кезеңдеу.

Summary

Tursynbaev S.B., Arybzhonov D.T., Seksenbaev D.S.

South Kazakhstan Medical Academy, City Cancer Center, Shymkent

IMPORTANCE OF DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY IN THE STUDY OF THE GASTRIC CANCER

The article analyzes the results of diagnostic laparoscopy in 86 patients with gastric cancer. In all patients during laparoscopy, peritoneal washes were taken from the peritoneum and cytological analysis of peritoneal washes was performed. The results of the staging showed the presence of micrometastases in 28% (24) patients who were studied by the criterion of TNM classification as M1. These patients did not undergo surgery. All patients were referred for palliative chemotherapy.

Key words: gastric cancer, laparoscopy, peritoneal washings, staging.

МРНТИ 76.29.49

УДК 616.831-006.6-073.756.8

Н.З. Шапамбаев, Сауирбаева Г.Б.

Южно-Казахстанская медицинская академия.г. Шымкент, Республика Казахстан

ӘРТҮРЛІ ІСІК АУРУЛАРЫНЫҢ МЕТАСТАЗЫ БАС МИЫНЫҢ НЕГІЗГІ АУРУЫНЫҢ БЕЛГІСІ РЕТІНДЕ

Түйін

Өкпенің қатерлі ісігінде мидың метастатикалық зақымдану жиілігін және сипатын аурудың басқа клиникалық белгілерімен (орналасуы, формасы, гистологиялық түрі, ісік процесінің сатысы мен дифференциалды диагностикасы, дененің басқа бөліктеріне метастаздары) байланыстыра отырып анықтау, бас миы метастазы ықтималдылығының болжау критерийлерін көрсету, ісікке қарсы терапияның жанама әсерлерін зерттеу және науқастардың өмір сүруіне әсерін бағалау.

Кілт сөздер: қатерлі ісік, өкпе, бас миы, метастаз, рентгенография, МРТ.

Кіріспе. Қатерлі ісік ауруларының ішінде өкпе қатерлі ісігі, бірінші орынды алады, салдарынан кейбір өңірлерде жылдық өлім көрсеткіші орташа алғанда 10% -ға артып отыр [5, 9]. Бас миы метастаздары өкпе қатерлі ісігі кезінде метастатикалық процестің ең жиі локализациясына жатады және олардың өмір сүруін анықтай отырып науқастардың 13-60% -ында кездеседі [2,10]. Өз кезегінде, өкпе қатерлі ісігі барлық қатерлі ісіктердің ішінде бас миына метастаздану процесі бойынша көш бастап тұр [1, 3], осыған байланысты тіпті өкпенің қатерлі ісігінің бас милық түрін (формасын) де ажыратады [4,6].

Сонымен қатар бас миы метастазының дуралды, лептоменингеалдық, тамырішілік және миллиарлы локализациясы қарастырылып жатыр [7,8]. Қазіргі уақытта айтылғандарды ескере отырып, өкпе қатерлі ісігімен ауыратын науқастар кейде бас миының ісік метастазасын алдын алу үшін бастың сәулелі терапиясын қабылдайды [11,12].

Мақсаты: өкпе қатерлі ісігі кезінде бас миы метастаздық зақымдану жиілігін және сипатын аурудың басқа клиникалық белгілерімен (орналасуы, формасы, гистологиялық түрі, ісік процесінің сатысы мен дифференциалды диагностикасы, дененің басқа бөліктеріне метастаздары) байланыстыра отырып анықтау, бас миы метастазы ықтималдылығының болжау критерийлерін көрсету, ісікке қарсы терапияның жанама әсерлерін зерттеу және науқастардың өмір сүруіне әсерін бағалау.

Материалдар мен әдістер: 25 жастан 80 жасқа дейінгі 74 өкпенің қатерлі ісігі бар науқас бақылауда болды. Бақылауда болған науқастардың ешқайсысына негізгі ауруы бойынша ота жасалмаған, диагнозы расталған соң барлық науқастар сәулелік терапия, ал олардың 3/4 аралас радиохимиятерапия алған.

Нәтижелер және талқылау. Бас миы метастазы өкпенің қатерлі ісігі бар науқастардың 9% -ында (жиі әйелдерде 2,1 есе) кездеседі. Оған перифериялық пішінді, гистологиялық түрі (жалпақ және макроциткалы карцинома) және ісік процесінің интегралдық маңыздылығы, экссудативтік канкрозды плевритінің болуы, ісіктің кеуде артына өсуі мен 2-ші типті қант диабетінің бар болуы әсер етеді.

Өкпе қатерлі ісігі кезінде бас миы метастазының ауырлық дәрежесі бұғанауісті, шап және ішперде лимфа түйіндері, перикард, бүйрекүсті безі, құрсақ қабырғасының, бауыр, ұйқы безі метастаздарына тікелей байланысты. Өкпе қатерлі ісігі бар науқастарда бас миы метастазының болжамды критерийлері – қандағы $\beta 1$ өсу коэффициентінің, тамырлы эндотелиальды өсу факторы және остеопонтиннің қандағы параметрлерінің жоғарылауы болып табылады.

Радиохимиятерапия асқынуларының 5,8% жағдайында артериялық гипертониямен және қант диабетімен, өкпе қатерлі ісігімен, лимфа түйіндеріндегі метастаздардың саны (бірақ бас миға емес) және кешенді емдеуде антиоксидантты алкилрлеуші заттармен тығыз байланыста болатын науқастарда ауырлық дәрежесі әртүрлі бас ми қан айналымының жедел бұзылулары байқалады.

Қорытындылар. Өкпе қатерлі ісігінің бас милық түрі деп аталатын формасы бас миы метастазы бар науқастармен салыстырғанда аурудың ауырлық дәрежесімен ерекшеленеді, және медикаментозды химиотерапияны қажет етеді, науқастардың өмір сүру ұзақтығын анықтайды.

Диагнозды неврологиялық тексеруден басқа, рентгенологиялық, электрофизиологиялық, ультрадыбыстық әдістер мен цереброспинальды сұйықтық пункциясын қолдану арқылы, дегенмен, диагнозды дәлірек тексеру МРТ немесе КТ зерттеулері бойынша, ісіктің гистологиялық анализі бойынша жүзеге асырылады. Бас миы ісіктеріне байланысты хирургиялық емдеу тиімдірек болады. Қосымша немесе паллиативтік емдеу ретінде химиотерапия мен сәулелік терапияны

қолдануға болады. Бас ми ісігі дамуының болжамы көбінесе оның қатерлігіне, мөлшері, өсу сипаты, таралуы, орналасуы және диагноз қойылған клиникалық кезеңге байланысты болады. Табиғатына байланысты, кез-келген ісік ерте ме, кеш пациенттің ауыр және өмірлік қауіпті жағдайына әкеледі. Созылмалы ісіктер біртіндеп онкүндіктен субклиникалық түрде өседі. Қатерлі ісіктер жиі 1-2 жылдан кейін тез қайталануына және өлімге әкеледі.

Бас миы метастазы өкпенің қатерлі ісігі бар науқастардың 9% -ында (жиі әйелдерде 2,1 есе) кездеседі. Оған перифериялық пішінді, гистологиялық түрі (жалпақ және макроциткалы карцинома) және ісік процесінің интегралдық маңыздылығы, экссудативтік канкрозды плевритінің болуы, ісіктің кеуде артына өсуі мен 2-ші типті қант диабетінің бар болуы әсер етеді.

Өкпе қатерлі ісігі кезінде бас миы метастазының ауырлық дәрежесі бұғанауісі, шап және ішперде лимфа түйіндері, перикард, бүйрекүсі безі, құрсақ қабырғасының, бауыр, ұйқы безі метастаздарына тікелей байланысты.

Өкпе қатерлі ісігі бар науқастарда бас миы метастазының болжамды критерийлері – қандағы $\beta 1$ өсу коэффициентінің, тамырлы эндотелиальды өсу факторы және остеопонтиннің қандағы параметрлерінің (TGF- $\beta 1$, VEGF и OP) жоғарылауы болып табылады.

Радиохимиятерапия асқинуларының 5,8% жағдайында артериялық гипертониямен және қант диабетімен, өкпе қатерлі ісігімен, лимфа түйіндеріндегі метастаздардың саны (бірақ бас миға емес) және кешенді емдеуде антиоксидантты алкилирлеуші заттармен тығыз байланыста болатын науқастарда ауырлық дәрежесі әртүрлі бас ми қан айналымының жедел бұзылулары байқалады.

Бас миы метастазы бар науқастардың өмір сүру ұзақтығы, өкпе қатерлі ісігі бар науқастармен салыстырғанда аз, және 4 жылдан аспайды.

Әдебиеттер

1. Зайцев А.М., Куржупов М.И., Пикин О.В., Картовещенко А.С. Одномоментное хирургическое вмешательство при раке легкого с метастатическим поражением головного мозга // Онкология. — 2013.-№ 5.-С. 49-52.
2. Евтушенко С.К. Паранеопластические неврологические синдромы: клиника, диагностика и возможности лечения // Международный неврологический журнал.-2011.-№ 8.-С. 5-15.
3. Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Попович А.Ю. Онкология.-К.: Медицина, 2015.-576 с.
4. Ceniceros L., Aristu J., Castano E. Stereotactic body radiotherapy (SBRT) for the treatment of inoperable stage I non-small cell lung cancer patients // Clin. Transl. Oncol.-2015.-№ 55(8).-P.213-9.
5. Chen K.H., Wang K.J., Adrian A.M. Diagnosis of brain metastases from lung cancer using a modified electromagnetism like mechanism algorithm // J. Med. Syst.-2016.-№ 40(1).- P. 35-40.
6. D'Antonio C., Passaro A., Gori B. Bone and brain metastasis in lung cancer: recent advances in therapeutic strategies // Ther. Adv. Med. Oncol.-2014.-№ 6(3).-P. 101-14.
7. Hong N., Joo J.H., Shin S.H. The efficacy of postoperative chemotherapy for patients with metastatic brain tumors from non-small cell lung cancer//Brain Tumor Res.Treat.- 2015.- № 3(2).-P. 108-14.
8. Kukulj S., Popovic F., Budimir B. Smoking behaviors and lung cancer epidemiology: a cohort study // Psychiatr. Danub.-2014.-№ 26(3).-P. 485-9.
9. Qu H.M., Bai Y.N., Cheng N. Trend analysis of cancer mortality in the jinchang cohort, China, 2001–2010 // Biomed. Environ. Sci.-2015.-28(5).-P. 364-9.
10. Rong J., Chunhua M., Yuan L. Clinical interrogation and application of super-selective intracranial artery infusion chemotherapy for lung cancer patients with brain metastases // Indian J. Cancer.-2015.-52(Suppl).-P. 22-5.
11. Takei H., Rouah E., Ishida Y. Brain metastasis: clinical characteristics, pathological findings and molecular subtyping for therapeutic implications // Brain Tumor. Pathol.-2015.-№ 3(10).-P. 140-5.
12. Waqar S.N., Waqar S.H., Trinkaus K. Brain metastases at presentation in patients with non-small cell lung cancer // Am. J. Clin. Oncol.-2015.-№ 33(10).-P. 167-75.

Резюме

Н.З. Шапамбаев, Сауирбаева Г.Б.

Южно-Казахстанская медицинская академия.г. Шымкент, Республика Казахстан.

МЕТАСТАЗЫ РАКА В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ, КАК ПЕРВИЧНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Определить частоту и характер метастатического поражения головного мозга при раке легкого (РЛ), связь с другими клиническими признаками заболевания (локализация, форма, гистологический вариант, степень дифференциации и стадийность опухолевого процесса,

метастазирование в другие участки тела), выделить прогностические критерии возможных метастазов в головной мозг (МГМ), изучить побочные действия противоопухолевой терапии и оценить влияние МГМ на выживаемость больных.

Ключевые слова: рак, легкое, головной мозг, метастаз, опухоль, рентгенография, МРТ.

Summary

Shapambayev N.Z., Sairbaeva G.B.

South-Kazakhstan medical academy, Republic of Kazakhstan, Shymkent city.

BRAIN METASTASIS AS A PRIMARY MANIFESTATION OF UNDERLYING DISEASE

The purpose of our work was to determine the incidence and nature of metastatic brain lesions in lung cancer (LC), correlation with other clinical signs of the disease (localization, shape, histology, degree of differentiation and staging of tumor, metastasis to other parts of the body), to identify the prognostic criteria of possible brain metastases (BM), to study the side effects of anticancer therapy and to evaluate the impact of BM on survival of the patients.

Keywords: cancer, lung, brain, metastases, tumors, X-ray, MRI.

- Ақпарат

**ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫ
КЕЛЕС АУДАНДЫҚ «АБАЙ» АУРУХАНАСЫ ШЖҚ МКК «ИНСУЛЬТ ОРТАЛЫҒЫ»**



«Қазақстан Республикасында Неврологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарттарын бекіту туралы» ҚР ДСӘДМ 2015 жылғы 19 қазандағы №809 бұйрығын негізінде, ТО ДСБ – ның 16.08.2017 жылғы №637 н/қ, Келес аудандық «Абай» ауруханасының 16.08.2017ж. №143 н/к бұйрығына сәйкес Келес аудандық «Абай» ауруханасынан 30 төсек орындық инсульт орталығы ашылды.



Қазіргі таңда орталықты дәрігер невропатолог Ештаев Нұрдәулет Сейдахрамович басқарып келеді. Нұрдәулет Сейдахрамович 2006 жылы Алматы қаласы, С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина университетінің «Емдеу ісі» факультетіне түседі. 2013 жылы оқу орнын “Терапевт” мамандығымен бітіріп шығады. Келес аудандық «Абай» ауруханасына 2015 жылы қыркүйек айында жұмысқа терапия бөліміне невропатолог дәрігері болып кіреді. ТО ДСБ – ның 16.08.2017 жылғы №637 н/қ, Келес аудандық «Абай» ауруханасының 16.08.2017ж. №143 н/к

бұйрығына сәйкес Келес аудандық «Абай» ауруханасынан 30 төсек орындық инсульт орталығының ашылуына байланысты орталыққа меңгеруші етіп тағайындалды. Осы уақытқа дейін жедел ми қан айналым бұзылысы өте күрделі сырқат екені және соңы жиі өлімге алып келетіні белгілі еді.

Қазіргі таңда бұл сырқат Денсаулық сақтау министірлігінің жоғарыдағы көрсетілген №809 бұйрығына сәйкес, 250 халыққа 30 орындық төсек орындық инсульт орталықтары ашылуда, алғашқылардың бірі болып ауданаралық ТО ДСБ – ның 16.08.2017 жылғы №637 н/к, Келес аудандық «Абай» ауруханасының 16.08.2017ж. №143 н/к бұйрығына сәйкес Келес аудандық «Абай» ауруханасынан 30 төсек орындық инсульт орталығы ашылды.

Орталық қазіргі таңда жоғары деңгейдегі медициналық құрал, жабдықтармен қамтамасыз етілген. Бұл орталықтың маңыздылығы алғашқы рет инсульт алған немесе қайталамы инсульт алған сырқаттарға жоғары деңгейде медициналық көмек көрсету.

Науқастарға көмек ол, жедел диагноз қою, сырқаттың өзі ми ішілік қан құйылу, ми қан тамырларының бітелуі (тромбоз) болып бөлінеді. Науқастарға бекітілген стандарт бойынша 40 минут аралығында операциялық ем немесе селективті тромболизис мәселесін шешу болып табылады. Бұл бөлім ашылғалы бері науқастарда өлім деңгейі азайды және инсульттан кейінгі асқынулары біршама қысқарды яғни науқас өз-өзіне қызмет көрсете алады, бұның барлығы мультидисциплинарлық бригаданың арқасында, олар лфк инструктор, логопед, массаж, реабилитолог, физиотерапевт мамандары.

Орталықта геморрагиялық инсульт алған науқастарға Облыстық нейрохирург мамандарымен бірге бас сүйегіне декомпрессиялық ем арқылы құйылған қанды дренаж арқылы алынууда, осы таңға дейін 40 қа жуық ота жасалынды, науқастардың жағдайы жақсарымен, күрделі салданусыз шығарылды. Сырқат басталғаннан бері 4,5 сағатқа дейінгі жеткізілген науқастарға селективті тромболизис кең көледе қолданудамыз, асқынулары болған жоқ, орталығымызда 30 ға жуық жасалынды.

Орталық ашылғалы бері, Біз тұрғындар арасында сырқат жәйлі, қалай басталады, қандай симптомдары болатынын баяндамалар, видео арқылы жеткізудеміз, тұрғындармен түсіндіру жұмыстары жүргізілуде, FAST тест баяндалды.

Кесте - Орталықта төменде көрсетілген мамандар жұмыс істеуде.

Инсульт орталығы	30 төсек орны, 6 ПИТ палата
Бөлім меңгерушісі	1
Невропатолог дәрігері	4
Кардиолог дәрігері	1
Физиотерапевт	1
Логопед	1
ЛФК	4
УЗИ дәрігері	1
Аға мейірбике	1
Орта буынды мейірбике	22
Кіші буынды қызметкер	10
Массаж	3
КТ Siemens somatom Emation 6 срезовой.	1
Samsung R7 от 2017 г. УЗДГ	1
BIONET BM5 2017г.	2
Дене шынықтыру залы	1
4 секционды кровать	24



СО Д Е Р Ж А Н И Е

Приветственное слово ректора Южно-Казахстанской медицинской академии, доктора медицинских наук, профессора Рысбекова Мырзабека Мырзахевича участникам международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы инсультаологии, перспективы развития» 18-19 марта 2019 года, город Шымкент, Республика Казахстан	3
Табиев И.И. АЛГОРИТМ НЕРОБОТИЗИРОВАННОЙ ПАССИВНО-АКТИВИЗИРУЮЩЕЙ ВЕРТИКАЛИЗАЦИИ БОЛЬНОГО В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНСУЛЬТА	5
Дёмин Т.В., Нефедьева Д.Л., Хасигов Р.М., Табиев И.И., Сагтаров Р.Р. КРАТКИЕ ИТОГИ РАБОТЫ ИНСУЛЬТНОЙ ПРОГРАММЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН: ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ	15
Приступок Л. ИНИЦИАТИВА ANGELS - ПРОЕКТ УЛУЧШЕНИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ ИНСУЛЬТОМ	23
Кунакбаев Б.А., Махамбетов Е.Т., Калиев А.Б., Медетов Е.Ж., Кульмирзаев М.А., Дюсембаев С.Р., Нуриманов Ч.С. ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ СТЕНОАККЛОЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	25
Нуриманов Ч.С., Махамбетов Е.Т., Калиев А.Б., Медетов Е.Ж., Кульмирзаев М.А., Дюсембаев С.Р., Кунакбаев Б.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРОМБОЭКСТРАКЦИИ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	28
Сейданова А.Б. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ АКТИВИЗИРУЮЩЕГО УХОДА В ПЕРИОД ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА	31
Мустафаев Е.А., Гутаева А.А. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА ПРИ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ИНСУЛЬТНОГО ЦЕНТРА	36
Жайназарова Г.К., Аршибекова А.А., Кыдыров А.Т., Батырбаева Ж.М., Утепов Д.П., Борыкбаев Н.Б. СОСТОЯНИЕ ИНСУЛЬТНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	39
Навесова В.Ш., Жаркинбекова Н.А., Аршибекова А.А., Н.Б.Борыкбаев ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА В ТОМ ЧИСЛЕ У БЕРЕМЕННЫХ И ЖЕНЩИН В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ: ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОКБ, Г. ШЫМКЕНТ	42
Карабаев Н.А., Жиренбаев Ж.О., Борыкбаев Н.Б. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ ПРЕХОДЯЩЕМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	45
Борыкбаев Н.Б., Бахтияров А.К., Жаркинбекова Н.А., Аршибекова А.А., Тагайбекулы К., Карабаев Н.А., Джандарбеков А.П., Мусабек М.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ КРОВОИЗЛИЯНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	47
Джабраилова З. НЕЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЕРИФИЦИРОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ (обзор литературы)	53
Жаркинбекова Н.А., Мустапаева Г.А., Туксанбаева Г.У., Сейдинова Ж. АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ИНСУЛЬТЕ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	56
С.К. Еркебаева, Д.Б. Оразалиева, Н.Б. Борыкбаев, А.А. Халыкбаева ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	60
Оразалиева Д.Б., Сабырханова С.К., Борыкбаев Н.Б., Мұратбайқызы А., Нургисаева А.А. ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ ДЕПРЕССИЯНЫ САРАЛАП ЕМДЕУ	65

Сайтмуратова С.Ш., Сабырханова С.К. Мусаева С.К. ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ КҮТІМ	68
К Л И Н И Ч Е С К А Я М Е Д И Ц И Н А	
Кульчиев А.А., Морозов А.А., Перисаева Э.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО КАНАЛА	71
Турсынбаев С.Б., Арыбжанов Д.Т., Панаев М.С. ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА	81
Турсынбаев С.Б., Арыбжанов Д.Т., Сексенбаев Д.С. ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В СТАДИРОВАНИИ РАКА ЖЕЛУДКА	84
Шапамбаев Н.З., Сауирбаева Г.Б. ӘРТҮРЛІ ІСІК АУРУЛАРЫНЫҢ МЕТАСТАЗЫ БАС МИЫНЫҢ НЕГІЗГІ АУРУЫНЫҢ БЕЛГІСІ РЕТІНДЕ	87
Ақпарат Түркістан облысы денсаулық сақтау басқармасы Келес аудандық «Абай» ауруханасы ШЖҚ МКК «Инсульт орталығы»	90