

ՀՏԴ՝ 614.2

ՄԵԿՈՒՍԱՑՎԱԾ ԳԱՆՏՈՒՂԵՂԱՅԻՆ ՎՆԱՍՎԱԾՔԻՑ ՀԵՏՈ ՉԱՐԳԱՑՈՂ ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՍՈՒԲԴՆՈՒՐԱԼ ԱՐՅՈՒՆԱԿՈՒՅՏԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՄԵՆԵՋՄԵՆԹԻ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ, ԴՐԱՆՑ ԲԱՑԱՍԱԿԱՆ ԱՉԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ՆՎԱՉԵՑՄԱՆՆ ՈՒՂԴՎԱԾ ՄՈՏԵՑՈՒՄՆԵՐԸ

Միրզոյան Յ.Յ.¹, Հայրապետյան Ա.Կ.²

¹ ԵՊԲՀ, Նյարդավիրաբուժության ամբիոն

² ԵՊԲՀ, հանրային առողջության ամբիոն

Ստացված է 29.08.2019թ., գրախոսված է 27.09.2019թ., ընդունված է 26.11.2019թ.:

Բանալի բառեր՝ մեկուսացված գանգուղեղային վնասվածք, քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտ, կլինիկական մենեջմենթ:

Մեկուսացված գանգուղեղային վնասվածքից (ՄԳՈՒՎ) հետո զարգացող քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտով (այսուհետ՝ քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտ) հիվանդների թիվն աճում է վնասվածք ստանալու հաճախացմանը, վնասակար սովորույթների, մասնավորապես, ալկոհոլամոլության ավելացմանը, Էկոլոգիական փոփոխությունների և բնակչության ծերացմանը համընթաց [3, 7]: Այն հանդիպում է ոչ հազվադեպ, անմիջական կապ ունի ՄԳՈՒՎ-ի սուր շրջանում իրականացված բուժման, բուժփնմանարկից դուրս գրվելիս հիվանդներին տրվող խորհրդատվության և հսկողության իրականացման հետ: Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտը ՄԳՈՒՎ-ի հեռակա շրջանում հաճախ առաջացնում է կյանքին վտանգ սպառնացող վիճակ և պահանջում վիրահատական բուժում [6, 14]:

Բավականին բարդ է քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի ախտորոշման գործընթացի կազմակերպումը, քանզի բազմազան են դրա նյարդաբանական դրսևորումները և ընթացքը: Վնասվածքային բնույթի քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտը առավել հաճախ դրսևորվում է գիտակցության և հիշողության խանգարումներով, ընդհանուր գանգուղեղային երևույթներով, խոսքի համակցված խանգարումներով, վերջույթների պարետիկ երևույթներով, որոնք զուգորդվում են մկանային տոնուսի խանգարումներով, ունենում պսևդոտումորոզ

կլինիկական ընթացք [1, 9]: Վնասվածքային բնույթի քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի այսպիսի նյարդաբանական դրսևորումներն ու ընթացքը 32,8-41,5% դեպքում հանգեցնում է նախահոսպիտալային փուլում հիվանդներին բուժօգնություն ցույց տրվող բժիշկների՝ տեղամասային նյարդաբանների, ընտանեկան բժիշկների և այլնի կողմից թույլ տրվող ախտորոշման սխալների [2, 4, 11]:

Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտով հիվանդների բուժման հարցում գոյություն ունեցող բժշկականակերպական մոտեցումները միանշանակ չեն, կարիք է զգացվում մշակել ու զարգացնել բուժման տարբերակված մոտեցումներ [5, 8, 10, 13]: Դիսկուտաբիլ են առանձին դեպքերում ոչ միայն բուժման եղանակի, այլև վիրահատական մեթոդների ընտրությունը և ժամկետները, մասնավորապես նախավիրահատական շրջանի տևողությունը և այդ ընթացքում իրականացվող հետազոտությունների ծավալը [6, 11, 12]:

Ամփոփելով, կարող են փաստել, որ ՄԳՈՒՎ-ից հետո զարգացող քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի կլինիկական մենեջմենթում կան դիսկուտաբիլ բազմաթիվ մոտեցումներ, ինչն էլ առիթ է հանդիսացել սույն հետազոտությամբ նպատակ դնել ուսումնասիրելու կլինիկական մենեջմենթի խնդիրները, մշակել դրանց բացասական ազդեցության նվազեցմանն ուղղված մոտեցումներ:

Հետազոտության նյութը և մեթոդները

Հետազոտության առաջնային նյութ են հանդիսացել Երևան քաղաքի 3 նեղ մասնագիտացված բուժփնմանարկներում (ԲՀ)՝ «Արմենիա», «Սուրբ Գրիգոր Լուսավորիչ» և «Էրեբունի» ԲՀ-ներում և քաղաք Գյումրիի համանուն ԲՀ-ում քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտով հիվանդներին ցուցաբերված բժշկական օգնության կազմակերպմանն ու իրականացմանը վերաբերվող տվյալները, որոնք գրանցված են համա-

* ՆԱՍԱԿԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՍՑԵ

Յ.Յ. Միրզոյան
ԵՊԲՀ, Նյարդավիրաբուժության ամբիոն
Հասցե՝ Կոռյունի 2, 0025, ՀՀ, Երևան
Էլ. փոստ՝ m.hayk@mail.ru
Հեռ.՝ (+374) 43 43 20 20

պատասխան փաստաթղթերում՝ հիվանդության նկարագրերում: Այս ԲՅ-ները համալրված են գլխուղեղի համակարգչային շերտագրում (ՅՇ) իրականացնող սարքավորումներով, ունեն նյրադավիրաբուժական բաժանմունք կամ ծառայություն:

Յետազոտության մեջ ընդգրկվել են քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտով 165 հիվանդներ, որոնցից 140-ի մոտ ՄԳՈՒՎ-ի սուր շրջանում գլխուղեղի ՅՇ հետազոտություն չի իրականացվել, 160 հիվանդների շրջանում ռադիոլոգիական հետազոտություններով զանգոսկրի կոտրվածք չի հայտնաբերվել:

Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտը 83 հիվանդների մոտ հայտնաբերվել է ՄԳՈՒՎ-ից հետո 1 ամսվա ընթացքում, 31-ի մոտ՝ 1-ից 2 ամսվա, 11-ի մոտ՝ 2-ից 3 ամսվա ընթացքում, իսկ 40 հիվանդների շրջանում՝ 3 ամիս անց: Չնայած նրան, որ Կլինիկորեն քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտն արտահայտվել է գլխացավերով, ինչպես նաև 161 հիվանդների շրջանում՝ մենինգեալ կամ օջախային ախտանիշներով, 4-ի շրջանում՝ առանց այդ ախտանիշների:

Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտը հայտնաբերվել է գլխուղեղի ՅՇ հետազոտությամբ: Յիվանդներն ըստ գլխուղեղի ՅՇ հետազոտության կատարման ժամկետների բաժանվել են 2 խմբի: Առաջին խմբում առանձնացվել են այն 158 հիվանդները, որոնք հոսպիտալացվել են գլխուղեղի ՅՇ հետազոտությունից հետո կամ անցել են գլխուղեղի ՅՇ հետազոտություն հոսպիտալացման 0-24 ժամերին: Երկրորդ խմբում առանձնացվել են այն 7 հիվանդները, որոնց մոտ գլխուղեղի ՅՇ հետազոտություն է իրականացվել հիվանդի հոսպիտալացումից ավելի քան 24 ժամ հետո (աղյուսակ 1):

Առանձնացվել են հիվանդների տարիքային 3 խումբ՝ մինչև 40տ (9 հիվանդ), 41-59տ (60 հիվանդ) և 60տ և բարձր տարիքի (96 հիվանդ), ինչպես նաև ուղեկցող հիվանդություններով տառապող հիվանդների խումբ (96 հիվանդ) և այդպիսի հիվանդություններ չունեցող հիվանդների (69 հիվանդ) խումբ (աղյուսակ 2):

Գլխուղեղի ՅՇ հետազոտության եզրակացությունում նշվել է քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտ կամ քրոնիկական սուբդուրալ բազմախոռոչանի արյունակույտ, կամ կազմավորման փուլում գտնվող քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտ: Յիվանդները բաժանվել են երկու խմբի, որոնցից մեկում առանձնացվել են 123 հիվանդ, որոնց շրջանում կատարված գլխուղեղի ՅՇ հետազոտության եզրակացության մեջ նկարագրվել է քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտ, իսկ մյուս խմբում ընդգրկվել են 42 հի-

վանդ, որոնց մոտ ՅՇ եզրակացությամբ նկարագրվել է բազմախոռոչանի կամ կազմավորման փուլում գտնվող քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտ (աղյուսակ 3):

Արյունակույտը դատարկվել է տարբեր վիրահատական եղանակներով: Ըստ այդմ հիվանդները բաժանվել են 3 խմբի: 1-ին խմբում ընդգրկվել են 81 հիվանդ, որոնց մոտ արյունակույտը հեռացվել է տրեֆինացիոն անցքերի միջոցով, մյուսում 56 հիվանդ՝ ռեզեկցիոն տրեպանացիայով, իսկ 3-րդ խմբում 28 հիվանդ՝ ոսկրապլաստիկ տրեպանացիայով (աղյուսակ 3):

Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի նյարդաբանական դրսևորման առավել ծանր ձևերն ընդգծելու համար՝ հիմք ընդունելով Լիխտերման-Կոնովալովի գիտակցության խանգարման և Գլազգոյի կոմայի սանդղակները (Glasgow Coma Scale, ԳԿՍ)՝ մեր կողմից մշակվել և առաջարկվել է գիտակցության խանգարման գնահատման դյուրին կիրառելի երկաստիճան աշխատանքային սանդղակ, որում առանձնացվել են գիտակցության խանգարման սահմանային և ոչ սահմանային վիճակներ: Գիտակցության խանգարման ոչ սահմանային վիճակ է համարվել պարզ գիտակցությամբ (կամ 15 բալ ըստ ԳԿՍ-ի), ինչպես նաև չափավոր և խորը մթազման (կամ 11-14 բալ ըստ ԳԿՍ-ի) մակարդակներում գիտակցության խանգարմամբ դրսևորվող քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտը, որը դիտվել է 138 հիվանդի շրջանում: Գիտակցության խանգարման սահմանային վիճակ է համարվել սոպորի (կամ 9-10 բալ ըստ ԳԿՍ-ի) և կոմայի (կամ 3-8 բալ ըստ ԳԿՍ-ի) մակարդակներում գիտակցության խանգարմամբ դրսևորվող քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտը, որը դիտվել է 27 հիվանդի շրջանում (աղյուսակ 4): Այս խմբերում առանձնացվել են երկու ենթախումբ ըստ վիրահատության իրականացման ժամկետի (աղյուսակ 5): Առաջին ենթախմբում ընդգրկվել են քրոնիկ սուբդուրալ արյունակույտով հիվանդները, որոնք վիրահատվել են ընդունվելուց հետո առաջին 24 ժամում (ոչ սահմանային վիճակում գտնվող հիվանդներ՝ 114, սահմանային՝ 27), երկրորդ ենթախմբում՝ ավելի ուշ ժամկետում վիրահատված հիվանդները (ոչ սահմանային վիճակում գտնվող հիվանդներ՝ 24, սահմանային՝ չեն եղել):

Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտով վիրահատված հիվանդներից 6-ը ենթարկվել են կրկնակի վիրահատության՝ ռեակումուլյացիայի կամ գլխուղեղի ճնշում առաջացնող պնևմոցեֆալիայի զարգացման կապակցությամբ:

Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի զարգացումն ավարտվել է անցանկալի ելքով 29 հի-

Աղյուսակ 1

Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի ախտորոշման սխալները, դրանց կապը գլխուղեղի ՉՇ հետապոտության իրականացման ժամկետից

Գլխուղեղի ՉՇ հետապոտության ժամկետն ըստ խմբերի	Ախտորոշման սխալ				Ընդամենը	
	չկա		կա			
	n	%	n	%	n	%
Հոսպիտալային փուլ						
1-ին խումբ	156	98,7	2 ^c	1,3	158	95,8
2-րդ խումբ	2	28,6	5 ^c	71,4	7	4,2
Ընդամենը	158	95,8	7^a	4,2	165	100,0
Նախահոսպիտալային փուլում նյարդավիրաբույժի խորհրդատվություն						
Ընդամենը	79	84,0	15^{a,b}	16,0	94	100,0
Շտապ օգնության բրիգադի, պոլիկլինիկայի՝ տեղամասային նյարդաբանի ախտորոշում						
Ընդամենը	3	6,0	47^{a,b}	94,0	50	100,0

Ծանոթություն՝ ^aχ² =66,57, p<0,0001; ^bχ² =81,08, p<0,0001; ^cχ² =81,23, p<0,0001

Աղյուսակ 2

Վնասվածքային քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի ռիսկի գործոնները

Ուսումնասիրվող ցուցանիշներ	n	%
Տարիքային խմբեր		
≤40 տ.	9 ^a	5,4
41-59 տ.	60 ^a	36,4
≥60 տ.	96 ^a	58,2
Ուղեկցող հիվանդություններ		
Կան	96 ^b	58,2
Չկան	69 ^b	41,8
Ընդամենը	165^{a,b}	100,0

Ծանոթություն՝ ^a z = 1,89, p<0,0001, ^b z = 2,11, p = 0,035

Աղյուսակ 3

Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի դատարկման համար վիրահատական մուտքի ընտրության կապը գլխուղեղի ՉՇ հետապոտության արդյունքից

Ելք	Վիրահատական մուտք (խմբերով)						Ընդամենը	
	1-ին խումբ		2-րդ խումբ		3-րդ խումբ			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտ (ըստ ՉՇ նկարագրության)								
Լավ	51	81,0	41	87,2	9	69,2	101	82,1
Բավարար	7	11,1	5	10,6	4	30,8	16	13,0
Բացասական	5	7,9	1	2,1	0	0,0	6	4,9
Ընդամենը	63^b	51,2	47^{a,b}	38,2	13^{a,b}	10,6	123	100,0
Կազմավորման փուլում գտնվող, բազմախոռոչանի արյունակույտ (ըստ ՉՇ նկարագրության)								
Լավ	14	77,8	8	88,9	13	86,7	35	83,3
Բավարար	4	22,2	1	11,1	2	13,3	7	16,7
Բացասական	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ընդամենը	18	42,9	9¹	21,4	15¹	35,7	42	100,0
Ընդամենը								
Լավ	65	80,2	49	87,5	22	78,6	136	82,4
Բավարար	11	13,6	6	10,7	6	21,4	23	13,9
Բացասական	5	6,2	1	1,8	0	0,0	6	3,6
Ընդամենը	81^c	49,1	56^c	33,9	28^c	17,0	165	100,0

Ծանոթություն՝ ^aχ² = 14,71, p = 0,001; ^bz = 5,13, p < 0,0001; ^cz = 1,35, p < 0,0001

վանդների շրջանում, որոնցից 23-ի մոտ զարգացել են հաշմանդամության բերող մնացորդային երևույթներ, 6-ի մոտ մահվան ելք: Ըստ այդմ, քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի ելքը պայմանականորեն բաժանվել են 3 խմբերի՝ լավ ելք, բավարար և բացասական ելք:

Հավաքագրված տվյալներն ու բոլոր պարամետրերի արժեքները ծածկագրվել և մուտքագրվել են մեր կողմից մշակված համակարգչային տվյալների բազա: Հետազոտության առաջնային նյութի վիճակագրական վերլուծությունը իրականացվել է SPSS 22.0 համակարգչային ծրագրի կիրառմամբ (Statistical Package for the Social Sciences - SPSS Inc, an IBM company, Chicago, Illinois, USA): Զանազան փոփոխականների համար հաշվարկվել են միջին արժեքները և միջինից վիճակագրական շեղումներն ու ստանդարտ սխալները, իսկ կատեգորիական պարամետրերի համար հաշվարկվել են տոկոսային հարաբերությունները կամ համամասնությունները: Կատեգորիական պարամետրերի համամասնությունների համեմատության դեպքում ուսումնասիրվող ցուցանիշների տարբերության հավաստիությունը գնահատվել է ² (խի-քառակուսի) վիճակագրական թեստի միջոցով: Հաշվարկվել է ճշմարտանմանության հարաբերությունը: Շանսերի հարաբերության համար հաշվարկվել է 95,0% վստահելիության միջակայքը: Արդյունքները համարվել են վիճակագրորեն հավաստի առաջին տիպի սխալի հավանականության $p < 0,05$ դեպքում, իսկ վստահելիության միջակայքը հավաստի է համարվել այն դեպքում, երբ չի ներառել 1 արժեքը:

Արդյունքները և քննարկումը

Հետազոտության արդյունքներով ակնհայտ դարձավ, որ քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի կլինիկական մենեջմենթում առկա են մի շարք թերացումներ, ինչպես նախահոսպիտալային, այնպես էլ հոսպիտալային փուլում:

Այսպես, քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտով 97,0% (160) հիվանդների շրջանում գանգոսկրի կոտրվածք չի հայտնաբերվել, իսկ 84,8% (140/165) հիվանդների շրջանում ԳՈՒՎ-ի սուր շրջանում չի իրականացվել գլխուղեղի ՅՇ հետազոտություն: Սա նշանակում է, որ այդ հիվանդների շրջանում, նույնիսկ գանգի ռենտգենաբանական հետազոտություն իրականացնելով, չի լուծվում ներգանգային վնասվածքային փոփոխությունների հայտնաբերման, բուժման և հետագա զարգացումների հսկողության խնդիրները, որոնց արդյունքում քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտը ձևավորվում և հայտնաբերվում

է ուշ շրջանում: Մասնավորապես այն 50,3% (83) դեպքում հայտնաբերվում է ՄԳՈՒՎ-ից հետո 1 ամսվա ընթացքում, 18,8% (31) դեպքում՝ 1-ից 2 ամսվա, 6,7% (11)-ում՝ 2-ից 3 ամսվա ընթացքում, իսկ 24,2% (40) դեպքում՝ 3 ամիս հետո: Չնայած նրան, որ քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտը 97,6% (161) դեպքերում դրսևորվում է մենինգեալ կամ օջախային ախտանիշներով, այնուամենայնիվ, բազմաթիվ սխալներ են թույլ տրվում պոլիկլինիկայի նյարդաբանների կամ շտապ օգնության բժիշկների կողմից (94,0%(47)), որը կարող է պայմանավորված լինել ՄԳՈՒՎ-ից հետո պահպանվող մնացորդային երևույթներով կամ զարգացող ախտանիշների թույլ արտահայտվածությամբ և դրանք չեն դիտարկվել որպես ՅՇ հետազոտության ցուցում: Ավելին, երբեմն ախտորոշման սխալները թույլ են տրվում նույնիսկ նեղ մասնագիտացված ԲՅ-ներում (4,2%(7)), որոնք ճշտվում են ՅՇ հետազոտությունից հետո: Այս պնդումը մեր կողմից հիմնավորվեց վիճակագրական վերլուծության արդյունքներով, որով ուսումնասիրվել էր նախահոսպիտալային ու հոսպիտալային փուլերում թույլ տրված ախտորոշման սխալների կապը գլխուղեղի ՅՇ հետազոտության կատարման ժամկետից (աղյուսակ 1): Ախտորոշման սխալները զգալիորեն ավելի հաճախակի են թույլ տվել շտապ օգնության բրիգադների կամ տեղամասային նյարդաբանների (94,0%(47/51)) և նյարդավիրաբույժների (16,0% (15/94)) կողմից նախահոսպիտալային փուլում, քան հոսպիտալային փուլում 4,2% (7/165)՝ $2=66,57$, $p < 0,0001$: Ի դեպ, նախահոսպիտալային փուլում ախտորոշման սխալները զգալիորեն ավելի հաճախակի են թույլ տվել շտապ օգնության բրիգադները և տեղամասային նյարդաբանները ($2=81,08$, $p < 0,0001$), քան նյարդավիրաբույժները՝ խորհրդատվության արդյունքում: Հոսպիտալային փուլում ախտորոշման սխալների պատճառ է հանդիսացել գլխուղեղի ՅՇ հետազոտության իրականացման ձգձգումը, քանզի այդ սխալները հիվանդների 2-րդ խմբում (71,4%(5/7)) հանդիպել են առավել հաճախակի ($2=81,23$, $p < 0,0001$), քան 1-ին խմբում (1,3%(2/158)): Հետևապես, կարելի է նվազեցնել ախտորոշման սխալները ՄԳՈՒՎ-ի սուր շրջանում գլխուղեղի ՅՇ հետազոտության իրականացմամբ, և դրանից հետո նվազագույնը 3 ամիս տևողությամբ հսկողություն սահմանելով՝ ոչ միայն կլինիկական, այլև ՅՇ դիսամիկ հսկողություն:

Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի կլինիկական մենեջմենթում կարևորվել է հիվանդների խոցելի խմբերի հայտնաբերումը, որի համար ուսումնասիրվել է քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի զարգացման

Աղյուսակ 4

Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի ելքի կախվածությունը գիտակցությունից

Ելք	ԳԻՏԱՍ-ով վիճակը				Ընդամենը	
	ոչ սահմանային		սահմանային		n	%
	n	%	n	%		
Լավ կամ բավարար	24*	88,9	135*	97,8	159	96,4
Բացասական	3*	11,1	3*	2,2	6	3,6
Ընդամենը	27	16,4	138	83,6	165	100,0

Ծանոթություն՝ * $\chi^2 = 5,12, p = 0,024, OR = 5,6 (95\% CI 1,1-29,5)$

Աղյուսակ 5

Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի ելքի կախվածությունը գիտակցությունից և վիրահատության ժամկետից

գիտակցություն ըստ ԳԻՏԱՍ-ի	Վիրահատության ժամկետ (ժամ)	Ելք						Ընդամենը	
		դրական		բավարար		բացասական		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Ոչ սահմանային	≤24	95	83,3	17	14,9	2	1,8	114	82,6
	>24	19	79,2	4	16,7	1	4,2	24	17,4
	ընդամենը	114	82,6	21	15,2	3	2,2	138	100,0
Սահմանային	≤24	22	81,5	2	7,4	3	11,1	27	100,0
	>24	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	ընդամենը	22	81,5	2	7,4	3	11,1	27	100,0
Ընդամենը		136	82,5	23	13,9	6	3,6	165	100,0

հաճախականությունը տարբեր տարիքային խմբերում (≤40, 41-59, ≥60 տարեկան), ինչպես նաև ուղեկցող հիվանդություններ ունեցող և չունեցող հիվանդների խմբերում: Ստացված արդյունքներից պարզվել է (աղյուսակ 2), որ քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտը հավաստիորեն ($z=1,89, p<0,0001$) ավելի հաճախակի է զարգացել ≥60 տարեկան հիվանդների խմբում (58,2% (94)), քան մյուս տարիքային խմբերում (≤40 տ.՝ 5,4% (9), 41-59 տ.՝ 36,4% (60)), ինչպես նաև ուղեկցող հիվանդություններ ունեցող (58,2% (96)) հիվանդների խմբում ($z=2,11, p=0,035$), քան նման հիվանդություններ չունեցող հիվանդների (41,8% (69)):

Ուսումնասիրվել են քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի կլինիկական մենեջմենթի խնդիրները կապված գլխուղեղի ՅՇ հետազոտության արդյունքներով պայմանավորված վիրահատական եղանակի ընտրության և ելքի հետ (աղյուսակ 3): Վերլուծության արդյունքներից պարզվել է, որ քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի ելքն անկախ արյունակույտի խոռոչի պարունակությունից էապես չի տարբերվել, թե ինչպիսի վիրահատական եղանակ է կիրառվել դրա դատարկման համար (քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի դեպքում՝ $p=0,163$, քրոնիկական սուբդուրալ բազմախոռոչանի կամ կազմավորման փուլում գտնվող արյունակույտի դեպքում՝ $p=0,698$): Այսինքն, առավել նախընտրելի են ինսյոդական վիրահատական եղանակները:

Մինչդեռ պարզվել է, որ հիվանդների խմբում, որոնց մոտ ՅՇ եզրակացությունում նկարագրվել է քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտ, այն հավաստիորեն ավելի հաճախակի է դատարկվել ռեզեկցիոն տրեպանացիայի միջոցով (38,2% (47/123)), քան հիվանդների մյուս խմբում, որոնց ՅՇ եզրակացության մեջ նկարագրված է եղել արյունակույտ կազմավորման փուլում կամ բազմախոռոչանի քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտ (21,4% (9/42)): Այս խմբում զգալիորեն ավելի հաճախ է իրականացվել ոսկրապլաստիկ տրեպանացիա (35,7% (15)), քան նախորդ խմբում (10,6% (13)), $\chi^2=14,71, p=0,001$: Սա կարող է բացատրվել միայն սուբյեկտիվ գործոններով, ինչը մասնավորապես, կախված է նյարդավիրաբույժի նախասիրությունից: Չնայած դրան, պետք է նկատել նաև, որ ընդհանուր առմամբ ՅՇ եզրակացությունում քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի նկարագրությամբ հիվանդների խմբում արյունակույտը դատարկվել է ավելի հաճախակի տրեֆինացիոն անցքերով (51,2% (63)), քան մյուս երկու վիրահատական եղանակներով ($z=5,13, p<0,0001$):

Գլխուղեղի ՅՇ հետազոտության եզրակացությունում բազմախոռոչանի քրոնիկական կամ կազմավորման փուլում սուբդուրալ արյունակույտի նկարագրությամբ հիվանդների խմբում նկատելի տարբերություն չի նշվել՝ վիրահատական մուտքերի հետ կապված: Առհասարակ, արյունակույտի դատարկման համար ավելի նախընտրելի է տրեֆինացիոն

անցքերի միջոցով արյունակույտի դատարկումը (49,1% (81)), քան ոսկրապլաստիկ տրեպանացիան (17,0% (28)) կամ ռեզեկցիոն տրեպանացիան (33,9% (56)), ($z=1,35$, $p<0,0001$):

Վերլուծության է ենթարկվել քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի ելքի կախվածությունը գիտակցության խանգարման վիճակից, որում գտնվում է հիվանդը ԲՀ ընդունվելիս (աղյուսակ 4): Պարզվել է, որ հիվանդների 1-ին խմբում (27) քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի բացասական (մահվան) ելքը դիտվել է հավաստիորեն ավելի հաճախակի (11,1% (3)), քան լավ և բավարարելիքը միասին (88,9% (24)), ի տարբերություն հիվանդների 2-րդ խմբի (138), որտեղ բացասական ելքը դիտվել է 2,2% (3), մյուս ելքերը՝ 97,8% (135), ($\chi^2=5,12$, $p=0,024$, $OR=5,6$ (95% CI 1,1-29,5)):

Ամփոփվել է քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի ելքի կախվածությունը վիրահատության իրականացման ժամկետից (աղյուսակ 5): Ստացված արդյունքներով՝ քրոնիկ սուբդուրալ արյունակույտի ելքը հավաստի կախվածություն չի ունեցել վիրահատության իրականացման ժամկետից: Ուստի, գիտակցության խանգարման ոչ սահմա-

նային վիճակով հիվանդների մոտ կարելի է պլաստիկ և իրականացնել վիրահատություն հիվանդի ընդունվելուց 0-24 ժամերում:

Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտով վիրահատված հիվանդների շրջանում հազվադեպ են կատարվել կրկնակի վիրահատություններ 3,6% (6): Դրանք կատարվել են ռեակումուլյացիայի կամ գլխուղեղի ճնշում առաջացնող պևմոցեֆալիայի հետ կապված: Քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի զարգացումն ավարտվել է անցանկալի ելքով 17,6% (29) դեպքերում (հաշմանդամություն առաջացնող՝ 14,0% (23), և նույնիսկ մահվան ելքով՝ 3,6% (6)):

Եզրակացություն

ՄԳՈՒՎ-ից հետո զարգացող քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի կլինիկական մենեջմենթում ակներև են բազմաթիվ խնդիրներ, որոնք վերաբերվում են ՄԳՈՒՎ-ից հետո իրականացվող հսկողությանը և նրա ժամկետներին, քրոնիկական սուբդուրալ արյունակույտի ախտորոշման և բուժման գործընթացի կազմակերպմանը: Այս խնդիրների բացասական ազդեցությունը նվազում է մշակված մոտեցումներով:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Жанаидаров Ж.С., Жалбагаев А.Е., Кульмухаматов А.С., Карачалова А.М. Хронические внутричерепные гематомы травматической этиологии // Вестник КазНМУ / Алматы, 4, 2014, с. 185-192
2. Малышев О.Б., Ющенко А.И., Вартанов С.В., Хрущ А.Л., Березюк М.В., Федулова Е.Н., Коста А.Н., Алеева Т.М., Заболотный А.Д. // Возрастные аспекты хронических субдуральных гематом / Международный неврологический журнал / Киев, 4(50), 2012, с. 82-88
3. Мирзабаев М.Ж., Дюсембеков Е.К., Алиев М.А., Халимов А.Р., Аханов Г.Ж., Николаева А.В.. Хроническая субдуральная гематома у лиц пожилого и старческого возраста // Вестник АГИУВ / Алматы, 1, 2018, с. 41-45
4. Полховский А.А. Ранняя диагностика, особенности течения и лечения хронических субдуральных гематом у больных пожилого и старческого возраста // Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Москва, 2007, 27 с.
5. Усанов Е.И., Устрехов А.В., Крылова А.И. К вопросу консервативного лечения внутричерепной гематомы. "Поленовские чтения" // Материалы XIV научно-практич. конференции / Санкт-Петербург, 2015, с. 108
6. Фролова И.А., Фролов В.В. //Хроническая субдуральная гематома./Судебная-медицина. Москва, 2(3), 2016, с. 32-34
7. Chen C.M., Yi H.Y., Yoon Y.H., Dong C. Alcohol Use at Time of Injury and Survival Following Traumatic Brain Injury: Results From the National Trauma Data Bank, J. Stud. Alcohol Drugs, 73(4), 2012, pp. 531-541
8. Coulter I.C., Koliass A.G., Marcus H.J., Ahmed A.I., Alli S., Al-Mahfoudh R., Borg A., Cowie C.J., Hill C.S., Joannides A.J., Jones T.L., Kailaya-Vasan A., Livermore J.L., Narayanamurthy H., Ngoga D., Shapey J., Tarnaris A., Gregson B.A., Gray W.P., Nelson R.J., Hutchinson P.J., Brennan P.M. Proposal for a prospective multi-centre audit of chronic subdural haematoma management in the United Kingdom and Ireland / Br. J. Neurosurg. 28(2), 2014, pp.199-203
9. Huang Y.H., Yang K.Y., Lee T.C., Liao C.C., Bilateral chronic subdural hematoma: what is the clinical significance? Int. J. Surg.; 11(7), 2013, pp. 544-8
10. Kageyama H., Toyooka T., Tsuzuki N., Oka K. Nonsurgical treatment of chronic subdural hematoma with tranexamic acid. J. Neurosurg., 119(2), 2013, pp. 332-7
11. Kitya D., Punchak M., Abdelgadir J., Obiga O., Harborne D., Haglund M., Causes, clinical presentation, management, and outcomes of chronic subdural hematoma at Mbarara Regional Referral Hospital, Neurosurg. Focus, 45(4), 2018, E7
12. Lee G.Y., Oh C.H., Shim Y.S., Yoon S.H., Park H.C., Park C.O., Hyun D. Comparison of drainage volume of chronic subdural hematoma according to drainage catheter type. Yonsei Med. J., 54(5), 2013, pp. 1091-7
13. Pahatouridis D., Alexiou G.A., Fotakopoulos G., Mihos E., Zigouris A., Drosos D., Voulgaris S. Chronic subdural haematomas: a comparative study of an enlarged single burr hole versus double burr hole drainage. Neurosurg. Rev. 36(1), 2013, pp. 151-5
14. Rabiou T.B. Chronic subdural hematoma: A survey of neurosurgeons' practices in Nigeria., Surgical Neurology International, 4(1), 2013, p. 58

РЕЗЮМЕ

ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА ХРОНИЧЕСКОЙ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ПОСЛЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ ИХ НЕГАТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Мирзоян А.О.¹, Айрапетян А.К.²

¹ ЕГМУ, Кафедра нейрохирургии

² ЕГМУ, Кафедра общественного здоровья

Ключевые слова: *головной мозг, изолированная травма, хроническая субдуральная гематома, клинический менеджмент.*

Количество больных с хронической субдуральной гематомой после изолированной черепно-мозговой травмы (ИЧМТ) растет с ростом травматизма, с увеличением вредных привычек, в частности, алкоголизма, а также с экологическими изменениями и старением населения. Хроническая субдуральная гематома после ИЧМТ встречается нередко. В развитии таких гематом имеют место лечение, проведенное в остром периоде ИЧМТ, а также рекомендации при выписке больных и уровень дальнейшего амбулаторного наблюдения. Вопросы клинического менеджмента хронической субдуральной гематомы после ИЧМТ все еще остаются дискуссионными, что послужило основанием для целенаправленного изучения проблем клинического менеджмента хронической субдуральной гематомы после ИЧМТ и разработки подходов, направленных на снижение их негативного воздействия.

Первичным материалом исследования послужили данные, касающиеся организации и оказания медицинской помощи в медицинских центрах (МЦ) Еревана и Гюмри. В Ереване исследования проводились в трех узкоспециализированных МЦ (“Армения”, “Эребуни”, “Святой Григорий Просветитель”), а в Гюмри – одноименном МЦ. В исследование были включены 165 больных с хронической субдуральной гематомой после ИЧМТ. У 83 больных хроническая субдуральная гематома была выявлена в течение 1 месяца после ИЧМТ, у 31 больного – в течение 1-2 месяцев, у 11 больных – в течение 1-2 месяцев, у 40 больных – после 3 месяцев. КТ-исследование головного мозга на догоспитальном этапе или в первые 24 часа госпитализации было произведено у 158 больных,

а 7-ым это исследование провели на следующий день госпитализации. Больные были прооперированы в разные сроки госпитализации и различными хирургическими методами. В первые 24 часа госпитализации были прооперированы 141 больной, в более поздние сроки – 24. Для удаления хронической субдуральной гематомы у 81 больного были наложены трепанационные отверстия, у 56 больных – резекционная декомпрессивная трепанация черепа, у 28 больных – костно-пластическая трепанация черепа. 136 больных были выписаны без существенного неврологического дефицита, у 23-х развилась инвалидность, а в 6 случаях наблюдался летальный исход.

Статистический анализ первичного материала исследования осуществлен с применением компьютерной программы SPSS 22.0 (статистический пакет для социальных наук).

Было выявлено, что допускаются многие диагностические ошибки на догоспитальном этапе, которые можно снизить с помощью амбулаторного динамического наблюдения, КТ-исследования головного мозга. Выяснилось, что наиболее уязвимыми являются больные с ИЧМТ возрастной группы «60 лет и старше». В исходах хронической субдуральной гематомы после ИЧМТ существенную роль имеют подходы клинического менеджмента на госпитальном этапе, а также уровень сознания больного при госпитализации. Установлены оптимальные сроки операции и хирургические методы.

Заключение. В клиническом менеджменте хронической субдуральной гематомы после ИЧМТ существует множество проблем, относящихся к медико-организационным подходам в диагностике и лечении хронической субдуральной гематомы после ИЧМТ; в связи с разработанными подходами негативное воздействие этих проблем уменьшается.

SUMMARY

PROBLEMS OF CLINICAL MANAGEMENT OF CHRONIC SUBDURAL HEMATOMA AFTER ISOLATED TRAUMATIC BRAIN INJURY, APPROACHES TO REDUCING THEIR NEGATIVE IMPACT

Mirzoyan H.H.¹, Hayrapetyan A.K.²

¹ YSMU, Department of Neurological Surgery

² YSMU, Department of Public Health

Keywords: *brain isolated trauma, chronic subdural hematoma, clinical management.*

The number of patients with chronic subdural hematoma after isolated traumatic brain injury (TBI) increases with the growth of injuries, with an increase in bad habits, in particular, alcoholism, as well as environmental changes and aging of the population. Chronic subdural hematoma after isolated TBI is not rare. In case of development of such hematomas, it is important to conduct an acute period of isolated TBI, as well as recommendations for discharge of patients and further outpatient monitoring. Numerous approaches of clinical management of chronic subdural hematoma after isolated TBI are still debatable. This led to studying the problems of clinical management of chronic subdural hematoma after isolated traumatic brain injury and developing approaches to reduce their negative impact.

The primary material of the study was the data concerning the organization and provision of medical care in the medical centers (MC) of Yerevan and Gyumri. In Yerevan, the research was carried out in three highly specialized MC - "Armenia", "Erebuni", "St. Gregory the Illuminator", as well as in Gyumri MC carrying the same name. The study included 165 patients with chronic subdural hematoma after isolated TBI. In 83 patients, chronic subdural hematoma was detected within 1 month after isolated TBI, in 31 patients it was detected within 1-2 months, in 11 patients - within 1-2 months, in 40 patients - 3 months later. Of all the patients, 158 underwent CT scan of the brain in the prehospital stage or in the first 24 hours after hospitalization, and 7 patients underwent this study the other day after

hospitalization. Patients were operated at different times after hospitalization and were exposed to different surgical methods. 141 patients were operated in the first 24 hours after hospitalization, and 24 patients - at a later date. For removal of chronic subdural hematoma, trephination holes were made in 81 patients, resection decompressive craniotomy - in 56 patients, bone-plastic trepanation of the skull - in 28 patients. 136 patients were discharged without significant neurological deficit, 23 patients developed disability, and 6 patients had a lethal outcome.

Statistical analysis of the primary material of the study was carried out using the computer program SPSS 22.0 (statistical package for social Sciences).

It was found out that in the pre-hospital stage many diagnostic mistakes were made that could have been reduced by outpatient monitoring, and CT scan of the brain. It was found out that the most vulnerable are patients with isolated TBI aged 60 and over. The approaches of clinical management in the hospital stage, as well as the level of consciousness of the patient during hospitalization, have a significant role in the outcomes of chronic subdural hematoma after isolated TBI. The optimal timing of surgery and surgical methods are installed.

Conclusion. In the clinical management of chronic subdural hematoma after isolated TBI, there are many problems related to medical and organizational approaches in the diagnosis and treatment of chronic subdural hematoma after TBI. The negative impact of these problems is reduced with the developed approaches.