

хиатрического конгресса, Мадрид, Испания; **2.** Муминов Т.А., Семенова Р.И., Данышбаева А.Б. Клиника и лечение хронических обструктивных болезней легких (карманное руководство для врачей). Алматы, 2005; **3.** Лукьянчиков В., Калинин А., Карагезова А. Альдостеронизм. Конспект врача. Медицинская газета, №68 от 06.09.2000. – С. 8-9; **4.** Андреев Б.В., Лиманкина И.Н. Проблема интервала QT в психиатрической практике. Санкт-Петербургская психиатрическая больница П.П. Кашенко. Медицина XX века, 2006. 4-41-44; **5.** Козлов В.И. Современная концепция сепсиса. Основные понятия и определения. /Сб. Новгородского государственного университета апрель, 2007; **6.** Straus SMGM, Bleumink GS, Dieleman GP et al. Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death./Archives of Internal Medicine 2004; 164;1293-1297; **7.** Trenton AJ, Currier GW, Zwemer FL. Fatalities associated with therapeutic use and overdose of atypical antipsychotics/CNS Drugs 2003; 17;307-324; **8.** Glassman A.H. Schizophrenia, antipsychotic drugs, and cardiovascular disease./J Clin Psychiatry 2005; 66 Suppl 6:5-10.

ТҰЖЫРЫМ

**АЛМАТЫ Қ. ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ОРТАЛЫ-
ҒЫНДАҒЫ ӨЛІМНІҢ ДИНАМИКАСЫ МЕН ҚҰРЫЛЫМЫНА
ТАЛДАУ**

Қ.С. Баймағанбетова

Психика сауықтыру орталығы, Алматы қ.

Психикасы бұзылған сырқаттардың ішінде өлімге шалдығуы өте бийік. Өлімге соқтыратын психика бұзылуының көтерілігінен басқа қосымша жағдайлар келтіреді: дұрыс тамақтанбау, өмір жағдайларының төмендеуі, жылдар бойы психотроптық дәрі дәрілік қолдануы және басқа. Психика сауықтыру орталығында өлім көрсеткішін алты жылдан астам уақыт бойынша өлгендерді зерттеуге алынды. Өлім көрсеткіші бұл мекеме де төмен. Жыныс жағынан өлімге көбінде ерлер ұшыраған. Жас көлемінде: елу жастан асқан аурулар өлген. Зерттеу қортындысы арқылы өлгендердің алпыс жеті пайызы жүрек және қан тамырының патологиясынан болғанын дәлелдедік. Сондықтан алдын ала ауруханаға түскен ауыр сырқаттанушыларға уақытында арнайы кешенді медициналық зерттеу мен емдеу тәсілдерді қолдану жөн.

SUMMARY

**ANALYSIS OF DYNAMICS AND LETHALITY STRUCTURE
IN THE MENTAL HEALTH CENTER, ALMATY**

K.S. Baymaganbetova

Center of the Psychikal health, Almaty c.

In the Center of the Psychikal health Almaty city research hospital cases death of patients. Taken archives with 2005 on 2011 years. Many patients death on the cardial pathology. Antipsychotics therapy is too the risk of sudden cardiac death. Fatalities associated with therapeutic use and overdose of atypical antipsychotics.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ

М.А. АЛИЕВ

Городская клиническая больница №7, г. Алматы

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее частым видам повреждений и лидирует среди причин летальности и инвалидизации пациентов [2]. Осложнением ЧМТ является формирование внутричерепных гематом, которые, по мере компрессии головного мозга, неминуемо ведут к сдавлению ствола мозга и смерти пострадавшего [2, 3]. Проблема своевременной диагностики и совершенствования методов хирургического лечения внутричерепных гематом при ЧМТ, целью решения которой является снижение летальности и инвалидизации пациентов [1, 3].

Цель исследования – анализ результатов хирургического лечения пострадавших с острыми внутричерепными гематомами, оперированных в клинике в различные периоды времени: в период с 1991 по 1995 гг. и с 2006 по 2010 гг., позволит наметить перспективы дальнейшего улучшения деятельности нейроtraumatологической службы.

Материал и методы

Количество оперированных пациентов составило 514 и 677 пациентов, соответственно. Около 90% пациентов в обеих группах составили пострадавшие трудоспособного возраста. Мужчины составили 88,5% (455 пациентов) и 85,5% (579), женщины 11,5% (59) и 14,5% (98). Некоторый рост числа пострадавших женщин, по-видимому, связан с ростом количества дорожно-транспортных происшествий.

У пациентов наблюдалось сходство таких исходных показателей, как сроки поступления после перенесенной травмы, степень утраты сознания, фаза клинической компенсации (табл. 1). В диагностический комплекс обследования пострадавших входила компьютерная томография (КТ) головного мозга: у первой группы – в дневном режиме с необходимостью транспортировки пострадавших, у второй группы – в круглосуточном режиме в условиях стационара.

Результаты и обсуждение

Чаще всего оперировались субдуральные гематомы – у 43,8% и 44,6% пациентов (табл. 2). Наиболее высокая летальность у этих пациентов отмечалась в первой группе – у 57,9%, также высокая летальность наблюдалась у пациентов этой группы с множественными гематомами – 55,8%. Во второй группе наиболее высокая летальность наблюдалась у пациентов с внутримозговыми гематомами – 34,5%. Самая низкая летальность отмечалась у пациентов, оперированных по поводу эпидуральных гематом – у 22,4% и 9,6%, соответственно. Это связано с возможностью ранней диагностики эпидуральных гематом в период «светлого промежутка» у пациентов второй группы в фазе клинической компенсации. Факторами, влияющими на результаты хирургического лечения острых внутричерепных гематом, являются сроки диагностики и оперативного вмешательства, объем гематомы, возраст пациентов и состояние клинической компенсации

Таблица 1

Исходные показатели у пациентов обеих групп при поступлении

	Сроки поступления после травмы			Уровень сознания в баллах по ШКГ			Фаза клинической компенсации		
	3-6 ч.	6-24 ч.	>24 ч.	13-15	8-12	< 8	КК	СК	ДК
Первая группа в %	68,1	19,1	12,8	21,9	52,9	25,2	12,1	47,1	40,8
Вторая группа в %	79,1	12,1	8,8	19,0	61,9	19,1	9,0	53,9	37,1

Таблица 2

Распределение внутричерепных гематом по их локализации и сравнительная летальность

Гематомы	Эпидуральные	Субдуральные	Внутриримозговые	Множественные	Гидромы
Первая группа					
Оперировано в %	22,6	43,8	9	18,5	6,1
Количество	116	226	46	95	31
Летальность в %	22,4	57,9	45,6	55,8	38,7
Количество	26	131	21	53	12
Вторая группа					
Оперировано в %	26,1	44,6	12,8	11,8	4,7
Количество	177	305	87	80	28
Летальность, %	9,6	25,2	34,5	28,7	21,4
Количество	17	77	30	23	6

Таблица 3

Факторы, влияющие на результаты хирургического лечения пациентов

Факторы	Операции в первые 3-6 ч	Объем гематомы		Возраст			Фаза клинической компенсации		
		50-100 мл	>100 мл	до 45 л	45-65 л	>65 л	КК	СК	ДК
1 группа в %	66,9	78,4	21,6	72,4	18,5	9,1	32,3	43,6	24,1
Пациенты (к-во)	344	403	111	372	95	47	166	224	124
Летальность, %	33,5	40,2	72,8	41,1	56,8	76,6	13,8	48,5	89,8
Пациенты (к-во)	115	162	81	153	54	36	23	109	111
2 группа в %	90,1	83,0	17,0	69,1	24,5	6,4	39,8	34,5	25,7
Пациенты (к-во)	610	562	115	468	166	43	269	33	175
Летальность, %	18,2	17,2	48,7	16,9	27,8	65,4	5,5	15,0	58,8
Пациенты (к-во)	111	97	56	79	46	28	15	35	103

пострадавшего. Характерным для второй группы стали ранние оперативные вмешательства в первые 3-6 часов после поступления у абсолютного большинства пациентов – 90,1% (610) с верифицированными на КТ субстратами сдавления головного мозга. При этом летальность у пациентов второй группы, оперированных в ранние сроки, по сравнению с первой группой, снизилась почти в два раза (18,2% и 33,5%). У трети пациентов первой группы, в связи с невозможностью их транспортировки на КТ-исследование в другое учреждение, операции начинались с диагностических фрезевых отверстий, что затрудняло своевременную топическую диагностику. В результате исследования была определена прямая зависимость исходов операций, помимо сроков их проведения, от объема гематомы, возраста пациентов и фазы клинической компенсации, в состоянии которой проводилась операция (табл. 3). Характерным является снижение летальности во всех группах у пациентов второй группы, что обусловлено оптимальным реаниматологическим обеспечением. Резекционная трепанация черепа была проведена у 76,8% (395) и 48,7% (330) пациентов, поступивших в фазе умеренной и грубой клинической декомпенсации. Для пациентов второй группы методика оперативного вмешательства проводилась с подвисочной декомпрессией и расширением объема твердой мозговой оболочки

за счет ее пластики. Послеоперационная летальность составила 47,3% (243) и 22,6% (153) в обеих группах. Эти показатели соответствуют данным ретроспективных исследований ведущих клиник мира, где указываются цифры снижения летальности пострадавших с тяжелой ЧМТ: с 50% в 1988 г. до 20% в 2005 г. [1]. Значительное снижение летальности, более чем в два раза, у пациентов второй группы, было связано с рядом факторов. Это, во-первых, было обусловлено улучшением диагностики с ранним выявлением сдавления головного мозга, связанного с возможностью круглосуточного проведения компьютерно-томографического обследования. Во-вторых, это связано с улучшением анестезиологического и реанимационного обеспечения, а также совершенствованием технических возможностей наружной и внутренней декомпрессии головного мозга. Основной причиной летальности у пациентов второй группы явились грубая декомпенсация головного мозга при уровне сознания 3-5 баллов по ШКГ, множественные поражения головного мозга, сопутствующие соматические нарушения.

Выводы

На основании проведенного сравнительного анализа можно установить снижение летальности у пострадавших с острыми внутричерепными гематомами, оперированных в различные временные периоды, более чем в два

раза – с 47,3 до 22,6%. Это связано с улучшением диагностики – возможностью круглосуточного КТ-исследования, ранним проведением оперативных вмешательств, улучшением анестезиолого-реанимационного обеспечения. Дальнейшее улучшение диагностики и лечения пациентов с острыми внутричерепными гематомами и связанное с ним снижение летальности возможны при более ранней доставке пострадавших в специализированное учреждение, внедрении новых технологий, в т.ч. применении датчиков для измерения внутричерепного давления, дальнейшем усовершенствовании анестезиолого-реаниматологической помощи пострадавшим, формированием отделений нейрореанимации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Potapov A.A. Management of severe Head Injury. WFNS course. Astana, Kazakhstan, 2011; 2. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство. Том 2 // под ред. акад. А.Н. Коновалова, проф. Л.Б. Лихтермана, проф. А.А. Потапова // Москва, «Антидор», 2001; 3. David S. Liebeskind, MD, Helmi L. Lutsep, MD. Intracranial Hemorrhage Treatment & Management. Medscape reference, Jun. 8, 2011.

Т У Ж Ы Р Ы М

КЛИНИКАНЫҢ МӘЛІМЕТТЕРІ БОЙЫНША ЖІТІ БАС СҮЙЕК ІШІЛІК ҚАНДЫ ІСІКТЕРДІ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

М.А. Алиев

№7 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

Әр түрлі уақыт аралығында жіті бассүйекішілік қанды ісігі бар науқастарды хирургиялық емдеу нәтижесі ұсынылған: 514 зәбірленушілер 1991-1995 жж. аралығында оталанғандар және 677 науқас 2006-2010 жж. аралығында оталағандар. Екінші топта әлімнің екі есеге дейін төмендетілгені көрсетілген, бұл науқастарға ерте мамандандырылған көмек көрсеткенмен, тәулік бойы зәбірленушілерді КТ зерттеу мүмкіндігімен, анестезиологиялықреанимациялық қамтамасыз етуді жақсартумен байланысты.

Негізгі сөздер: ауыр бас-ми жарақаты, жіті бассүйекішілік қанды ісігі.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE INTRACRANEAL HAEMATOMAS ACCORDING TO THE DATA OF THE CLINIC

M.A. Aliyev

City clinical hospital №7, Almaty c.

The following summarizes results of surgical treatment of patients with acute intracranial haematoma in different periods: 514 surgical patients was operated from 1991 to 1995, and 677 patients was operated during the period from 2006 to 2010. Almost twofold lowering of mortality rate observed at patients of the second group is mainly aligned with earlier delivery of speciality care, possibility of 24-hour computed tomography of surgical patients and improvement of intensive care unit support.

Key words: severe head injury, acute intracranial haematoma.

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНЕСЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

М.А. АЛИЕВ

Городская клиническая больница №7, г. Алматы

Травматические повреждения нижнешейного отдела позвоночника – тяжёлая форма позвоночно-спинномозговой травмы, приводящая к стойкой утрате трудоспособности, а нередко, и к летальному исходу на различных этапах лечения. В частности, повреждения позвоночника и спинного мозга, как и все виды травм, с каждым годом имеют тенденцию к росту и занимают 0,7-6% [1, 2, 3].

Материал и методы

Нами пролечено 202 больных с острой травмой нижнешейного отдела позвоночника. Из них 146 мужчин и 54 женщины. Чаще всего позвоночно-спинномозговую травму получают в возрасте 20-59 лет.

Имелись следующие виды травмы C₃-C₇ позвонков:

1. Двухсторонний передний вывих позвонка – 44 больных;
2. Переломовывих (перелом суставных отростков с передней дислокацией тела позвонка) – 34 больных;
3. Односторонний передний вывих позвонка – 13 больных;
4. Переднее смещение (листеэ) тела позвонка на фоне перелома ножек дуг – 8 больных;
5. Оскольчатый (взрывной) перелом тела позвонка – 35 больных;
6. Передний подвывих позвонка – 18 больных;
7. Компрессионно-клиновидный перелом тела позвонка – 19 больных;
8. Разгибательный переломовывих – 6 больных;
9. Разгибательный оскольчатый перелом тела позвонка – 4 больных;

10. Перелом поперечного отростка – 3 больных;
11. Перелом остистых отростков – 7 больных;
12. Сочетанные повреждения C₃-C₇ позвонков – 11 больных.

У всех 202 обследованных пациентов при поступлении для оценки степени неврологического дефицита использована общепринятая функциональная классификация спинальных больных по Frankel [4], что позволило распределить пострадавших по степени неврологических нарушений. Согласно классификации, больных распределили на 5 функциональных групп (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пострадавших с травмой C₃ – C₇ позвонков по функциональным группам

Функциональная группа	Количество пациентов
Группа А	81
Группа В	22
Группа С	56
Группа D	21
Группа E	21
Всего	202

Группа А – пострадавшие с отсутствием чувствительности и движения;

Группа В – пострадавшие с неполным нарушением чувствительности, движений нет;