

Построение и оптимизация модели проводилась с использованием программы построения нейросетевых моделей Statistica Neural Networks (StatSoft).

Чувствительность (доля правильно прогнозируемых положительных исходов) модели составила 89,4% (интервальная оценка 84,8% — 93,2%), **специфичность** (доля верно спрогнозированных отрицательных исходов) 88,7% (интервальная оценка 82,3% — 93,8%). На **тестовом** же множестве чувствительность модели составила 91,7% (интервальная оценка 80,6% — 98,3%), специфичность 92,9% (интервальная оценка 74,2% — 100%).

Нам представляется целесообразным при проведении операций при ТВМК определять степень риска операции. При этом становится возможным отождествлять его с прогнозируемым функциональным исходом оперативного лечения ТВМК.

Дифференцированное лечение субдуральных гематом в острый период черепно-мозговой травмы

Семисалов С.Я., Журавлев В.В., Мухина В.И., Семисалова В.С.

**Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, г.Донецк,
Донецкий национальный технический университет, г.Донецк**

Субдуральные гематомы острого периода травмы требуют неотложного принятия решения при выборе тактики ведения больных.

Определение эффективности хирургического или консервативного метода лечения является актуальной прогностической задачей.

Для оценки эффективности дифференцированного лечения субдуральных гематом острого периода травмы (СГОПТ) изучены 648 историй болезни пострадавших старше 15 лет (523 мужского пола и 125 — женского). Больным оказывалась помощь в Донецком областном клиническом территориальном медицинском объединении за период 1996–2004 г.

Вся информация вводилась в специально разработанную медицинскую информационную систему “Медик-ЧМТ” и в последующем подвергалась статистической обработке.

У 446 пострадавших (68,8%) с СГОПТ был применен оперативный метод удаления гематом, при этом в 57,8% случаях наблюдался летальный исход.

Среди неоперированных больных (202 случая) летальные исходы имели место в 37,6% случаев.

Выбор метода лечения СГОПТ в каждом конкретном случае определяется тяжестью состояния пострадавшего, степенью нарушения сознания, возрастом, объемом гематомы, выраженностью смещения срединных структур мозга (по данным компьютерной томографии) и временем проведения операции и/или начала интенсивной терапии в условиях специализированного центра.

Тщательное изучение накопленного материала о СГОПТ с последующей математической обработкой всей информации помогает объективизировать принятие решения хирургом и делает его более доказательным.

Використання низькоінтенсивного електромагнітного випромінювання в комплексній терапії потерпілих з контузійним ураженням головного мозку

Чернов О.Л., Огурцов С.Д.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Варіантом комплексного лікування осередків контузії головного мозку є використання загальноприйнятих методик в поєднанні з низькоінтенсивним електромагнітним випромінюванням (ЕМВ). Основа застосування даного методу полягає в мобілізації фізіологічних заходів захисту, в першу чергу активізації імунної системи, подавлення запалювального процесу, підсиленні мікроциркуляції, трофікорегенеративних явищ, що ґрунтується на здатності малих енергетичних доз електромагнітного випромінювання коригувати збій біологічних процесів, стимулювати їх відновлення.

На базі відділення ХМКЛШНМД згідно даної методики проліковано 11 потерпілих віком від 25 до 68 років з черепно-мозковою травмою після хірургічного втручання або при консервативному

веденні (вогнищевий забій головного мозку середнього та важкого ступеня). Курс терапії методом ЕМВ розпочинався після верифікації клінічного діагнозу. На пацієнта впливали потоком ЕМВ з діапазоном 0,01–18,0 Гц згідно розробленої програми лікування. Результативна потужність усіх генераторів в місці перебування хворого не перебільшила санітарно-гігієнічних норм і складала від 0,001–2,5 мкВт/см.кв. Всі учасники клінічних досліджень проходили лікування добровільно, за письмовою згодою пацієнта. Режими добирались індивідуально, в залежності від тяжкості травми та стану хворого, з урахуванням супутніх захворювань та віку, на фоні загальноприйнятної медикаментозної терапії. Тривалість курсу лікування складала 7–10 днів. Результати лікування оцінювались за станом самопочуття хворих, даних соматичного та неврологічного статусу, ЯМР-томографії головного мозку до початку курсу ЕМВ та після його закінчення.

Висновки. Впливання потоками ЕМВ здійснюється неінвазивно, дистанційно, тотально на весь організм, не має абсолютних протипоказів, не вимагає відмови або обмеження базової терапії. Метод дозволяє прискорити процес організації контузійних осередків головного мозку, скоротити термін перебування в стаціонарі, зменшити кількість використаних лікарських препаратів, поліпшити віддалені результати лікування та соціальну адаптацію

Вплив церебрального вазоспазму на найближчі результати лікування хворих з гострими внутрішньочерепними травматичними крововиливами

Болюх А.С.

Інститут нейрохірургії АМН України ім. акад. А.П. Ромоданова, Київ

Клінічні спостереження і КТ-дослідження постраждалих з різним ступенем тяжкості ЧМТ показали, що у 3,3–15% з них розвивається картина гострого порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом. Причиною порушення мозкового кровообігу у пацієнтів з ЧМТ може бути розвиток спазму магістральних артерій основи головного мозку — церебральний вазоспазм (ЦВ), який виявляють різними методами у 5–78% постраждалих.

Нами досліджено 135 пацієнтів з різними видами внутрішньочерепних крововиливів в гострому періоді черепно-мозкової травми, які знаходились на лікуванні у клініці нейротравми Інституту нейрохірургії АМН України. Серед потерпілих було 116(85,93%) чоловіків та 19(14,07%) жінок. Вік хворих коливався від 19 до 74 років, середній вік склав $45,11 \pm 1,4$ роки. Наявність ЦВ визначали за даними транскраніальної УЗДГ — щоденно досліджували швидкість кровотоку по СМА. Критеріями ЦВ були швидкість кровотоку по СМА більше 120см/сек та гемісферний індекс більше 3.

Із 135 хворих померло 13(9,63%) та у одного (0,74%) хворого розвинувся вегетативний стан.

В гострому періоді травматичного внутрішньочерепного крововиливу із 135 хворих у 31(22,96%) знайшли ЦВ.

В групі 104 хворих без ЦВ померло шість(5,77%), а в групі з 31-го хворого з ЦВ несприятливі результати зареєстровані у сімох (шість померло, у одного вегетативний стан) (22,58%) пацієнтів ($p < 0,05$).

Серед хворих з несприятливими результатами лікування ЦВ легкого ступеню був у одного(7,1%) пацієнта, ЦВ середнього ступеню у трьох хворих (21,4%) та вазоспазм важкого ступеню у трьох (21,4%) постраждалих. Серед сприятливих результатів ЦВ легкого ступеню був у 11(9%) хворих, середнього ступеню важкості у 13(10,7%) хворих, а ЦВ важкого ступеню у хворих зі сприятливими наслідками лікування не спостерігали.

Таким чином, ЦВ статистично достовірно пов'язаний з несприятливими результатами лікування постраждалих з травматичними внутрішньочерепними крововиливами; розвиток ЦВ середнього та важкого ступеню, особливо важкого ступеню, підвищує вірогідність несприятливих результатів лікування хворих з ЧМТ.