

8. Полякова М.Н., Караев З.О, Сардыко Н.В. // Ж. микробиол. 1991. № 2. С. 63–65.
9. Турк Д.Л // Иммунология. 1985. № 6. С. 12–15.
10. Учитель И.Я Макрофаги в иммунитете. 1978. М.: Медицина. 199 с.
11. Хамзина О.Ш. // Тез. докл. 11 Всерос. съезда дерматол. и венерол. Челябинск. Ч. 2. 1989. С. 356–357.
12. Graham R.C., Karnovsky M.J. // J Histochem, Cytochem. 1966 – Vol. 14. P 291–302.
13. McKeever P.E Walsh G.P., Storrs E.E., Balentine J.D. // Am J Trop Med Hyg. 1978. Vol. 27. P. 1019–1029.
14. Ryter A., Kellenberger E. // J Ultrastruct Res. – 1968. Vol. 2. P. 200–214.
15. Sharp A.R., Colston M.J., Banerjee D.K. // J Med Microbiol. 1985. Vol. 19. P. 77–84.

УДК 616.8-089

НОВОЕ УСТРОЙСТВО И СПОСОБ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ИНСУЛЬТ-ГЕМАТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

М.К. АГЗАМОВ*, В.П. БЕРСНЕВ, Н.Е. ИВАНОВА**

Ключевые слова: инсульт-гематомы головного мозга

Одной из актуальных и сложных проблем сосудистой нейрохирургии являются вопросы хирургического лечения геморрагического инсульта с формированием внутримозговых инсульт-гематом. Эта патология характеризуется большой распространенностью, высокой летальностью и инвалидизацией [1–3]. Причинами возникновения инсульт-гематом более чем в 70% случаев являются гипертоническая болезнь и атеросклероз. Преимуществом в лечении больных с инсульт-гематомами можно достичь путем усовершенствования тактики хирургического лечения, внедрения малотравматичных оперативных методов удаления, а также строгого отбора больных для операции [4–7].

Материал и методы. Нами предложено оригинальное устройство [8] и способ [9] для удаления внутримозговых гематом.

Устройство, при помощи которого удаляется гематома – воронкообразная канюля – представляет собой усеченный конус, имеющей высоту 40–60 мм, диаметр большего основания 23–27 мм, диаметр меньшего основания 13–17 мм. На большем основании канюля имеет ограничительный фланец, обеспечивающий возможность фиксации канюли в костном отверстии.



Рис. 1. Общий вид воронкообразных канюль

В каждом конкретном случае в зависимости от глубины залегания гематомы и ее объема применяется канюля определенных размеров (рис. 1). Для создания дренирующего канала в паренхиме мозга и проведения воронкообразной канюли в полость гематомы используют набор цилиндрических трубок-расширителей мозговой ткани возрастающего диаметра (рис. 2).

При помощи устанавливаемых последовательно увеличивающихся по размеру мозговых трубок-расширителей мозговая ткань растягивается равномерно и, следовательно, травмируется меньше, чем при энцефалотомии.



Рис. 2. Общий вид трубок-расширителей мозговой ткани

Первая трубка-расширитель предназначена для пункции полости гематомы через паренхиму мозга и отсасывания жидкой ее части. Вторая трубка-расширитель предназначена для atraumaticкого расширения мозговой ткани.

Удаление внутримозговой гематомы при помощи устройства осуществляется следующим образом: в проекции гематомы в кости корончатой фрезой накладывается трефинационное отверстие диаметром 2,5 см. (рис. 3. а). Костный диск временно удаляется (б). Крестообразно вскрывается твердая мозговая оболочка, края ее фиксируются шелковыми нитями и разводятся в стороны (в). После предварительной коагуляции коры осуществляется пункция полости гематомы первой трубкой-расширителем. Далее по ней проводится вторая трубка-расширитель. По второй трубке в полость гематомы проводится воронкообразная канюля, а трубки-расширители удаляются (г, д). Удаление гематомы осуществляется с использованием операционного микроскопа и микрохирургического инструментария. Создание широкого и в то же время atraumaticкого дренирующего канала в полость гематомы при помощи воронкообразной канюли позволяет легко удалить большую часть гематомы при помощи электроотсоса (е), осмотреть полость гематомы для обнаружения источника кровотечения и проведения коагуляции. После проведения гемостаза в полости гематомы оставляется гемостатическая губка или выпускник, воронкообразная канюля удаляется, твердая мозговая оболочка ушивается. Костный диск укладывается на место, апоневроз и кожа ушиваются.

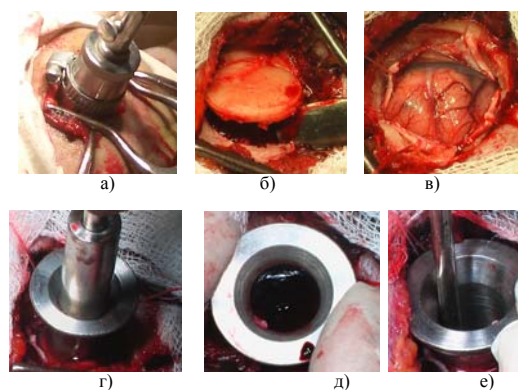


Рис. 3. Этапы операции удаления инсульт-гематомы головного мозга

Под наблюдением находилось 40 больных в возрасте 41–76 лет, оперированных этим методом. В ясном сознании поступило 3 больных, в оглушенном – 13, в сопоре – 14, в умеренной коме – 10. В компенсированном состоянии находилось 9 больных, в субкомпенсированном – 21, в декомпенсированном – 10. С латеральными гематомами было 24 больных, со смешанными – 10, лобарными – 6 больных. С объемом менее 40 см³ было 2 больных, 41–60 см³ – 7, 61–90 см³ – 19, 91–120 см³ – 10, >120 см³ – 2.

Результаты лечения больных оценивались по показателю госпитальной летальности и типам функциональных исходов, для чего использовали шкалу исходов Глазго.

Результаты. Одним из условий успешного удаления гематомы является правильный выбор места наложения трефинационного отверстия. При этом необходимо соблюдение определенных условий: а) траектория пункции гематомы не должна проходить через участки, содержащие крупные вне- и внутримозговые сосуды, что позволяет предотвратить интраоперационные кровотечения, возникающие по ходу пункционного канала. В этом аспекте, оптимальными участками трефинации являются лобная, теменная, задневисочная и височно-теменная области; б) трефинационное отверстие должно максимально соответствовать проекции гематомы на поверхности головы; в) центр отверстия должен находиться на прямой, проходящей через центр гематомы и имеющей минимальный угол наклона к поверхности мозга на участке трефинационного отверстия.

Уровень расстройства сознания, локализация и объем кровоизлияния были определяющими в оценке тяжести и достоверно влияли на исход заболевания. Из 16 больных, поступивших в ясном сознании и оглушении, умерших не было. Из 14 больных в сопоре умерли 5 (35,7%), из 10 больных в коме умерли 5 (50%) больных. С лобарными гематомами летальность составила 16,7%, латеральными – 25%, со смешанными – 33,3%. С медиальной локализацией гематомы, данный метод не применялся.

* Санкт-Петербургская академия последипломного образования 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41. Тел 88122751929
** Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л.Поленова 191104, г. Санкт-Петербург, ул. Маяковского, 12.

С объемом гематомы <40 см³ умерших не было, с объемом 41-60 см³ летальность составила 14,3%, с объемом 61-90 см³ – 21,1%, с объемом выше 91 см³ – 50%. По исходам больные распределены следующим образом: хорошее восстановление отмечено в 15% случаях, умеренные неврологические нарушения – в 35% случаях, грубые неврологические нарушения – в 25% случаях. Летальность составила 25%. Одним из важных элементов данного метода является его малотравматичность. Наблюдения показали, что мозг, растянутый вокруг канюли во время операции, обычно быстро смыкался после ее извлечения, что говорило не о разрыве, а о растяжении мозгового вещества вокруг канюли. На контрольных КТ или МРТ раневой ход обычно не определялся. Иногда определялось небольшое скопление пузырьков воздуха в ложе гематомы или по ходу канала, оставленного канюлей. Атрофическое удаление гематомы вело к быстрому клиническому эффекту, т.к. исчезал масс-эффект и снижалось внутричерепное давление.

В процессе разработки и клинической апробации метода было обнаружено, что длительность операции можно сократить до 35-40 мин. Это позволило в ряде случаев отказаться от эндотрахеального наркоза и использовать метод потенцирования с применением местной анестезии. Данная тактика оправдывает себя особенно у больных пожилого возраста с сопутствующей соматической патологией. Полученные результаты показали, что упрощенные способы разметки места трепанации, наведения канюли в полость гематомы и способ аспирации, полностью воспроизводимы, не требуют дорогостоящего оборудования и аппаратуры. И, что не менее важно, данный вид операции может быть выполнен не только в специализированных центрах нейрохирургии, но также и в условиях городских и областных больниц, оснащенных компьютерным томографом.

Заключение. Малотравматичность предлагаемого метода и устройства в сочетании с небольшой длительностью операции, возможностью отказа от сложных видов наркоза и продленной ИВЛ, позволит расширить контингент больных и показания к хирургическому лечению больных с инсульт-гематомами, что в конечном итоге способствует улучшению исходов заболевания.

Литература

1. Кариев М. // IV Съезд нейрохирургов России: Мат-лы съезда. – М., 2006. – С. 264.
2. Скворцова В.И. и др. Геморрагический инсульт. – М., 2005.
3. Gregson B.A., Mendelow A.D. // Stroke. 2003. Vol.34. – P.2593–2598.
4. Неотложная нейрохирургия: Рук-во для врачей / Под ред. В.В. Лебедева, В.В. Крылова. – М., 2000.
5. Лелягин Г.В. Эндоскопия в лечении нетравматических внутримозговых гематом: Дис...к. м. наук. – Новосибирск, 2005.
6. Полякова Л.Н. Метод пункционно-аспирационного удаления гипертензивных внутримозговых гематом в сочетании с локальным фибринолизом: Дис... канд. мед. наук. – М., 2005.
7. Ширинов А.В. Супратенториальные гипертензивные внутримозговые кровоизлияния, осложненные острой обструктивной гидроцефалией и прорывом крови в желудочковую систему: Дис... докт. мед. наук. – М., 2006.
8. Пат. 65382 РФ. Канюля для удаления внутримозговых гематом / Берснев В.П., Агзамов М.К., Агзамов И.М. // Бюлл. – 2007. – № 22.
9. Пат. 2336030 РФ. Способ удаления внутримозговых гематом / Берснев В.П., Агзамов М.К., Никитин П.И. // Бюлл. – 2008. – № 29.

УДК 616.895.4-053

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ-ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

С.В. ЖУКОВ, Е.Г. КОРОЛЮК*

Ключевые слова: хронический социальный стресс

Для России проблема вынужденных переселенцев (ВП) стала особенно актуальна в последние годы, когда на ее территории один за другим возникали очаги осложненных чрезвычайных

ситуаций (ЧС). В то же время сложная демографическая ситуация в самой России и длительная социально-экономическая и политическая нестабильность на прилегающих территориях, привели к потоку лиц, вырванных из привычных этнокультурных и микросоциальных условий. Следовательно, на территории РФ формируется целая категория людей, в той или иной мере испытывавших длительное воздействие выраженного стресса [3].

Отдаленные последствия пребывания ребенка в зоне осложненной чрезвычайной ситуации изучены недостаточно. Существующая нормативная база, регламентирующая диспансеризацию детского населения, не учитывает отдаленные последствия влияния осложненной ЧС на детский организм. Через 4-5 лет после пребывания в зоне осложненной ЧС большинство семей теряют статус ВП, а многие пострадавшие даже и не получают его. Таким образом, на любом педиатрическом участке России может появиться ребенок, переживший тяжелый стресс в анамнезе [1, 2, 5]. Однако пребывание в условиях хронического социального стресса не может не отразиться на состоянии психической и социальной сферы ребенка, не следует забывать об этнокультуральном шоке, испытываемом ребенком в случае вынужденной миграции с территории осложненной ЧС. У ребенка происходит неоднократная ломка стереотипов поведения, вынужденная как самой ЧС, так и вынужденной миграцией [4, 6].

Цель работы – изучение патогенетических механизмов формирования уровня здоровья подростков-ВП, находящихся в условиях хронического социального стресса.

Таблица 1

Напряженность корреляционных связей характера внесемейных микросоциальных взаимоотношений ВП в различные сроки после пребывания в зоне ЧС*

Градации фактора	Сроки мониторинга (n=106)							
	1 год		2 года		5 лет		10 лет	
	k	p<	k	p<	k	p<	k	p<
Количество друзей у подростка								
Много друзей	-0,50	-	-0,13	0,001	-0,13	0,001	-0,13	0,001
1-2 друга	0,22	0,05	0,15	0,001	0,15	0,001	0,22	0,001
Нет друзей	-0,27	0,05	0,06	0,05	0,06	-	-0,04	0,001
Взаимоотношения со сверстниками								
Конфликтн.	-0,15	-	0,28	0,001	0,28	0,001	0,24	0,001
Враждебн.	0,26	-	0,25	0,001	0,25	0,001	0,25	0,001
Равнодуш.	-0,07	0,05	0,07	0,05	0,07	0,001	0,12	0,001
Симпатия	-0,14	0,001	-0,05	0	-0,05	0,001	-0,10	0,001
Сотруднич.	0,42	0,001	0,06	0,05	0,06	-	0,02	-
Общие интересы со сверстниками								
Нет	0,17	-	0,24	0,001	0,24	0,001	0,24	0,001
Имеются	-0,57	-	-0,14	0,001	-0,14	0,001	-0,14	0,001
Предпочтение в общении								
Взрослые	0,31	0,001	0,04	-	0,04	0,001	0,10	0,001
Сверстники	-0,43	0,001	-0,07	0,001	-0,07	0,001	-0,13	0,001
Нет	0,20	-	0,12	0,001	0,12	0,001	0,14	0,01
Наиболее благоприятны взаимоотношения								
Внутри семьи	0,28	-	0,11	0,001	0,11	0,001	0,14	0,001
Внесемейн.	-0,46	-	-0,08	0,001	-0,08	0,001	-0,15	0,001
Нет предпочтения	0,24	-	-0,04	0	-0,04	0,05	0,07	0,05
Девiantное поведение у друзей подростка								
Отклоняющ. поведение	0,42	-	0,03	-	0,03	0,001	0,06	-
Уголовно наказуемые действия	0,38	0,001	0,16	0,001	0,16	0,001	0,26	0,001
Нет	-0,04	0,001	-0,14	0,001	-0,14	0,001	-0,12	0,001
Отношение к обучению в школе								
Позитив	0,57	0,001	0,07	0,01	0,07	0,001	-0,10	0,001
Негатив	-0,12	0,001	-0,13	0,001	-0,13	-	0,02	0,01
Нейтрал.	-0,17	0,001	0,06	0,05	0,06	0,001	0,08	0,05

Здесь и далее в табл. сравнение проводится с популяционной выборкой коренного населения n=1107 выровненной по полу и возрасту

Материалы и методы. Нами было обследовано 1320 подростка обоего пола в возрасте 10–16 лет, из них 176 ребенка I–II группы здоровья (основная группа) прибыли из зоны осложненной ЧС 5 и более лет назад, остальные дети I–III группы здоровья (контрольная группа) не были в течении жизни подвержены действиям ЧС. Обследование проводилось на базе общеобразовательных школ г. Твери, Тулы и Плавска (Тульская область).

Клиническую оценку уровня здоровья проводили по разработанной в НИИ гигиены детей и подростков методике, включающей анализ физического и нервно-психического развития, заболеваемость по обращаемости, заболеваемость по результатам комплексных и индивидуальных осмотров, определение групп

* Тверская ГМА