

ВЕГЕТАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ КАК ПРОБЛЕМА НЕЙРОХИРУРГИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Ю.В. Зиновик

Белорусский государственный медицинский университет

Введение: Вегетативное состояние» (ВС) – термин, предложенный Jennett, Plum (1. Jennett W.B., Plum F The persistent vegetative state: a syndrome in search of name – *Lancet*, 1972,1,734–737) для обозначения подострых или хронических состояний, возникающих иногда после тяжелых повреждений мозга и характеризующихся восстановлением бодрствования при полной утрате познавательных функций. В соответствии с используемым определением, глаза больного открываются самопроизвольно в ответ на словесные стимулы. У него сохранена циклическая смена сна и бодрствования. Кроме того, самопроизвольно регулируется дыхание и поддерживается нормальный уровень артериального давления. В то же время отсутствуют дискретные локализирующие двигательные реакции. Больной не произносит понятных слов и не выполняет каких-либо словесных инструкций(2. Hess R, Jr. Koella W.P., Akert K. Cortical and subcortical recordings in natural and artificially induced sleep in cats – *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol*, 1953,5,75–90).

Устойчивое или хроническое ВС характеризуется постоянством и большой продолжительностью. Больные, выжившие после тяжелой черепно-мозговой травмы, могут оставаться в этом состоянии длительное время (иногда годы) без каких-либо признаков восстановления высшей нервной деятельности. В большинстве случаев вегетативное состояние возникает вслед за периодом сноподобной комы (3. F. Plum, Jerome B. Posner *The Diagnosis of Stupor and Coma*, 1982,1,22–23)

Актуальность. В последние годы достигнут большой прогресс как в развитии медицины в целом, так и интенсивной терапии в частности, поэтому все большее количество пациентов выживают после тяжелых состояний, которые могут приводить к различным последствиям, в том числе и к таким, как ВС. Все вышеуказанное ставит перед врачами задачи и как более точного прогноза самого ВС, так и возможности создания специальных условий для лечения этих пациентов, ведь занимая дорогостоящую койку нейрохирургического стационара, лечение таких пациентов требует совершенно иного подхода.

Материалы исследования: Анализ историй болезни пациентов в ВС находившихся на лечении в УЗ «ГК БСМП» г.Минска, р.Беларусь, палаты интенсивной терапии нейрохирургического отделения на период с 2009–2011гг.

Цели:

1. Оценить выживаемость пациентов в ВС
2. Оценить показатели уровня жизни выживших пациентов после выхода из ВС

Методы:

Были проанализированы истории болезни пациентов находившихся на лечении в УЗ «ГК БСМП» г.Минска, р.Беларусь, палаты интенсивной терапии (ИТ) нейрохирургического отделения на период с 2009–2011гг. Из них была выделена 41 история болезни пациентов в ВС.

Полученные данные были обработаны с помощью программы BioStat 9.0 (методом Каплана–Мейера)

Результаты.

1. Диагнозы с которыми преимущественно находились пациенты в палате ИТ: 77,5% – ЧМТ, различной степени тяжести и этиологии. 13% – опухоль головного мозга или метастазы опухоли в головной мозг (ГМ). 9,5% – сосудистые заболевания ГМ.

2. Всего за 3 года наблюдения в палате ИТ проходил лечение 41 пациент в ВС. Из них 31 человек умер ещё в стационаре, 10 были выписаны.

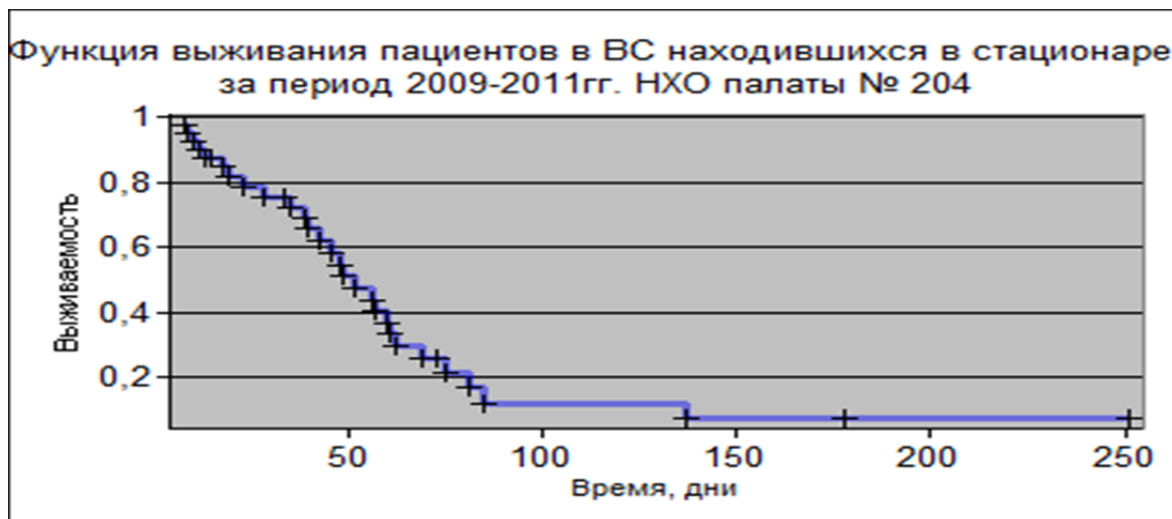
3. Катамнез 10 выписавшихся пациентов: 60%–умерло в течение трех лет. 10% – судьба не известна. 30% – еще живы, оценка общего состояния по шкале Карновского не превышает 40 баллов, что значит, что они остались инвалидами, нуждаются в помощи, в том числе и медицинской.

4. Процент наличия трахеостомы у пациентов в палате ИТ 27%– для выписавшихся пациентов, 54%– для умерших. Для пациентов в ВС этот процент почти вдвое превосходит предыдущий и составляет: 50%–для выписавшихся, 85,5% – для умерших пациентов.

5. Летальность: Общая летальность для НХО равна 6,8%, для палаты ИТ – 41%, для пациентов в ВС 75%.

6. Выживаемость: Кривая выживаемости пациентов ВС находившихся на лечении в УЗ «ГК БСМП» г.Минска, р.Беларусь, палаты интенсивной терапии нейрохирургического отделения на период с 2009–2011гг.

Медиана выживаемости = 46,0 (т.е. к 46 дню нахождения в стационаре умрет 50% пациентов). 137 дневную выживаемость имеют лишь 8,3% пациента.



Выводы:

На данном этапе медики столкнулись с серьезными последствиями ВС. В связи с успешным развитием медицинской науки и в первую очередь интенсивной терапии количество выживающих больных в вегетативном состоянии при различных поражениях центральной нервной системы неуклонно возрастает (4. Andrews, 1996; Adams, 2000; Lavrijsen, 2003; Coleman, 2007; Гимранов, 2007). В связи с этим медики вплотную столкнулись с серьезными социальными, материальными и моральными последствиями вегетативных состояний. После 6–ти месяцев шансы к выздоровлению у таких больных резко уменьшаются. Поэтому особенно важно в этом ракурсе своевременная

диагностика, лечение и правильный прогноз течения данного заболевания (5. Borthwick, 2004; Гимранова, 2007). Один из методов, который находит все большее применение в медицинской практике, является методы вызванных потенциалов (ВП). Данные Гота с соавт. (Gott, 1991) показали, что у 83% пациентов в ВС с сохраненным компонентом P300 (позитивный компонент волны ВП, появляющийся в ответ на значимый редкий стимул (чаще слуховой) с латентностью 312 мс) отмечался благоприятный исход. Авторы отмечают, что у этих пациентов, если и нет «способности думать», то, по крайней мере, присутствие P300 говорит о наличии рудиментарных процессов опознания и дифференцировки слуховых стимулов, что является прогностически благоприятным признаком (6. Гнездицкий В.В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике, 1997, 1, 164–165).

Подводя итоги всего вышесказанного можно сказать, что проблема ВС в нейрохирургии существует и её необходимо решать. Так как внутрибольничная летальность таких пациентов очень высока (75%), а выживаемость крайне низка (8,3% имеют лишь 137 дневную выживаемость), а общее состояние по шкале Карновского выписавшихся пациентов не превышает 40%, то необходимо искать новые методы диагностики, прогнозирования исходов ВС, создание новых, специализированных стационаров, где пациентам с такой патологией будет оказываться специализированная медицинская помощь, которую не всегда в состоянии оказать в обычном НХО. До сегодняшнего дня проблема ведения пациентов в вегетативном состоянии остаётся открытой во всем мире.

Литература

1. Jennett W.B., Plum F The persistent vegetative state: a syndrome in search of name – *Lancet*, 1972, 1, 734–737
2. Hess R, Jr. Koella W.P., Akert K. Cortical and subcortical recordings in natural and artificially induced sleep in cats – *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol*, 1953, 5, 75–90
3. F. Plum, Jerome B. Posner *The Diagnosis of Stupor and Coma*, 1982, 1, 22–23
4. Andrews, 1996; Adams, 2000; Lavrijsen, 2003; Coleman, 2007; Гимранов, 2007
5. Borthwick, 2004; Гимранова, 2007
6. Гнездицкий, В.В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике. / В.В. Гнездицкий, 1997, С. 164–165