

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Мамадалиев А.Б., Кариев Г.М., Исаков К.Б., Абдулазизов О.Н.

Андижанский государственный медицинский институт, Республиканский специализированный научно-практический центр нейрохирургии, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ключевые слова: геморрагический инсульт, возраст, течение, нетравматическое внутримозговое кровоизлияние.

CLINICAL COURSE OF NON-TRAUMATIC INTRACEREBRAL HEMORRHAGE IN THE AGE ASPECTS

Mamadaliev A.B., Kariyev G.M., Isakov K.B., Abdulazizov O.N.

Key words: hemorrhagic stroke, age, course, non-traumatic intracerebral hemorrhage.

The study of the course of non-traumatic intracerebral hematomas, including in the age aspect, is one of the significant areas of modern stroke, since it allows to choose the optimal treatment tactics for each group of patients. We have studied and presented in this article the clinical manifestations and features of the course of hemorrhagic stroke in 98 patients, divided into age groups - young, middle, elderly and senile. The study revealed some differences in the course of pathology in patients of different ages.

GEMORRAGIK INSULTNI YOSH JIHATIDAN KLINIK KECISHI

Mamadaliev A.B., Kariyev G.M., Isakov K.B., Abdulazizov O.N.

Kalit so'zlar: gemorragik insult, yosh, kechishi, no'travmatik miya ichi qon quyilishi.

Notravmatik miya ichi gematomalar kechishini, shu jumladan yosh jihatidan, o'rganish zamonaviy insultologiyani muhim yo'nalishlaridan biridir, chunki bu bemorlarning har bir guruhi uchun optimal davolash taktikasini tanlashga imkon beradi. Biz ushbu maqolada yosh, o'rta, keksa va keksa yosh guruhlariga bo'lingan 98 bemorda gemorragik insultni klinik ko'rinishlari va xususiyatlarini o'rganib chiqdik. Tadqiqotda turli yoshdagi bemorlarda patologiya kechishida ba'zi farqlar aniqlandi.

Нетравматические внутримозговые кровоизлияния являются важной социальной и экономической проблемой [3], так сумма экономических затрат в России составляет от 16,5 до 22 млрд. рублей, а в США - 7,5 — 11 млрд. долларов. В Финляндии 6,1% всех затрат на здравоохранение и медико-социальную помощь приходится на данный контингент [2]. Если учитывать связь между основными причинами развития сосудистых заболеваний (атеросклероз, артериальная гипертензия, патология сердца) и возрастом, становится очевидным, что такая тенденция как увеличение среди населения лиц пожилого и старческого возраста сопровождается ростом числа таких пациентов и, соответственно, увеличением затрат на здравоохранение [7,8].

Цель исследования.

Изучить клиническое течение геморрагического инсульта в возрастном аспекте.

Материал и методы исследования.

Исследование включало данные о результатах лечения 98 пациентов с НВМК, поступивших в отделения нейрохирургии, неврологии и нейрореанимации Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период 2016-2019 гг. Возраст больных варьировал от 18 до 85 лет. Средний возраст составил 57,1 лет. Среди исследуемых больных 68 составили мужчины, 30 — женщины. Следует отметить, что в половом аспекте достоверных различий в течении и исходе заболевания не выявлено и на выбор тактики лечения это не влияло.

Всем пациентам проводилось общее клиническое и неврологическое обследование [5]. В комплекс обязательного обследования при поступлении включали МСКТ головного мозга, ЭКГ, рентгенологическое обследование органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, расширенная коагулограмма, консультация терапевта, кардиолога, офтальмолога, нейрохирурга. Это позволяло исключить или выявить отягчающие основное заболевание соматические патологии у пациентов (ишемия миокарда, пневмония, нарушения свертывающей системы крови, сахарный диабет, острая почечная или печеночная недостаточность), что влияло на выбор дальнейшей тактики лечения и прогнозирование исхода течения заболевания. В дальнейшем велся мониторинг деятельности сердечно-сосудистой системы и регулярно исследовалась кровь на общий и биохимический состав, протромбиновый индекс и развернутую коагулограмму.

Для распределения пациентов в возрастном аспекте нами была использована адаптированная возрастная классификация ВОЗ (2017), представленная ниже в таблице.

Таблица №1.

Возрастная классификация ВОЗ (2017) (адаптирована под взрослое население)

Возрастная группа	Возраст
Молодой возраст	18-44 года
Средний возраст	45-59 лет
Пожилой возраст	60-74 года
Старческий возраст	75-89 года
Долгожители	90 лет и старше

При распределении больных согласно данной классификации нами получены следующие результаты:

Таблица №2.

Распределение больных по возрасту.

Возрастная группа	Количество больных	
	абс.	%
Молодой возраст	18	18,4
Средний возраст	32	32,7
Пожилой возраст	36	36,7
Старческий возраст	12	12,2
Долгожители	—	—
Всего	98	100%

Наибольший контингент больных, как и ожидалось, составили пациенты средней (32) и пожилой (36) возрастных групп. Пациентам молодой возрастной группы и больным других возрастных групп без гипертонического анамнеза было рекомендовано проведение церебральной ангиографии. Среди изучаемого контингента больных, лиц старше 90 лет не наблюдалось.

Результаты и их обсуждение.

У всех отобранных нами пациентов ОНМК наблюдалось впервые. Все больные были госпитализированы в течение 24 часов от начала заболевания. В возрастном аспекте нами

наблюдалась разница в частоте расположения кровоизлияния по отношению к внутренней капсуле.

Рисунок №1.

Распределение больных по локализации гематомы [4] в возрастном аспекте.

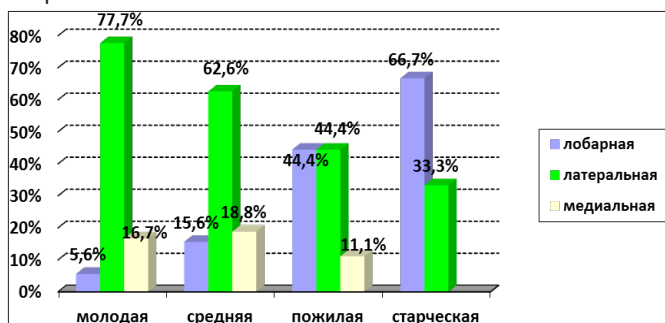
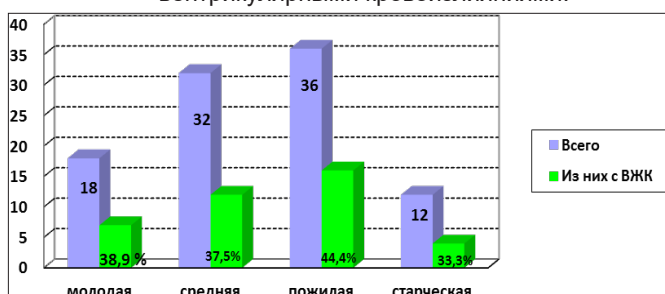


Рисунок №2.

Количество больных с паренхиматозно-вентрикулярными кровоизлияниями.

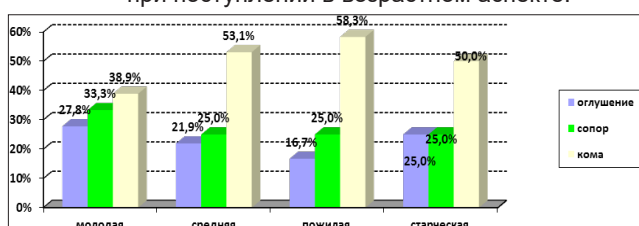


В различных группах наблюдается различная частота локализации гематомы – с возрастом наблюдается тенденция к латерализации кровоизлияния. Так, у пациентов молодой возрастной группы субкортикальные гематомы наблюдались нами у 5,6% больных, а у больных старческой группы в 66,7% случаях.

Нарушение сознания больных нами оценивалось по шкале комы Глазго. При поступлении в состоянии оглушения был 21 пациент (21,5%), сопора – 26 (26,5%), комы – 51 (52%).

Рисунок №3.

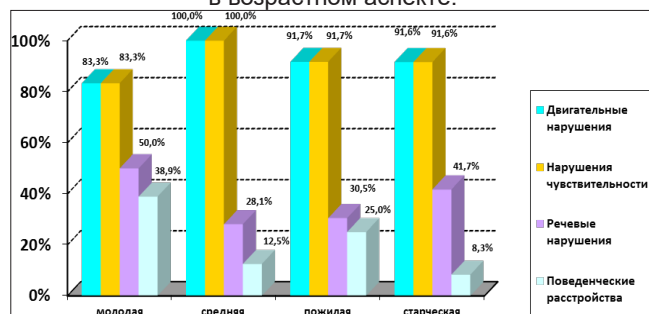
Распределение больных по степени нарушения сознания при поступлении в возрастном аспекте.



В группах наблюдения степень нарушения сознания варьировала. Так, в молодой возрастной группе угнетение сознания до комы наблюдалось нами лишь у 38,9% больных, а в остальных группах превышало половину всех наблюдаемых случаев (53,1%, 58,33%, 50%).

Рисунок №4.

Проявление очаговой симптоматики у пациентов в возрастном аспекте.



В спектре очаговой симптоматики и поведенческих расстройств, как видно из диаграммы, также прослеживается некая разница в возрастном аспекте. Так, у лиц молодого возраста менее выражена очаговая симптоматика, но чаще встречаются поведенческие нарушения.

Таким образом, в клиническом течении патологии в возрастном аспекте можно отследить некие закономерности. Выявляется зависимость угнетения сознания от возраста. При одинаковом размере и локализации с увеличением возраста нарастает степень нарушения сознания, что можно связать с компенсаторными способностями головного мозга, снижающимися с возрастом. При этом за счёт увеличения вентрикуло-краниального коэффициента, с возрастом снижается выраженность двигательных расстройств и нарушений чувствительной сферы.

Клиническое течение у пациентов молодой возрастной группы характеризовалось меньшим уровнем угнетения сознания в начальных стадиях геморрагического инсульта, но нарастанием его в дальнейшем при малой выраженности нарушений двигательной и чувствительной сферы. Тогда как у пациентов старческого возраста наблюдалось резкое угнетение сознания (относительно локализации и объёма гематомы) с сохранением его в динамике. А нарушения двигательной и чувствительной сферы, а также симптомы дислокации головного мозга проявлялись не столь резко и не имели тенденции к росту.

В оценке общего состояния и прогнозировании исхода лечебных мероприятий особую значимость приобретало наличие сопутствующейотягающей соматической патологии. Так у 9 (9,1%) пациентов выявлена коморбидность НВМК с сахарным диабетом, проявлявшимся в виде диабетической нейропатии, нефропатии, нарушениями свёртывающей системы крови, следовательно, гипертонии. Помимо усугубления клинического течения, следует также отметить, что у всех пациентов с сахарным диабетом, геморрагический инсульт проявлялся на фоне тромболитической терапии, т.е. был одной из причин возникновения НВМК.

Выводы.

1. В первые сутки клиническое течение заболевания у пациентов молодой возрастной группы характеризуется меньшей степенью угнетения сознания, с последующим резким нарастанием симптомов дислокации мозга, что необходимо учитывать при оценке общего состояния пациента и выборе тактики дальнейшего лечения.

2. Среди факторов отягчающих клиническое течение наиболее значимым является наличие вентрикулярного кровоизлияния. Данный тезис ярче всего проявляется у пациентов пожилой возрастной группы, где у пациентов даже при своевременном вентрикулярном дренировании, неблагоприятное течение заболевания напрямую было связано с наличием крови в желудочковой системе.

Литература:

1. Гузанова Е.В., Семенова Т.Н., Трубилова М.С., Калинина С.Я. Выживаемость пациентов с неоперированными нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями: прогностически значимые факторы. // Медицинский альманах. – Москва, 2017 - № 5 (50) – С.19-22
2. Дзяк Л.А., Зорин Н.А., Плющев И.Е. Выбор лечебной тактики у больных с гипертензивными внутримозговыми (полушарными) кровоизлияниями // Украинський нейрохірургічний журнал. - Киев, 2002 - №4 – С.76-82
3. Махкамов К.Э., Кузибаев Ж.М. Диагностика и лечение церебральных осложнений у больных с внутричерепными кровоизлияниями // Вестник экстренной медицины, 2014, №3, 17-18
4. Сковцова В.И., Крылов В.В. Геморрагический инсульт: практическое руководство. // ГЭОТАР-Медиа, 2005 – С.82

5. Хаджибаев А.М. Руководство по оказанию экстренной медицинской помощи (клинические протоколы). // "Узбекистан" – Ташкент, 2018 – С.203
6. Юлдашева М.М., Маджидова Ё.Н., Гафуров Б.Г., Назарова Ж.А., Доронина О.Б., Доронин Б.М. Особенности церебральной венозной гемодинамики при острых нарушениях мозгового кровообращения. // Практическая медицина. – Казань, 2019 – т.17, №7 – С.111-116
7. Якубов Ж.Б., Садыков Б.С. Прогнозирование результатов лечения внутримозговых кровоизлияний не-травматической этиологии. // Журнал теоретической и клинической медицины. – Ташкент, 2004 - №5 – С.38-39
8. Audebert H.J., Saver J.L., Starkman S., Lees K.R., Endres M. Prehospital stroke care. New prospects for treatment and clinical research. // Neurology. 2013 - №81(5) - P.501–508.
9. Lee S.H., Park K.J., Kang S.H., Jung Y.G., Park J.Y., Park D.H. Prognostic factors of clinical outcomes in patients with spontaneous thalamic hemorrhage. medical science monitor // International Medical Journal of Experimental and Clinical Research. 2015. № 21, 2638-2646.

УДК:612-24:7.53-112

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ СИСТЕМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Саттаров А.Р., Абдиев Ш.Э., Кобиллов А.О., Саидов С.С.

Национальный Центр Реабилитации и Протезирования лиц с инвалидностью.

Ключевые слова: неспецифический спондилит, декомпрессивно-стабилизирующие операции, ТПФ системы.

OUR EXPERIENCE SURGICAL TREATMENT OF NON-SPECIFIC SPONDYLITIS USING STABILIZING SYSTEM OF THE LUMBAR SPINE.

Sattarov A.R., Abdiev Sh.E., Kobilov A.O., Saidov S.S.

Key words: nonspecific spondylitis, decompression and stabilization operations, TPF system.

Self-supporting department in the period 2019-2020yy all patients underwent decompression and stabilizing operations using transpedicular titanium fixation systems. In our practice, we mainly come up to hemolytic staphylococcal infection. Decompression and stabilization surgeries gave patients the opportunity for early activation and shortened the stay in hospital.

БЕЛ УМУРТҚАСИ НОСПЕЦИФИК СПОНДИЛИТЛАРИ ЖАРРОХЛИК ДАВОСИДА МУСТАХКАМЛОВЧИ МОСЛАМАЛАРНИ ҚЎЛЛАШДА БИЗНИНГ ТАЖРИБА.

Саттаров А.Р., Абдиев Ш.Э., Кобиллов А.О., Саидов С.С.

Калит сўзлар: носпецифический спондилит, декомпрессивно-мустахкамловчи жаррохлик, ТПФ системалар.

Клиник тахлилимизми марказимизда "Пуллик хизмат булимида" 2019-2020йй давомида носпецифический спондилитининг жаррохлик амалиёти билан даволанган беморлар ташкил қилди. Барча беморларга титанли транспедикуляр фиксацияловчи мосламалар декомпрессивно-мустахкамловчи амалиётлар бажарилди. Бизнинг амалиётимизда гематоген стафилококкли инфекциялар куп учради. Декомпрессивно-мустахкамловчи жаррохлик беморларга эрта ҳаракатланиш ва даволаниш кунини қисқартирди.

Воспалительные заболевания позвоночника (спондилиты), могут возникать после любого общего инфекционного заболевания. Спондилиты бывают первичными и вторичными, могут протекать остро и хронически. В клинической картине спондилитов существуют значительные различия, обусловленные локализацией воспалительного процесса в позвоночнике и распространенностью костных разрушений. Наиболее частым признаком являются боль и повышение температуры тела, позже присоединяются неврологические и септические осложнения.

Спондилиты могут быть неспецифическими (гнойными), вызываться различными бактериями и специфическими (туберкулез, сифилис, гонорея, актиномикоз, бруцеллез).

Гематогенный остеомиелит позвоночника (спондилит) - тяжелое заболевание, которое распознается с трудом, часто в поздние сроки, когда уже происходит деструкция (разрушение) тел позвонков. Чаще всего очаг поражения располагается в грудном и поясничном отделах позвоночника, редко в шейном. Поражение тел позвонков, а иногда дужек может возникнуть как метастаз при фурункулезе, ангине, кариесе зубов, после операций на брюшной полости, почках и органах малого таза. Местное инфицирование наблюдалось при проведении поясничной блокады позвоночника, люмбальных пункций, анестезий и операциях на дисках.

Для диагностики спондилитов используется рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная то-

мография, скintiграфия, лабораторные данные.

Для радикального лечения необходима хирургическая операция – задняя внутренняя фиксация позвоночника, а при выраженных разрушениях позвонков и образовании гнойных затеков и передние операции с резекцией тел позвонков и санацией патологического очага. В дальнейшем проводится антибиотикотерапия и динамическое наблюдение. К сожалению, отказ от активной хирургической тактики лечения приводит порой к непоправимым осложнениям.

Актуальность проблемы лечения неспецифического остеомиелита позвоночника объясняется увеличением частоты данного вида патологии на протяжении последних десятилетий, возникновением новых клинических форм инфекционных поражений позвоночника, новых антибиотикоустойчивых штаммов микроорганизмов, а также тяжестью течения и высокими показателями неудовлетворительных анатомо-функциональных исходов

В разделе хирургии, посвященном хирургической инфекции, одно из ведущих мест, в связи с трудностями диагностики, тяжестью течения, сложностью радикальной санации гнояного очага, особенностями расположения позвоночника в окружении жизненно важных анатомических структур и неблагоприятными исходами, отводится гематогенному остеомиелиту позвоночника, составляющему от 2 до 12% всех форм острого гематогенного остеомиелита костей. Остеомиелит позвонков чаще встречается у мужчин, с соотношением