РАЗДЕЛ IV. МЕДИЦИНА

Гасымзаде Г.Ш.

Определение точной локализации места и глубины повреждения при острой черепно-мозговой травме

*Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей
им.А.Алиева*

(Азербайджан, Баку)

doi: 10.18411/sr-10-12-2019-15

idsp: sciencerussia-10-12-2019-15

Аннотация

Изучены результаты КТ 90 лиц с ЧМТ. Средний возраст пациентов составил $31,56 \pm 2,09$ года. Мужчин было 88,9%, женщин - 11,1%. Тяжесть ЧМТ оценена с помощью шкалы комы Глазго (ШКГ). КТ проводилась по стандартной методике в обычном режиме без контрастирования. Основными причинами ЧМТ явились дорожно-транспортные происшествия (ДТП) (60,0%) и падения (32,2%). В 43,3% случаев диагностировалась легкая степень ЧМТ, средний балл ШКГ (Шкала Комы Глазго) - $13,14 \pm 0,84$. Средняя степень ЧМТ отмечалась в 44,4% случаев, средний балл - $9,2 \pm 1,28$ и тяжелая степень ЧМТ - в 12,2% случаев, средний балл - $6,36 \pm 1,27$. Смешанные поражения имеют более низкий показатель ШКГ ($9,78 \pm 1,65$), чем одиночные поражения ($12,89 \pm 1,24$). Наиболее низкие величины ШКГ имеют смешанные поражения в сочетании с переломами ($6,42 \pm 1,03$).

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, дорожно-транспортные происшествия, компьютерная томография, шкала комы Глазго

Компьютерная томография (КТ) идеально подходит для немедленной диагностики патологического процесса у пациентов после травмы. Это широкодоступный и быстрый метод, позволяет осуществить тщательный мониторинг нестабильных состояний у пациентов, а также очень чувствительный при обнаружении острых гематом и депрессивных переломов которые требуют экстренного хирургического вмешательства [1,2].

Вместе с тем отмечается, что при черепно-мозговой травме нередки и диагностические ошибки, которые в среднем могут составить 25-30% [3], что еще раз подтверждает сложность своевременного и тщательного диагностирования тяжести и характера повреждений. Противоречия в диагностике чаще встречаются при ЧМТ легкой степени, которая, по данным различных исследований, в структуре всех ЧМТ составляет 85-90% случаев [4].

Цель - анализ результатов компьютерной томографии у пациентов с острой черепно-мозговой травмой и выявление взаимосвязи с показателями шкалы комы Глазго.

Материал и методы исследования. С 2014 по 2016 гг. изучены результаты КТ 90 лиц с ЧМТ. Возраст пострадавших колебался в пределах от 20 до 50 лет, средний возраст составил $31,56 \pm 2,09$ года. Мужчин было 80 (88,9%), женщин - 10 (11,1%).

Критериями включения в исследование явились: пострадавшие всех возрастных групп с ЧМТ независимо от пола, которым была проведена КТ; пациенты с оценкой по шкале комы Глазго (ШКГ) менее 15. У 54 (60,0%) пострадавших причиной ЧМТ послужило ДТП, у 29 (32,2%) - падение, у 6 (6,7%) - спортивная травма и у 1 (1,1%) - криминальная травма.

Проведено обследование пациентов, при этом учитывались пол, возраст пострадавшего, механизм травмы, ее тяжесть. После первоначальной помощи тяжесть ЧМТ оценена с помощью шкалы комы Глазго (ШКГ). По шкале комы Глазго тяжесть нарушения определяется следующими баллами: нормальное состояние – 15 баллов, легкое нарушение – 12-14 баллов, среднее нарушение – 8-11 баллов, тяжелое нарушение – < 7 баллов. Основным показателем для оценки тяжести ЧМТ по ШКГ являлось угнетение уровня бодрствования.

Выполнялись нативные компьютерно-томографические исследования на компьютерном томографе Aquilion 16 Model TSX -101A фирмы Toshiba (Япония). Исследования проводились при поступлении. На томограммах оценивали состояние костей черепа, мягких тканей головы, эпидуральных, субдуральных, субарахноидальных пространств и желудочковой системы. Полученные данные сопоставляли с результатами осмотра, традиционного рентгенологического исследования черепа и неврологического статуса. На томограммах оценены основные характеристики ЧМТ – целостность костей черепа (наличие или отсутствие переломов), показатели плотности вещества головного мозга, состояние желудочковой системы головного мозга, наличие и характеристики внутричерепных кровоизлияний, локализация очага ушиба головного мозга относительно сагиттальной плоскости.

Результаты исследований и их обсуждение. Частота ушибов составила 33,3%. Достаточно высокий процент составили переломы – 28,9%. У 23 (25,6%) пострадавших одновременно отмечались различные сочетания видов ЧМТ: ушиб и сдавление гематомой (10), ушиб и субарахноидальное кровоизлияние (4), диффузное аксональное повреждение и ушиб (6), ушиб головного мозга со сдавлением гематомой и субарахноидальным кровоизлиянием (3).

Исследования показали, что у лиц с ЧМТ в результате ДТП (n=54) наиболее часто отмечались ушибы – у 26 (48,1%) пострадавших и сотрясение – у 15 (27,8%). У лиц, получивших ЧМТ в результате падения (n=29), чаще отмечались переломы – у 16 (55,2%) и смешанные повреждения – 11 (37,9%).

Ушибы (n=30) (контузии) и сотрясения (n=33) легкой степени выявлялись соответственно у 13 (43,3%) и 26 (78,8%) пациентов, средней степени – у 15 (50,0%) и 6 (18,2%) и тяжелой степени у 2 (6,7%) и 1 (3,03%) пострадавшего. Линейные переломы диагностированы у 26 (28,80%) пациентов.

У 39 (43,3%) диагностировалась легкая степень ЧМТ, т.е. баллы по ШКГ колебались в диапазоне от 12 до 14 баллов (средний балл – $13,14 \pm 0,84$). Средняя степень ЧМТ отмечалась у 40 (44,4%) больных, показатели по ШКГ варьировались от 8 до 11 баллов (средний балл – $9,2 \pm 1,28$) и тяжелая степень ЧМТ – у 11 (12,2%), у которых показатели по ШКГ колебались в интервале от 7 до 5 баллов (средний балл – $6,36 \pm 1,27$).

Основными причинами ЧМТ явились ДТП (60,0%) и падения (32,2%). Следует отметить, что многие исследователи также отмечают, что ДТП и падения являются основными механизмами получения ЧМТ [7,9,11,12]. По данным нашего исследования наиболее частыми были сотрясения у 33 пациентов и ушибы – у 30 пациентов. У 26 пострадавших произошли линейные переломы.

Пострадавшие, имеющие смешанные повреждения и переломы имели низкий уровень баллов по шкале комы Глазго, по сравнению с пациентами у которых диагностировалось одно поражение и перелом. Следовательно, чем тяжелее ЧМТ, тем больше снижен уровень баллов по ШКГ. Классификация тяжести черепно-мозговых травм как легкие, умеренные или тяжелые, осуществляется по данным баллов ШКГ.

У пациентов со смешанной травмой средний балл по ШКГ составил $9,78 \pm 1,65$, со смешанной травмой с переломами – $6,42 \pm 1,03$, с одиночной травмой – $12,89 \pm 1,84$, с одиночной травмой с переломом – $7,35 \pm 1,46$.

Таким образом, КТ является одним из наиболее важных методов для определения точной локализации места и глубины повреждения при острой ЧМТ.

1. Китаев В.М., Китаев С.В. Лучевая диагностика заболеваний головного мозга. Москва: МЕДпресс-информ. 2015. 136 с.
2. Hans P., Mehrotra A., Kumar P., Agarwal M. et al. Role of Computerized Tomography as Prime Imaging Modality in the Evaluation of Traumatic Brain Injury // Int J AdvInteg Med Sci. 2017. vol.2(1). p.17-23.
3. Киндаров З.Б., Идалов М.М., Умаров Р.М. и др. Сочетанная черепно-мозговая травма в Чеченской Республике: эпидемиология и исходы / Матер. Всерос. науч. практ. конф. «Поленовские чтения». СПб. 2007.- с. 37-38.
4. Пономарева Е.Н., Сорокин А.А., Николайчик И.Р., Рухлядев И.С. и др. Легкая черепно-мозговая травма: структура и причины диагностических ошибок // Медицинские новости. 2011. №7. с.54-57.

Каменева И.Ю., Дуянова О.П., Краснобаева Е.Н.

Современные подходы к выбору терапии миомы матки

*ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»
(Россия, Орёл)*

doi: 10.18411/sr-10-12-2019-16

idsp: sciencerrussia-10-12-2019-16

Аннотация

По статистике миома занимает 2-е место среди гинекологических заболеваний после воспаления, но 1-е среди опухолей. Целью нашего исследования является определение частоты проведения операционных манипуляций по поводу миомы матки с выбором наиболее оптимальной для женщины, а также изучение наиболее современных и эффективных препаратов лекарственной терапии. Считается, что примерно 30-35% женщин страдают этим заболеванием. Частота этого заболевания, к сожалению, растет. В Соединенных Штатах Америки ежегодно примерно 200 тысяч гистерэктомий, то есть удалений матки, происходит в связи с миомами [7].

Ключевые слова: миома матки, улипристал ацетат, гистерэктомия, консервативная миомэктомия

Миома матки – это доброкачественная, хорошо отграниченная, капсулированная опухоль, образующаяся из мышечной и соединительной ткани матки [1, 8]. Причины развития миомы матки все еще остаются до конца неизученными, но существуют факторы риска, которые предрасполагают к возникновению доброкачественной опухоли матки: женский возраст, гормональный дисбаланс (нарушение уровня стероидных гормонов), наследственная предрасположенность, избыточная масса тела, нарушения менструального цикла, хронические гинекологические и экстрагенитальные (не связанные с половой системой) заболевания, аборты и выскабливания матки, синдром поликистозных яичников, поздняя беременность [7].

Особенности лечения заболевания зависят от многих факторов [10, 7]:

1. Возраст пациентки. Тактика борьбы с заболеванием у молодой женщины и женщины старшего возраста отличаются. В репродуктивном возрасте важно сохранить детородный орган, репродуктивную функцию женщины, сохранить шанс на рождение ребенка. В старшем возрасте заболеванию нередко сопутствуют различные осложнения, что становится показанием к хирургической операции, в некоторых случаях экстирпации матки.
2. Размер доброкачественного образования. Метод лечения выбирают в зависимости от локализации и размера миомы. [5] Согласно рекомендациям Европейского Общества Репродукции Человека