

ми в надлобковой области браншами зажима производят прокол кожи скальпелем. В рану прокола выводят бранши зажима, которыми захватывают и низводят в полость мочевого пузыря катетер. Разрыв мочевого пузыря герметично ушивают со стороны брюшной полости. Осложнений не наблюдали.

Вывод. Антеградная надлобковая цистостомия является наименее травматичным способом дренирования мочевого пузыря при его внутрибрюшинных повреждениях.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ СОЗНАНИЯ, НЕ СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ СУДОРОГАМИ

А.Ю. Михайлов, И.Ю. Березина, Л.И. Сумский

ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Москва, Россия

Введение. Известно, что пароксизмальные нарушения сознания, не сопровождающиеся судорогами, в клинике чаще всего рассматривают как синкопальные состояния. В литературе описано множество причин этих состояний, среди которых ведущее место занимают расстройства сердечно-сосудистой системы; при этом не акцентируется внимание на расстройствах сознания, генез которых первично может быть обусловлен нарушением нейрофизиологических механизмов, поддерживающих сознание.

Цель: исследовать показатели электроэнцефалограммы (ЭЭГ) у пациентов с пароксизмальными нарушениями сознания, не сопровождающихся судорогами, для выявления возможных нарушений механизмов, поддерживающих сознание.

Материал и методы. Обследован 131 пациент (ср. возраст $57,48 \pm 17,72$ года) с наличием пароксизмальных нарушений сознания, не сопровождающихся судорогами, которые находились в различных отделениях НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Запись ЭЭГ проводили на электроэнцефалографах «Нейрон-Спектр-5» фирмы «Нейрософт» (Россия), а также «Энцефалан-ЭЭГА-21/26» и «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» фирмы «Медиком МТД» (Россия) в соответствии с Международной схемой расположения электродов у 10–20% больных. Референтные электроды располагались на мочке уха с каждой стороны. Регистрацию ЭЭГ проводили в кабинете функциональной диагностики, реанимационных отделениях, а также в палатах интенсивной терапии и в палатах госпитальных отделений.

Результаты. При анализе ЭЭГ только у 8 пациентов не было выявлено нарушений суммарной спонтанной электрической активности

головного мозга. У всех остальных (123 пациента) отмечались различные нарушения суммарной спонтанной электрической активности головного мозга: у 51 пациента зарегистрированы диффузные изменения ЭЭГ, представленные изменением амплитудно-частотных характеристик (АЧХ) альфа-ритма и присутствием периодических низкоамплитудных колебаний альфа-частотного диапазона диффузного характера (в том числе с наличием непостоянной перемежающейся межполушарной асимметрии); у 67 пациентов наряду с изменениями АЧХ альфа-ритма в виде сглаженности или инверсии зональных различий зарегистрированы множественные билатеральные вспышки колебаний альфа- и тета-частотных диапазонов генерализованного характера с наличием непостоянной межполушарной асимметрии, проявляющейся преобладанием амплитуды колебаний с одной из сторон; у 4 пациентов отмечались изменения ЭЭГ, выражающиеся в дезорганизации электрической активности головного мозга с доминированием колебаний бета-частотного диапазона; у одного пациента доминировали колебания медленноволнового спектра частот, в том числе с наличием множественных высокоамплитудных билатеральных вспышек (преимущественно дельта-частотного диапазона с амплитудой колебаний более 90 мкВ) генерализованного характера. У 48 человек была выявлена пароксизмальная активность, представленная разрядами колебаний «острая волна» (по данным литературы феномен «острая волна» рассматривается как эпилептиформный). В 9 случаях из 48 наряду с феноменом «острая волна» регистрировались билатеральные разряды колебаний в альфа- и тета-частотных диапазонах, генерализованные по обоим полушариям.

Заключение. Зарегистрированный при «рутинном» исследовании электроэнцефалограммы феномен «острая волна» у пациентов с пароксизмальными нарушениями сознания, не сопровождающимися судорогами, дает основание предполагать наличие нарушений нейрофизиологических механизмов, поддерживающих сознание у данной категории пациентов.

В том случае, когда генез указанных состояний не ясен и при «рутинном» исследовании электроэнцефалограммы пароксизмальной активности выявлено не было, целесообразно проведение длительного мониторинга электроэнцефалограммы с засыпанием до II стадии сна.

ПРИМЕНЕНИЕ КОСОГО ПОПЕРЕЧНОГО ДОСТУПА К БИФУРКАЦИИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

И.П. Михайлов, Е.В. Кунгурцев, В.А. Арустамян

ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Москва, Россия

Цель исследования: оценка качества жизни в послеоперационном периоде у пациентов после использования косо-поперечного доступа к бифуркации общей сонной артерии.

Материал и методы. В период с 2013-го по 2017 г. в отделении неотложной сосудистой хирургии выполнены 452 реконструкции сонных артерий. 164 пациентам (36,2%) операция была выполнена из косо-поперечного доступа.

У 128 пациентов (78,0%) выявлены гемодинамически значимый стеноз внутренних сонных артерий от 70% до окклюзии на пораженной стороне и гемодинамически незначимые стенозы (от 25 до 60%) на контрлатеральной стороне, у 36 пациентов (21,9%) в анамнезе было острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) с хорошим восстановлением, и степень стенозов на стороне поражения составляла от 60% до окклюзии.

Оценку качества жизни проводили по стандартному протоколу *MOS SF-36 (Medical Outcomes Study-Short Form)*, автор *J.E. Ware, 1992*), который оценивает психологическое и физическое составляющие качества жизни. Пациенты были вызваны на контрольный осмотр через 3 мес, 6 мес и через год. Следует отметить, что на осмотр через 3 мес пришли 78 пациентов, на 6-й мес удалось вызвать лишь 24 пациента, а через год на осмотр пришли всего лишь 4 пациента.

Результаты. При выполнении поперечного доступа яремная вена отодвигалась медиально, за счет чего происходила защита от возможности контузии инструментом нервных структур, в особенности подъязыч-

ного нерва. Повреждение подъязычного нерва обнаружено в одном случае (0,6%). Послеоперационные гематомы образовались у 17 пациентов (10,4%). Дренирование операционной раны осуществлялось через контрпертуру по Редону. Интраоперационное ОНМК с неврологическим дефицитом развилось у 3 пациентов (1,8%). В 2 случаях ОНМК было обратимым с регрессированием неврологического дефицита и хорошим восстановлением. Один случай закончился смертельным исходом. Среднее время продолжительности операций в составило 65 ± 12 мин. Среднее время пережатия сонных артерий составило 18 ± 7 мин. Внутрисосудистый шунт использовали у 17 пациентов (10,4%). Объем кровопотери во время операций был минимальным.

Эстетическая удовлетворенность послеоперационным рубцом для этих пациентов была не очень важна. Через 6 мес у 24 пациентов (14,6% от общего количества пациентов), вызванных на контрольный осмотр, жалоб не было, отмечали отсутствие дискомфорта со стороны послеоперационного рубца. Через год осмотренные 4 пациента (2,4% от общего количества пациентов) также не предъявляли жалоб и были удовлетворены видом послеоперационной раны.

Вывод. Использование косо-поперечного доступа обеспечивает хороший косметический эффект и может быть рекомендовано к практическому применению в случаях низкой бифуркации общей сонной артерии.