

раза – с 47,3 до 22,6%. Это связано с улучшением диагностики – возможностью круглосуточного КТ-исследования, ранним проведением оперативных вмешательств, улучшением анестезиолого-реанимационного обеспечения. Дальнейшее улучшение диагностики и лечения пациентов с острыми внутримозжечковыми гематомами и связанное с ним снижение летальности возможны при более ранней доставке пострадавших в специализированное учреждение, внедрении новых технологий, в т.ч. применении датчиков для измерения внутримозжечкового давления, дальнейшем усовершенствовании анестезиолого-реаниматологической помощи пострадавшим, формированием отделений нейрореанимации.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Potapov A.A. Management of severe Head Injury. WFNS course. Astana, Kazakhstan, 2011; 2. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство. Том 2 // под ред. акад. А.Н. Коновалова, проф. Л.Б. Лихтермана, проф. А.А. Потапова // Москва, «Антидор», 2001; 3. David S. Liebeskind, MD, Helmi L. Lutsep, MD. Intracranial Hemorrhage Treatment & Management. Medscape reference, Jun. 8, 2011.

Т У Ж Ы Р Ы М

КЛИНИКАНЫҢ МӘЛІМЕТТЕРІ БОЙЫНША ЖІТІ БАС СҮЙЕК ІШІЛІК ҚАНДЫ ІСІКТЕРДІ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

М.А. Алиев

№7 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

Әр түрлі уақыт аралығында жіті бассүйекішілік қанды ісігі бар науқастарды хирургиялық емдеу нәтижесі ұсынылған: 514 зәбірленушілер 1991-1995 жж. аралығында оталанғандар және 677 науқас 2006-2010 жж. аралығында оталағандар. Екінші топта әлімнің екі есеге дейін төмендетілгені көрсетілген, бұл науқастарға ерте мамандандырылған көмек көрсеткенмен, тәулік бойы зәбірленушілерді КТ зерттеу мүмкіндігімен, анестезиологиялық-реанимациялық қамтамасыз етуді жақсартумен байланысты.

Негізгі сөздер: ауыр бас-ми жарақаты, жіті бассүйекішілік қанды ісігі.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE INTRACRANEAL HAEMATOMAS ACCORDING TO THE DATA OF THE CLINIC

M.A. Aliyev

City clinical hospital №7, Almaty c.

The following summarizes results of surgical treatment of patients with acute intracranial haematoma in different periods: 514 surgical patients was operated from 1991 to 1995, and 677 patients was operated during the period from 2006 to 2010. Almost twofold lowering of mortality rate observed at patients of the second group is mainly aligned with earlier delivery of speciality care, possibility of 24-hour computed tomography of surgical patients and improvement of intensive care unit support.

Key words: severe head injury, acute intracranial haematoma.

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

М.А. АЛИЕВ

Городская клиническая больница №7, г. Алматы

Травматические повреждения нижнешейного отдела позвоночника – тяжёлая форма позвоночно-спинномозговой травмы, приводящая к стойкой утрате трудоспособности, а нередко, и к летальному исходу на различных этапах лечения. В частности, повреждения позвоночника и спинного мозга, как и все виды травм, с каждым годом имеют тенденцию к росту и занимают 0,7-6% [1, 2, 3].

Материал и методы

Нами пролечено 202 больных с острой травмой нижнешейного отдела позвоночника. Из них 146 мужчин и 54 женщины. Чаще всего позвоночно-спинномозговую травму получают в возрасте 20-59 лет.

Имелись следующие виды травмы C₃-C₇ позвонков:

1. Двухсторонний передний вывих позвонка – 44 больных;
2. Переломовывих (перелом суставных отростков с передней дислокацией тела позвонка) – 34 больных;
3. Односторонний передний вывих позвонка – 13 больных;
4. Переднее смещение (листез) тела позвонка на фоне перелома ножек дуг – 8 больных;
5. Оскольчатый (взрывной) перелом тела позвонка – 35 больных;
6. Передний подвывих позвонка – 18 больных;
7. Компрессионно-клиновидный перелом тела позвонка – 19 больных;
8. Разгибательный переломовывих – 6 больных;
9. Разгибательный оскольчатый перелом тела позвонка – 4 больных;

10. Перелом поперечного отростка – 3 больных;
11. Перелом остистых отростков – 7 больных;
12. Сочетанные повреждения C₃-C₇ позвонков – 11 больных.

У всех 202 обследованных пациентов при поступлении для оценки степени неврологического дефицита использована общепринятая функциональная классификация спинальных больных по Frankel [4], что позволило распределить пострадавших по степени неврологических нарушений. Согласно классификации, больных распределили на 5 функциональных групп (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пострадавших с травмой C₃ – C₇ позвонков по функциональным группам

Функциональная группа	Количество пациентов
Группа А	81
Группа В	22
Группа С	56
Группа D	21
Группа Е	21
Всего	202

Группа А – пострадавшие с отсутствием чувствительности и движения;

Группа В – пострадавшие с неполным нарушением чувствительности, движений нет;

Группа С – пострадавшие с неполным нарушением чувствительности, имеются слабые движения;

Группа D – пострадавшие с неполным нарушением чувствительности, сила мышц достаточная;

Группа E – пострадавшие без чувствительных и двигательных движений (в эту группу включены больные с корешковым компрессионным синдромом).

Использованные следующие методы лечения повреждения C₃-C₇ позвонков:

1. Вытяжение в петле Глиссона, с последующей фиксацией воротником Шанса – 4 больных.

2. Внешняя фиксация воротником Шанса (гипсовым или пластиковым) – 22 больных.

3. Одномоментное закрытое вправление вывиха позвонков по методу Риша-Гютера – 14 больных.

4. Декомпрессивная ламинэктомия – 13 больных.

5. Одномоментное открытое вправление: с ламинэктомией – 15 больных; без ламинэктомии – 25 больных.

6. Передняя декомпрессия путем удаления тела сломанного позвонка – 42 больных.

7. Открытая репозиция-реклинация из заднего доступа переломовывиха – 39 больных.

8. Открытая передняя репозиция смещенного тела позвонка (листеза) при переломе ножек дуг – 3 больных.

9. Репозиция переломовывиха из двойного (переднего заднего) доступов – 4 больных.

Для оценки результатов лечения использована уже упомянутая общепринятая функциональная классификация спинальных больных по Frankel [4], что позволило нам объективно оценить эффективность лечения в каждой группе больных, т.е. в зависимости от степени неврологических нарушений.

Оперативное вмешательство выполнено 125 больным, что составляет 53% от общего числа. Все оперативные вмешательства завершались фиксацией позвоночника (титановой пластиной или проволокой). Метод спондилодеза выбирался строго индивидуально.

Отличным результатом считалось перемещение больного по функциональной классификации на два и более порядка ниже или полное восстановление функций. Хорошим результат считается тогда, когда улучшение позволяло переместить больного согласно функциональной классификации в нижерасположенную группу. Без улучшения – больной оставался в своей группе. При ухудшении перемещался выше.

Таблица 2

Результаты лечения

При поступлении		После лечения						вызд.
		умершие	A	B	C	D	E	
A	81	50	21	9	1	-	-	
B	22	11	1	5	4	1	-	
C	57	4	-	-	19	21	14	
D	21	-	-	-	1	5	15	
E	21	-	-	-	-	-	3	
Всего	202							

По таблице 2 можно проследить результаты лечения больных с острой травмой C₃-C₇ позвонков по группам.

Отличный результат лечения – у 31 больного;

Хороший результат лечения – у 33 больных;

Без улучшения – у 35 больных;

Ухудшение – 1 больной.

Умерло 65 больных, что составило 32%, из них в группе А 50 больных.

Результаты и обсуждение

Из анализа результатов лечения пострадавших в ближайшем периоде выявлены положительные и отрицательные стороны производимых нами декомпрессивно-стабилизирующих операций. Как показал наш опыт и данные литературы, при определении тактики лечения необходимо четко знать факторы, вызывающие компрессию спинного мозга. Соответственно каждому виду травм необходим индивидуальный подход. Многолетний опыт применения хирургических методов в комплексе выявил целый ряд существенных преимуществ оперативных методов перед консервативными, позволивших значительно сократить сроки лечения, восстановления трудоспособности, уменьшить число неудовлетворительных результатов. Тщательный анализ материала позволил разработать алгоритмы оказания помощи пострадавшим с повреждениями C₃-C₇ позвонков. Это дает возможность оптимально оценить степень эффективности и очередность консервативных и хирургических методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бондарчук А.В. Закрытые повреждения позвоночника и спинного мозга. Основы практической нейрохирургии. М. Медицина; 1954.; 2. Берснев В.П., Давыдов Е.А., Кондаков Е.Н. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов. Руководство для врачей. - С.-Петербург. – Спец. литература, 1998; 3. Лившиц В.В. Хирургия спинного мозга. – М. Медицина; 1990; 4. Frankel et al., 1969; Dickson, 1978; Larson, 1980; Collins, 1981.

ТҰЖЫРЫМ

ОМЫРТҚАНЫҢ ТӨМЕНГІ МОЙЫН БӨЛІМІНІҢ ЗАҚЫМДАНУЛАРЫН НЕЙРОХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

М.А. Алиев

№7 қалалық клиникалық аурухана,
Алматы қ.

Жұлынның және омыртқаның мойын бөлігінің төменгі бір бөлігінің травмасын жедел кезеңде емдеуі дифференциалдық түрде өту керек. Ем көрсетудің алдында міндетті түрде бүкіл патологиялық өзгерістерді жедел зерттеуі қажет. Бұл жағдайда ем көрсету травмалық зақым келу түріне және неврологиялық дефицитке байланысты болуы тиіс. Әр травманың емін жедел, нық диагностикалық және патологиялық өзгiрiстердi дәлелденгенсоң өткізілуі керек.

SUMMARY

NEUROSURGICAL TREATMENT OF THE LOWER CERVICAL SPINE

М.А. Aliyev

City clinical hospital №7,
Almaty c.

Treatment of lesions of the interior cervical spine section and spinal cord in the acute phase should be carried differentially, after a detailed identification of the full range of pathological situations. Depending on the pattern of traumatic injury and severity of neurological deficit the method of treatment is determined, that requires urgent and qualified diagnostics and efficient, timely, differentiated and pathogenic reasonable treatment for each type of trauma.