

отнесены 8 больных с патологией зубочелюстной системы, у которых обнаружена дистопия зубов верхней и нижней челюстей. Вторую группу составили 52 наблюдения с интракраниальной компрессией корешка ТН (у 6 больных с опухолями задней черепной ямки и симптоматической тригеминальной невралгией). В остальных случаях имел место нейроваскулярный конфликт или контакт.

При этом у больных с нейроваскулярным конфликтом выявлены четкие МР-признаки компрессии корешка ТН в виде петли сосуда, вызывающей сдавление нерва (чаще всего верхней мозжечковой артерии), а также деформация и смещение корешка ТН в месте компрессии. У больных с нейроваскулярным контактом обнаружен параллельный ход с соприкосновением корешка ТН и сосуда, чаще всего с верхней каменистой веной.

Первым шагом алгоритма диагностики является проведение СКТ головы с исследованием костей лицевого скелета и основания черепа. Данные СКТ лицевого скелета имеют существенное значение для диагностики патологических изменений в околоносовых пазухах и зубочелюстной системе как причины лицевых болей. Важные сведения получены при СКТ-метрии каналов и выходных отверстий периферических ветвей ТН. Вторым шагом алгоритма диагностики является проведение МРТ, в том числе и с контрастным усилением. МРТ позволяет диагностировать опухоли, патологию сосудов мозга, последствия острого нарушения мозгового кровообращения, а также демиелинизирующие заболевания (в том числе постгерпетические изменения). Третьим шагом алгоритма диагностики является применение специальных программ и МРА. Эти исследования имеют значение для диагностики артериовенозных мальформаций сосудов мозга, выявления вазоневральной компрессии корешка ТН, а также контакта ТН с прилежащими сосудами (артериями и венами).

Выводы.

Пошаговый алгоритм лучевой диагностики позволяет выявить экстра- и интракраниальную компрессию ТН, а также их сочетание.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

*Е.В. Хачатурова-Тавризян, В.В. Щедренок,
О.В. Могучая*

РНИ нейрохирургический институт
им. проф. А.А. Поленова, г. Санкт-Петербург, Россия

E-mail авторов: l.e.v_06@mail.ru

В ходе работы изучена клиническая картина у 778 пострадавших с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), находившихся на лечении в Покровской больнице Санкт-Петербурга за период 2005-2011 гг. Больные разделены на группы с изолированной (223) и сочетанной ЧМТ (555). Проанализированы клинико-неврологические данные и результаты комплексного обследования, включающего СКТ, обзорную рентгенографию и УЗИ поврежденных анатомических областей (АО). Тяжесть ЧМТ была различной степени и оценена как легкая (56%), среднетяжелая (7%) и тяжелая (37%). Сдавление головного мозга имело место в 410 наблюдениях с изолированной (118) и сочетанной ЧМТ (292), наибольшим был удельный вес субдуральных гематом (42,9%). Более чем у половины пострадавших доминирующим повреждением была ЧМТ (55%), далее следовали травма опорно-двигательного аппарата (18,2%), закрытая травма груди (15,4%) и живота (6,7%). При сочетанной ЧМТ наиболее велика была доля пострадавших с травмой двух (54,2%) и трех (24,8%) АО. Повреждение четырех и пяти АО имело место соответственно в 12,1% и 8,9% наблюдений. При политравме травматический шок различной степени обнаружен в 69,1% наблюдений.

Результаты и их обсуждение.

На фоне травматического шока и кровопотери при политравме имело место изменение симптоматики, характеризующей повреждение головного мозга. В этих условиях ЧМТ часто протекала при невыраженной клинической картине или атипично. Об этом свидетельствует, прежде всего, то, что у пациентов со сдавлением головного мозга реже проявлялись так называемые «гематомные» признаки, т.е. симптомы компрессии головного мозга. У всех пострадавших с сочетанной травмой отмечалось нарушение сознания. Светлый промежуток наблюдался почти в 2 раза реже в сравнении с изолированной ЧМТ, и имел место у 11,8% больных, при этом он носил abortивный характер почти у каждого пятого пострадавшего. Анизокория также отмечалась более чем в 2 раза реже. Несколько реже, чем при изолированной ЧМТ, удавалось выявить и парезы конечностей (38,9%). Брадикардия наблюдалась у значительно меньшей доли пациентов (лишь у 18,7%). Следующей особенностью клинического течения сочетанной ЧМТ было развитие псевдосиндромов со стороны головного мозга в виде имитации дислокационного и компрессионного синдромов. Они возникали у пациентов с ЧМТ легкой и средней тяжести, однако при наличии соответствующей симптоматики нейровизуализационными методами или при судебно-медицинском исследовании было подтверждено отсутствие дислокации и компрессии головного мозга. Псевдосиндромы со стороны головного мозга наблюдали при закрытой травме груди, сопровождающейся одно- или двусторонним гемотораксом, закрытой травме живота с гемоперитонеумом, а также при переломах костей таза и бедра. Темп регресса псевдосиндромов со сто-

Цель исследования: изучение клинических особенностей черепно-мозговых повреждений при политравме.

Материал и методы.

роны головного мозга был обусловлен объемом проводимой инфузионно-трансфузионной терапии, а также адекватностью и своевременностью предпринятого хирургического вмешательства.

Выводы.

Характерной особенностью сочетанной черепно-мозговой травмы является атипичное, малосимптомное клиническое течение синдрома компрессии головного мозга при различных компримирующих факторах. Наличие травматического шока и кровопотери способствует развитию псевдоцеребральных синдромов, имитирующих клинические проявления компрессии и дислокации головного мозга, что диктует необходимость широкого использования нейровизуализации.

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ В СТРУКТУРЕ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ, ПРООПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

И.В. Щербакова, А.А. Самохин

Московский ГМСУ, г. Москва, Россия

В последние годы получен ряд данных, свидетельствующих о высокой коморбидности злокачественных новообразований с депрессивными и тревожными расстройствами. Установлено, что сопутствующие эмоциональные расстройства отрицательно сказываются на качестве жизни и адаптационных возможностях пациента, ухудшают течение и прогноз онкологического заболевания. В то же время вероятность распознавания онкологами эмоциональных расстройств остается низкой, поскольку многие интернисты, в том числе и врачи-онкологи, рассматривают тревогу, депрессивное настроение и суицидальные высказывания пациентов, как «нормальную» психологическую реакцию личности на факт установления диагноза. Выявление аффективной патологии осложняется тем, что некоторые симптомы рака и депрессии перекрываются, например: потеря веса, снижение аппетита, анергия, астенические симптомы. Кроме того, в качестве диагностических инструментов чаще всего используются стандартизированные критерии большого депрессивного эпизода, что ограничивает возможности диагностики пограничных аффективных расстройств. Это определило цель настоящего исследования – изучить психоэмоциональное состояние больных, прооперированных по поводу рака толстой кишки. Материал и методы. Всего обследовано 103 пациента онкохирургического отделения ГКБ №40 г. Москвы, прооперированных по поводу колоректального рака, которые отвечали критериям пограничных психических расстройств (по Александровскому Ю.А.). Средний возраст больных: 76 мужчин и 27 женщин составил $61,4 \pm 5,3$ лет. Ос-

новным методом исследования был клинико-психопатологический, дополнительным методом – психометрический. Последний использовали для количественной оценки выраженности психопатологических проявлений, в первую очередь тревожных и депрессивных. Для этого были выбраны стандартизированные психометрические шкалы: М. Гамильтона для оценки депрессии (HDRS-21) и М. Гамильтона для оценки тревоги (HARS), состоящей из 14 пунктов.

Результаты и обсуждение.

Клиническое обследование выявило полиморфную симптоматику невротического уровня. У всех больных присутствовала астеническая симптоматика различной интенсивности в форме гиперестезии, утомляемости, истощаемости, эмоциональной лабильности, нарушений сна и вегетативных расстройств. Типичными для всех обследованных были депрессивные и тревожные нарушения, достигающие и не достигающие (в качестве включений) уровня нозологической значимости. Доминирующие в клинической картине расстройства определили ведущие психопатологические синдромы: астено - депрессивный (37,86%), тревожно-депрессивный (33,00%), депрессивно-ипохондрический (11,65%), тревожно-ипохондрический (5,82%), тревожно-фобический (8,73%), и обсессивно-фобический (3,88%). Выводы.

Таким образом, синдромальная структура пограничных психических расстройств у больных колоректальным раком в послеоперационном периоде образована преимущественно тревожной и/или депрессивной симптоматикой. Клинические результаты подтвердили данные психометрических методов исследования: усредненные значения по шкалам HDRS-21 и HARS для всех обследованных составили $12,6 \pm 2,4$ и $18,5 \pm 3,6$ баллов.

Полученные данные позволяют сделать заключение о преобладании клинически значимых депрессивных и тревожных нарушений у пациентов, прооперированных по поводу рака толстой кишки. Этот контингент больных нуждается в консультации и лечении у психиатра с первых дней госпитализации в специализированное отделение онкологической хирургии.

ХИРУРГИЯ ОНКОЛОГИЯ

ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ С ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМОЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Ю. Барсуков, Н.П. Чеснокова,