SUMMARY

I.V. SHEEN, B.K. SHAGALBAYEV, M.A. YESIMBAYEV, I.A. AYAGANOVA, N.S. KALESHOVA, R.M. BEKTURGANOVA, S.A. YUSUPOVA

EPIDEMIOLOGICAL INSPECTION OF MORBIDITY BY NATURAL AND FOCAL INFECTIONS IN AKTYUBINSK REGION

Department of state sanitary-and-epidemiological inspection of the Aktyubinsk region, Aktybinsk regional center of sanitary-and-epidemiological examination, Aktobe city City, districts offices of department of state sanitary-and-epidemiological inspection of the Aktyubinsk region

In the article the authors described the epidemiological and epizootic situation in the region and also the prophylactic, antiepidemic and antiepizootic measures having prevented the spread of nature and focal infections.

Ж.Ж. ИТБАЕВ, А.К. ТЛЕМІСОВ, Б.Б. САҒЫНДЫҚОВ, Ч.А. КАЛЕНОВ, Т.А. ӘБДІРАХМАНОВ, А.Т. МОЛДАБЕКОВ

МИ СОҒЫЛУЫНЫҢ АУЫРЛЫҚ ДӘРЕЖЕСІН АНЫҚТАУДАҒЫ ЛИКВОР ҚҰРАМЫН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІНІҢ СОТ МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАМАДА АЛАТЫН ОРНЫ

«Сот медицина орталығының Ақтөбе филиалы» ММ, Ақтөбе қаласы

Субарахноидалды қан құйылу – бұл ми немесе оның қабық тамырларының жыртылу немесе жарылу салдарынан мидың торлы қабығы астына қан құйылу синдромы. Синдром нозологиялық дербестігімен және өзіне тән клиникалық белгілермен сипатталады.

Субарахноидалды қан құйылу көбінесе басқа да бас-ми жарақаттары және бас сүйегі қуысына қан құйылу түрлерімен: бас қаңқасының күмбезі мен негізгі сүйектерінің сынуы; мидың соғылуы; эпи – және субдуралды қанды ісіктер (гематома) тәрізді дене жарақаттарымен қатар үйлескен түрде кездеседі. А.П. Ромоданов, Г.А. Педаченко, (1978), В.Л. Поповтың (1988) деректері бойынша субарахноидалды қан құйылу бас-ми жарақаты анықталған барлық жағдайлардың 92,3±1,8 %-да кездеседі.

Оқшауланған жарақаттық субарахноидалды қан құйылу Т.В. Коржевскийдің (1964), А.П. Ромодановтың, Г.А. Педаченконың (1978) деректері бойынша барлық бас-ми жарақаттарының 5-6 %-ын құрайды.

В.И. Самоиловтың (1990) деректері бойынша бақылауға алынған 104 науқаста жарақаттық субарахноидалды қан құйылу әр түрлі дәрежедегі мидың соғылуымен қатар анықталған: жеңіл дәрежелі - 10,6 %; орта дәрежелі - 37,5 %; ауыр дәрежелі - 49,1 %. Сонымен қатар 2,8 % жағдайда субдуралды гематома анықталған.

Жарақаттық субарахноидалды қан құйылудың клиникалық белгілерінің білінуі алынған дене жарақатының ауырлығына, бас қаңқасы сүйектерінің бүтіндігіне және организмнің өзіндік ерекшеліктеріне тікелей байланысты.

Ликвор (жұлын сұйықтығының) құрамының өзгеріске ұшырауы - субарахноидалды қан құйылудың бірден-бір көрінісі болып табылады. Ол ликвор құрамындағы эритроциттер санының көрсеткіштерімен, қатты ми қабығы асты қуысына құйылған қан мөлшерімен және ликвордағы белок мөлшерімен сипатталады.

Осы мақалада ауырлығы әр түрлі дәрежедегі ми соғылуы кезіндегі мидың торлы қабығы асты қуысына құйылған қан мөлшеріне клиникалы-лабораториялық тұрғыдан сапалы-сандық баға беріледі.

Жарақаттану салдарынан мидың торлы қабығы асты қуысына құйылған қанның көлемділігіне байланысты ликвор құрамындағы эритроциттер саны $1 \cdot 10^{11}$/л-ден 3·1018/л аралығындағы мөлшерде

ауытқиды. Г.П. Бургманмен оның авторластары (1982) бұл көрсеткіштің белгілі бір мөлшерде ауытқуын жарақаттың ауырлық дәрежесімен байланыстырады. Жеңіл дәрежедегі бас-ми жарақаты анықталған науқастардың ликвор құрамында қан аз мөлшерде анықталған (эритроциттер саны $5 \cdot 10^{11}$/л-ден $1 \cdot 10^{12}$/л-ге дейін). Мидың торлы қабығы астына қан құйылумен қатар анықталған орта дәрежелі бас-ми жарақаты кезінде эритроциттер саны $12 \cdot 10^{13}$/л-ден $3 \cdot 10^{13}$/л-ге дейінгі аралықта ауытқиды. Ауыр дәрежедегі бас-ми жарақаты көлемді субарахноидалды қан құйылумен қатар кездеседі, мұндай жағдайда ликвордағы эритроциттер саны 1·1015/л-ден 3·1015/л-ге дейін көтерілуі мүмкін.

В.И. Самоиловтың (1990) деректері бойынша жеңіл дәрежелі ми соғылуы анықталған науқастардың ликвор құрамындағы эритроциттер саны $6 \cdot 10^{11}$/л-ден $1 \cdot 10^{13}$/л-ге, мидың торлы қабығы астына қан құйылумен қатар орын алған орта дәрежелі ми соғылуы кезінде эритроциттер саны $50 \cdot 10^{13}$/л-ден $90 \cdot 10^{14}$/л-ге, ал мидың торлы қабығы астына қан құйылумен қатарласқан ауыр дәрежелі ми соғылуы кезінде эритроциттер саны 1·1015/л-ден 3·1015/л-ге дейінгі аралықта ауытқиды.

Бас сүйектерінің сынуы көбінесе мидың торлы қабығы астына қан құйылуына соқтырады. Т.В. Коржевскийдің (1964) деректері бойынша барлық жарақаттық субарахноидалды қан құйылудың 51,2 %-да бас сүйектерінің сынуы анықталған, ал В.И. Самоиловтың деректері бойынша (1990) – 49,1 %-да кездеседі.

Біз талдау жүргізген 1994-2002 жылдар аралығындағы мидың торлы қабығы астына қан құйылумен қатар кездескен әр түрлі дәрежелі ми соғылуына байланысты Ақтөбе ЖЖКА-ның нейрохирургия бөлімшесінде ем қабылдаған 115 науқастың ауру тарихының 33,9 %-да бас қаңқасының күмбез және негіз сүйектерінің сынығы анықталған.

1 кесте

Ликвордағы эритроциттер санының ми соғылуының ауырлық дәрежесіне тәуелділігін зерттеу нәтижелері

Науқастардың саны және пайыздық қатынасы	Ми зақымдануының дәрежесі	Ликвордағы эритроциттер саны
21 (18,3%)	Жеңіл	$1 \cdot 10^{11}$/л - $6 \cdot 10^{11}$/л.
29 (25,2%)	Орта	$1 \cdot 10^{13}$/л - $50 \cdot 10^{13}$/л
47 (40,9%)	Ауыр	$1 \cdot 10^{14}$/л - $3 \cdot 10^{15}$/л

Әр түрлі дәрежелі ми соғылуы анықталған науқастардың 15,6 %-да ликвор құрамында эритроциттер табылмаған. Ликворда эритроциттердің болмауы 15,6 % жағдайда зерттеудің жарақат алғаннан кейін (5-12-тәулікте) уақытылы жүргізілмеуімен түсіндіріледі.

И.Н. Вяльцеваның (1967) деректері бойынша мидың торлы қабығы астына қан құйылған алғашқы тәулікте анықталған барлық эритроциттер санын 100 % деп алсақ, онда 2-3-тәулікте эритроциттердің 25 %-дан 92 %-ға дейінгі мөлшері (әдетте 25-50 %), 3-4-тәулікте 62 %-дан 97 %-ға дейінгі мөлшері ликвордан босап шығады. Ликвордың тазаруы (санация) жарақат алғаннан кейінгі 14-20 күн бойына жалғасады. Субарахноидалды қан құйылудың 1-тәулігінде ликворда эритроциттермен қатар ксантохромды түс (ксантохромия) – эритроциттер гемоглобинінің ыдырауынан ликвордың сары түске енуі анықталады. Оның көріну қарқындылығының баяулауы тек қана субарахноидалды қан құйылудың көлемділігіне емес, сонымен қатар этиологиялық факторға да байланысты яғни, жарақаттық субарахноидалды қан құйылуда ол 12-16-күні толығынан жойылуы мүмкін (Е.М. Цветанова, 1986).

Неврологиялық белгілердің байқалу дәрежесі мен тұрақтылығына және субарахноидалды қан құйылудың көлемділігіне байланысты Ю.Б. Гвоздев (1974) ми соғылуын аз мөлшердегі, орташа және көлемді геморрагиялы түрлеріне бөлген. Аз мөлшердегі геморрагиялы жеңіл дәрежелі ми соғылуы Ю.Б. Гвоздевтың (1974) деректері бойынша қысқа уақытқа есінен тану, қысқа уақыт аралығында аздап байқалатын жалпы ми және ошақты симптомдарының пайда болу және ликворға өте аз мөлшерде қанның араласуы (эритроциттер $1 \cdot 10^{13}$/л-ге дейін) сияқты клиника-лабораториялық белгілермен сипатталады. Орташа геморрагиялы орта дәрежелі ми соғылуы науқастың салыстырмалы түрде ұзақ мерзімге (1-2 сағатқа дейін) есін жоғалтуы, бірнеше мәрте құсу белгісінің жиі орын алуы, жалпы ми симптомдарының айқын байқалуы, ошақты неврологиялық белгілердің ұзақ уақыт бойы сақталуы сияқты клиникалық белгілермен сипатталады. Менингиалды белгілер жарақат алғаннан кейінгі алғашқы сағаттар ішінде байқала бастайды. Ликвордағы эритроциттер саны $1 \cdot 10^{13}$/л-ден 1·1014/л-ге дейінгі мөлшерді құрайды. Көлемді геморрагиялы ауыр дәрежелі ми соғылуы, Ю.Б. Гвоздевтың деректері бойынша науқастың ұзақ мерзімге (бірнеше сағаттан бірнеше тәулікке дейін) есін жоғалтуы, психикасының өрескел бұзылуы, ми негізі бөлімдерінің зақымданғандығын көрсететін жалпы ми және ошақты симптоматикалардың пайда болуы сияқты клиникалық белгілермен сипатталады. Осы аталған науқастар тобында жүрек-тамыр және

тыныс алу қызметтерінің бұзылу белгілері орын алған. Ликворға көлемді қанның араласқандығы байқалады (эритроциттер саны 1·1014/л-ден 1·1015/л-ге дейін).

Сонымен, ғылыми мәліметтерге жасалған талдаумен біз жүргізген бақылау нәтижелері мидың торлы қабығы асты қуысына қан құйылу кезінде ликвор құрамының өзгеріске ұшырауы ми соғылуының ауырлық дәрежесіне және құйылған қанның мөлшеріне тікелей тәуелділігін көрсетеді.

Ми соғылуының ауырлық дәрежелерінің аралығында анық шектеудің болмауына және мидың торлы қабығы асты қуысына қан құйылудың көлемінің біркелкі болмауына байланысты, осы мақалада берілген деректерді пайдаланып нақты бір ауырлық дәрежені анықтау шартты түрде жүргізіледі. Дегенмен, жоғарыда көрсетілген деректер алынған жарақаттың ауырлығын анықтау барысында, ми соғылуының ауырлық дәрежелері арасында дифференциалды диагностика жүргізуде маңызы бар қосымша белгілердің бірі есебінде практикалық қолданысқа ие болады деп санаймыз.

Әдебиеттер:

1. Самоилов В.И. Субарахноидальное кровоизлияние. - Ленинград. - 1990. - С. 5-74.
2. Бургман Г.П., Юпищев Е.П., Вяльцева И.Н. и др. Значение лабораторных данных в дифференциации черепно-мозговой травмы легкой и средней тяжести. - Москва. - 1982. - С. 26-34.
3. Ромаданов А.П., Педаченко Г.А. Травматические субарахноидальные кровоизлияния. Руководство по нейротравматологии. - Москва. - 1978. - С. 401-403.
5. Попов В.Л. Черепно-мозговая травма в судебно-медицинском аспекте. - Москва. - 1988. - С. 240.

РЕЗЮМЕ

Ж.Ж. ИТБАЕВ, А.К. ТЛЕМИСОВ, Б.Б. САГИНДЫКОВ, Ч.А. КАЛЕНОВ,
Т.А. АБДРАХМАНОВ, А.Т. МОЛДАБЕКОВ

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИКВОРА ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГУ «Актюбинский филиал центра судебно-медицинской экспертизы», г. Актобе

В статье отражены данные о нарушении состава ликвора при субарахноидальных кровоизлияниях травматической этиологии. Изменение состава ликвора рассмотрено в зависимости от степени тяжести ушиба головного мозга. Полученные данные могут служить в судебно-медицинской практике в качестве дополнительных признаков при оценке степени тяжести ушиба головного мозга.

SUMMARY

ZH.ZH. ITBAYEV, A.K. TLEMISSOV, B.B. SAGINDYKOV, CH.A. KALENOV,
T.A. ABDRAKHMANOV, A.T. MOLDABEKOV

FORENSIC MEDICAL VALUE OF RESULTS OF INVESTIGATION OF LIQUOR IN DETERMINATION OF SEVERITY DEGREE OF BRAIN CONTUSION

State organization «Aktyubinsk branch of center of forensic medical examination», Aktobe city

The data about abnormality liquor composition in subarachroid hemorrhage traumatic ethiology are given in the article. The changes of liquor composition are considered depending on the severity degree of brain contusion. The received data may serve in forensic medical practice as additional signs for determination of severity degree of brain contusion.