




JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Азизова Раъно Баходировна
Тураббаев Мирзохид Баходирович
Жураев Бегзод Эшмуродович
Файзуллахўжаев Хасанхон Жалолитдинович
Ташкентская медицинская академия

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ МОЗГА НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-3-17>

АННОТАЦИЯ

Травматическая болезнь головного мозга (ТБГД) - патологический процесс, инициируемый повреждающим воздействием механической энергии на головной мозг и характеризующийся, при разнообразии клинических форм, единством этиологии, патогенетических и саногенетических механизмов развития и исходов. Черепно-мозговая травма (ТБГД) является одной из наиболее распространенных травм и составляет около 40% всех видов травм. По статистике Всемирной организации здравоохранения, она имеет тенденцию расти в среднем на 2% в год (1,6,8).

Ключевые слова: Травма, головной мозг, реабилитация, неврология.

Азизова Раъно Баходировна
Тураббаев Мирзохид Баходирович
Жураев Бегзод Эшмуродович
Файзуллахўжаев Хасанхон Жалолитдинович
Тошкент тиббиёт академияси

ҚАЙТА ТИКЛАНИШ БОСҚИЧЛАРИДА ШИКАСТЛАНАДИГАН МИЯ ШИКАСТЛАНИШИНИНГ КЛИНИК ВА НЕЙРОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

АННОТАЦИЯ

Шикаст мия касаллиги (ТБХД) патологик жараён бўлиб, механик энергиянинг миёга зарарли таъсиридан келиб чиқади ва турли хил клиник шакллар билан, этиология, ривожланишининг патогенетик ва саногенетик механизмлари ва натижаларининг бирлиги билан тавсифланади. Шикаст мия касаллиги (ТБХД) энг кенг тарқалган жароҳатлардан биридир ва барча турдаги жароҳатларнинг тахминан 40% ни ташкил қилади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти статистик маълумотларига кўра, у йилига ўртача 2 фоизга ўсишга интилади.

Калит сўзлар: Травма, бош мия, реабилитация, неврология.

Rano B. Azizova
Mirzokhid B. Turabbaev
Begzod E. Zhuraev
Khasankhon Z. Fayzullakhkzhaev
Tashkent Medical Academy.

CLINICAL AND NEUROLOGICAL PECULIARITIES OF TRAUMATIC BRAIN DISEASE AT THE STAGES OF REHABILITATION

ANNOTATION

Traumatic brain disease (TBHD) is a pathological process triggered by the damaging effect of mechanical energy on the brain and is characterized, with a variety of clinical forms, by the unity of etiology, pathogenetic and sanogenetic mechanisms of development and outcomes. Traumatic brain disease (TBHD) is one of the most common injuries and accounts for about 40% of all types of injuries. According to the statistics of the World Health Organization, it tends to grow by an average of 2% per year (1,6,8).

Keywords: Trauma, brain, rehabilitation, neurology.

Введение. Травматическая болезнь головного мозга (ТБГМ) – патологический процесс, запущенный повреждающим воздействием механической энергии на головной мозг и характеризующийся — при разнообразии клинических форм — единством этиологии, патогенетических и саногенетических механизмов развития и исходов. Травматическая болезнь головного мозга (ТБГМ) относится к числу наиболее распространенных повреждений и составляет около 40% от всех видов травм. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, она имеет тенденцию к нарастанию в среднем на 2% в год(1,6,8). При этом преобладает контингент пострадавших в возрасте от 20 до 50 лет, т. е. наиболее трудоспособных. У мужчин встречаются более тяжёлые травмы, чем у женщины; этим обусловлена и в 3 раза большая летальность у них. ТБМ относится к категории тяжёлых повреждений, сопровождающихся высокой летальностью— от 5 до 10% и до 70% при тяжёлых ЧМТ(5,8)

Травматическая болезнь головного мозга (ТБГМ) - ведущая причина смерти и инвалидности во всем мире. Каждый год, приблизительно 1,5 миллиона пострадавших с (ТБГМ) умирают и несколько миллионов нуждаются в оказании неотложной медицинской помощи (3,3,4,10). В общей структуре травм на долю ЧМТ приходится до 30 - 50%, а в структуре причин инвалидности до 25 -30% случаев (6,8,12). В 50-90% случаев после перенесенной травмы мозга сохраняется неврологическая патология или формируются новые неврологические синдромы, что становится причиной инвалидизации в 40-70% случаев (2,5,8). Легкая (ТБГМ) может приводит к неблагоприятным исходам или стойкой инвалидизации. По мнению авторов «Current Recommendation for Neurotrauma 2000», зачастую (до 11-12%) не удается предотвратить фатальный исход или серьезные поражения даже у тех больных, которые поначалу не расценивались как тяжелые. Риск развития вторичных поражений у них недооценивается, и они не мониторируются соответствующим образом, что подтверждает актуальность дополнительных исследований, направленных на выявление предикторов неблагоприятных исходов и осложнений нейротравм (5,8,11). Ведь профилактика возникновения вторичных повреждающих факторов и их последствий позволяет снизить летальность на 10-15%

Точное прогнозирование важно для принятия решения об использовании определенных методов лечения, для определения рекомендаций пациентам и родственникам . Прогнозирование результатов лечения – это возможность объективно выбрать лечебную тактику, оценить эффективность лечения, экономически обосновать целесообразность того или иного метода терапии, а также планировать ресурсы здравоохранения

За последние десятилетия было предложено более 100 разнообразных прогностических моделей для предсказания течения и исхода ТБГМ, и только несколько из них для стран со средним и низким доходом. Но ни одна из этих моделей широко не используется в клинической практике, так как в большинстве случаев они разрабатывались на маленьких группах пациентов с низким методологическим качеством. Кроме того, большинство прогностических моделей клинически непрактичны и сложны в использовании (8-12)

Предсказание исхода - одна из основных проблем, связанных с травмой головного мозга . Трудности лечения пациентов с тяжелой ТБГМ, высокий процент инвалидизации, осложнений и летальности, сложности прогноза и профилактики осложнений - эти вопросы требуют дальнейшего изучения и являются актуальными как в практическом, так и в научном аспекте.

Статистика показывает, что ежегодно, приблизительно у 1,5 миллиона пострадавших с ТБГМ отмечается летальный исход, а несколько миллионов нуждаются в оказании неотложной медицинской помощи (2,6,9). В 50-90% случаев после перенесенной травмы мозга либо сохраняется неврологическая патология, либо формируются новые неврологические синдромы, приводящие к инвалидизации в 40-70% случаев(3,4)

Установлено, что даже легкая ТБГМ способна привести к неблагоприятным исходам или стойкой инвалидизации. Авторы «Current Recommendation for Neurotrauma 2000», считают, что нередко (до 1112%) оказывается невозможным предотвратить серьезные поражения или фатальный исход, у части пациентов, ранее не признанных как тяжелые. Это является следствием недооценки у них вторичных поражений, не проведения соответствующего мониторинга, что подтверждает актуальность дополнительных исследований, ориентированных на выявление предикторов неблагоприятных последствий, а также осложнений нейротравм (3,4). Заслуживает внимание тот факт, что уменьшения летальности на 10-15% (5,8) можно добиться через профилактику возникновения вторичных повреждающих факторов и их последствий.

Поражение нервной системы у раненых и пострадавших требует более длительных сроков лечения, приводит в конечном счете к инвалидизации, а также существенному ухудшению качества жизни даже при сравнительно нетяжелых повреждениях (8,12).

Наряду с этим, у подавляющего большинства пострадавших (60%) в результате травмы наблюдаются снижение работоспособности и инвалидизация (эпилептические припадки, энцефалопатия, парезы и параличи, нарушения речи и другие последствия). Особенно тяжёлыми являются повреждения черепа и головного мозга, которые сопровождаются внутримозговыми кровоизлияниями в виде субарахноидального кровоизлияния (САК) или внутримозговых гематом, усугубляющих течение и исход болезни. Частота САК при закрытой ЧМТ колеблется от 16 до 42%. Гематомы же в полости черепа наблюдаются реже -1,5—4,4% (4,8.).

В течении травматической болезни головного мозга, исходя из комплекса клинических, патофизиологических и патоморфологических критериев, выделяют 3 базисных периода : острый, промежуточный, отдаленный.

В каждом из них сложно сплетаются последовательные и параллельные факторы: биомеханика травмы, первичные субстраты повреждения мозга, патологические органические и функциональные реакции, возрастные, преморбидные, генетические особенности, вторичные внутри- и внечерепные осложнения, саногенные реакции и компенсаторно-приспособительные процессы, функциональные и социальные исходы. При этом следует учитывать, что между направленностью развития, выраженностью, сочетанием и временными характеристиками различных слагаемых того или иного периода травматической болезни головного мозга

корреляции часто отсутствуют. Энергетическая и пластическая перестройка мозга после ЧМТ может длиться долгое время (месяцы, годы и даже десятилетия).

Черепно-мозговая травма одновременно запускает два противоположно направленных процесса, причем не только местных, но и дистантных, — дегенеративно-деструктивный и регенеративно-репаративный, которые идут с постоянным или переменным преобладанием одного из них, что во многом определяет наличие или отсутствие тех или иных клинических проявлений, особенно в отдаленном периоде.

Важны все слагаемые, детерминирующие тот или иной период ТБГМ, но решающее значение приобретает клиника. Допустимо говорить о клиническом выздоровлении — при стабильно хорошем самочувствии, отсутствии неврологической и психопатологической симптоматики, полном восстановлении прежней трудоспособности и социальной адаптации, даже если имеются морфологические изменения в головном мозге.

В современной периодизации травматической болезни головного мозга должны в полной мере учитываться новые знания по биомеханике повреждений (особенно при травме ускорения-замедления, обуславливающей диффузные аксональные повреждения), по прижизненной неинвазивной верификации травматических субстратов и реакций мозга (данные КТ, МРТ, радионуклидных методов, мультимодальных ВП, спектрального и когерентного анализа ЭЭГ, иммунных и биохимических тестов, электронной микроскопии, теплорадиовидения и др.), по существенным изменениям клиники ЧМТ (появление больных с длительным вегетативным статусом, с синдромами разобщения полушарий и ствола мозга, стрессовый, радиационный, интоксикационный, аллергический фон и т. д.), принципиально иные возможности нейрохирургии, интенсивной терапии, реабилитации и др. Укрепление и сохранение жизненных функций больных, перенесших ТБГМ, обеспечение высокого уровня их работоспособности и продление

жизненного периода является одной из актуальных задач восстановительной медицины [7,11].

Научное обоснование системы физической реабилитации больных с ТБГМ представляет собой мультидисциплинарную проблему и является актуальной задачей современной медицины вследствие больших экономических потерь, связанных с их высокой распространенностью среди лиц наиболее трудоспособного возраста. В последние годы в мире растет тенденция к увеличению хронической инвалидизации больных с ТБГМ и их омоложению. Выраженная дезадаптация приводит в ряде случаев к отказу пациентов с ТБГМ от профессиональной деятельности, при сохранении трудоспособности эффективность их труда снижается, что приводит к значительному снижению качества жизни пациентов, проявляется в ограничении общения и невозможности полноценного участия в социальной жизни. (7,12)

Заключение: Несмотря на значительный интерес к данной проблеме, остается не изученным вопрос комплексирования реабилитационных средств в динамике реабилитационного процесса. Отсутствие эффективной системы медикаментозной и физической реабилитации больных с ТБГМ приводит к утяжелению течения заболевания, повышает резистентность к терапии, что во многом зависит от отсутствия комплексного подхода к лечению с применением, как фармакологических, так и психотерапевтических и физических средств реабилитации. Таким образом анализ научной литературы последнего десятилетия показывает необходимость дальнейшего изучения реабилитационного потенциала травматической болезни мозга. Изучить реабилитационный потенциал у больных травматической болезнью мозга различной степени тяжести и оценить эффективность проведенного объема лечения являются важной злободневной проблемой и служат современной научной мотивацией для выполнения новых исследований в этом направлении.

Литература

1. Агаева, К.Ф. Процесс накопления и распространения последствий травмы головы среди населения / К.Ф. Агаева // Журнал невропатологии и психиатрии - 2001. - Т. 101, № 5. - С. 46-48.
2. Астраков, С.В. Неспецифические синдромы у больных с тяжелыми повреждениями головного мозга на нейрореанимационном этапе: автореф. дис... докт. мед. наук.:14.00.37 / С.В. Астраков. - СПб., 2007.- 43с.
3. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: руководство для врачей / А.Н. Белова. - Москва, 2000г. -127-129с.
2. Белозерцева, И.И. Клинико-компьютерно-томографические сопоставления и состояние жизнедеятельности у пожилых больных с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы: дис. к.м.н.: 14.00.13 /И.И. Белозерцева - СПб., 2005.-161с.
3. Бодруг, В.П. Особенности клинического течения и лечения последствий черепно-мозговых травм, полученных в боевых условиях: авторефрат. дис. к.м.н.: 14.00.13 /В.П. Бодруг. - СПб., 2007.- С. 19
4. Бодруг, В.П. Особенности клинического течения и лечения последствий черепно-мозговых травм, полученных в боевых условиях: дис... канд. мед. наук.:14.00.13 /В.П. Бодруг. - СПб., 2006.- 170 с.
5. . Гайтур, Е.И. Роль вторичных системных повреждающих факторов у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой /Е.И. Гайтур, А.А. Потапов, В.Г. Амчславский и др.// Избранные вопросы неврологии и нейрохирургии .Ступино., 1997г.- С.12-13.
6. Гребенчиков, В.Н. Особенности клиники и диагностики травматических повреждений головного мозга. /В.Н. Гребенчиков.// Боевая травма нервной системы в условиях современных войн. - М., 2002. - С. 57-66.
7. 24. Грудолова, Н.А. Ошибки и упущение в организации и производстве судебно - медицинских экспертиз пострадавшим с сотрясением головного мозга. /Н.А. Грудолова, Е.С. Тучик, Т.Ю. Хохлова.// Медицинская экспертиза и право.-2011.- №5.- С. 35-37.

8. 25. Доброхотова, Т.А. Социальная и трудовая реадaptация больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, перенесших длительную кому. /Т.А. Доброхотова, Н.Н. Брагина, А.А. Потапов А.А.// *Вопр. нейрохир.* - 1994. - № 4. - С.29 - 31.
9. 27. Емельянов, А.Ю. Травматическая энцефалопатия: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.13 / А.Ю. Емельянов. - СПб., 2000. - 42с.
10. 31. Качков, И.А. Легкая травма головного мозга/ И.А. Качков, Б.А. Филлимонов // *Русский медицинский журнал.* - 1997. - Т. 5, №8. - С. 483-486.
11. Коваленко, А.П. Вегетативные расстройства у больных с последствиями легкой закрытой черепно-мозговой травмы: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.13/А.П. Коваленко. - СПб., 2001. - С.32
12. Коновалова, А. Н. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Том 1. / А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. - М.: «Антидор». -1998. - С.545-550
13. Крыжановский, Г.Н. Общая патофизиология нервной системы / Г.Н. Крыжановский. - М.: Медицина. - 1997.-3 52с.
14. Макаров, А.Ю. Последствия черепно-мозговой травмы (классификация и медико-социальная экспертиза) /А.Ю. Макаров, В.Г. Помников. - СПб., 2003. - 24 с..
15. Можаяев, С.В. Нейрохирургия: учебник / С.В. Можаяев, А.А. Скоромец, Т.А. Скоромец. - СПб., Политехника, 2001. - 355с.
16. Одинак, М.М. Невропатология сочетанной черепно-мозговой травмы: дисс. ... д-ра. мед. наук: 14.00.13 /М.М. Одинак.- СПб.,1995. - С. 337
17. Чикин, Е.С. Черепно-мозговые травмы: применение современных ноотропных препаратов в острый период и при лечении посттравматической энцефалопатии. /Е.С. Чикин, В.В. Левин // *Русский врач.* -2005.-№11.
18. Шагинян, Г.Г., Древаль О.Н. Классификация черепно-мозговой травмы: учебное пособие / Г.Г. Шагинян, О.Н. Древаль. - М., 2009.- 30с.
19. Adams, J.H., Graham, D. I., Gennarelli, T.A., Maxwell, W.L. Diffuse axonal injury in non-missile head injury. / *J. Neurol. Neurosurg. Psych.* -1991. -N 54 -P. 481483.
20. Andrew, I.R. Maas, Cynthia, L. Harrison-Felix, David Menon, P. David Adelson, Tom Balkin, Ross Bullock, Doortje C. Engel, Wayne Gordon, Jean Langlois-Orman, Henry L. Lew, Claudia Robertson, Nancy Temkin, Alex Valadka, Mieke Verfaellie, Mark Wainwright, David W. Wright, Karen Schwab. Standardizing Data Collection in Traumatic Brain Injury./ *J Neurotrauma.* - 2011. - V.28. - P. 177-187.
21. Alexander, M.P., Gillingham, S., Schweizer, T., Stuss, D.T. Cognitive impairments due to focal cerebellar injuries in adults. / *Cortex.* - 2012. - V. 48, Issue 8. - P. 980-990.