

Ускладненнями даного методу лікування були: 2 випадки інфікування рани, міграція елементів фіксатора — 4 випадки. Нами жодного разу не спостерігалось поглиблення неврологічного дефіциту в післяопераційному періоді.

Отримані нами дані показують, що застосування ранніх хірургічних втручань по вказаних методиках дозволять надійно зафіксувати ушкоджені сегменти хребта в їх фізіологічному положенні, активно проводити фізичну реабілітацію потерпілих, що значно зменшує летальність та інвалідизацію пацієнтів.

Особливості лікування хворих з відкритими пошкодженнями хребта та спинного мозку.

Слинько Є.І., Муравський А.В., Вербов В.В.

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

Нами проаналізовано 34 хворих з відкритими пошкодженнями хребта та спинного мозку, які знаходились на лікуванні у відділенні патології хребта та спинного мозку №1 інституту нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України.

Ознаками відкритих пошкоджень хребта та спинного мозку були локальна болючість і деформація, зменшення або відсутність чутливості нижче рівня ушкодження, порушення рухів в кінцівках, порушення функції тазових органів. Клінічна картина залежала від локалізації, виду ушкодження, темпу розвитку компресії спинного мозку, вікових та індивідуальних особливостей хворого.

До відкритих пошкоджень хребта та спинного мозку відносились вогнепальні поранення (12 хворих) та пошкодження гострими предметами (22 хворих).

Лікування хворих з відкритими пошкодженнями хребта та спинного мозку починалось на догоспітальному етапі, основне завдання якого — не погіршити стан хворого під час його транспортування в стаціонар. Догоспітальна допомога включала збереження або нормалізацію життєво важливих функцій (дихання, гемодинаміки), фіксацію хребта, введення нейропротекторів (метилпреднізолон). Хворих з відкритими пошкодженнями хребта та спинного мозку рекомендувалось транспортувати безпосередньо в спеціалізовані нейрохірургічні нейротравматологічні відділення або травматологічні відділення ЦРБ.

Надання допомоги хворим у гострому періоді хвороби включало: нормалізацію дихання й гемодинаміки, катетеризацію сечового міхура й центральної вени. У випадку спинального шоку бинтували нижні кінцівки, вводили атропін, гіпертонічний (3–7%) розчин NaCl, проводили симптоматичне лікування (за алгоритмом ABC — airway, breath, circulation — дихальні шляхи, дихання, кровообіг), потерпілого негайно госпіталізували у нейрохірургічне нейротравматологічне відділення.

У перші 8 год призначали метилпред (солюмедрол) у дозі 30 мг/кг/маси тіла одноразово, через 6 год хворий приймав 15 мг/кг препарату, надалі — по 5 мг/кг кожні 4 год протягом 2 діб. Вводили вітамін Е по 5 мл внутрішньом'язево, дифенін — по 500 мг, антибіотики широкого спектра дії, анальгетики, нейропротектори, магнію сульфат, повертали хворого кожні 30–40 хв, призначали симптоматичне лікування. Через 8–12 тиж. хворого переводили на реабілітацію в неврологічне відділення, реабілітаційний центр, проводили профілактику тромбоемболічних ускладнень. При тривалому ліжковому режимі профілактику тромбоемболії здійснювали на всіх етапах травматичної хвороби СМ.

Хірургічне лікування вогнепальних поранень хребта та спинного мозку включало: а) первинну хірургічну обробку рани, видалення всіх нежиттєздатних тканин, що проводили по загальним правилам як засіб профілактики та боротьби з інфекцією; б) нейрохірургічні втручання на хребті та спинному мозку (ліквідація стиснення спинного мозку кістковими відломками, металічними інеродними тілами, гематомами, відновлення лікворотоку, ліквідація ліквореї); в) профілактика та лікування трофічних порушень.

Покази до спеціалізованих оперативних втручань при пораненнях хребта та спинного мозку:

1) розвиток усіх форм стиснення спинного мозку, серед яких можна виділити стиснення чужорідними тілами, кістковими відламками, гематомами; 2) проникаючі поранення хребта та

спинного мозку, які супроводжуються розвитком ліквореї; 3) сліпі поранення хребта та спинного мозку з наявністю ранячого агента в хребтовому каналі.

Оперативні втручання на спинному мозку та хребті були протипоказані при:

1) наявності травматичного шоку; 2) важких комбінованих пораненнях хребта, спинного мозку та внутрішніх органів, розташованих в грудній та брюшній порожнинах та в малому тазі; 3) далеко заплучених ускладненнях зі сторони сечовидільної системи, при розвитку сепсису; 4) пневмонії; 5) інтоксикації та раневій кахексії.

Втручання на хребті та спинному мозку не показані при:

1) паравертебральних пораненнях, які супроводжуються синдромом струсу або забою спинного мозку без його стиснення; 2) крізних, проникаючих пораненнях хребта з прогресуючим значним відновленням функцій спинного мозку або без неврологічних порушень.

Адекватна хірургічна обробка рани в поєднанні з антибіотикотерапією у більшості випадків дозволяла зашити рану наглухо, встановити приточно-відточну систему дренивання. В післяопераційному періоді всім хворим показано промивання рани антисептиками та антибіотикотерапія.

Критерієм якості лікування було поліпшення стану хворого, регрес неврологічної симптоматики, стабільність ушкодженого відділу хребта за даними контрольних обстежень: функціональної Ro-графії та КТ.

Середній термін лікування складав 15–30 діб.

При стабілізації стану хворого показано було переведення хворого у відділення реабілітації чи неврології.

Особливості лікування хворих з інфекційно-запальними ускладненнями при травмі хребта та спинного мозку

Слинько Є.І., Муравський А.В., Вербов В.В.

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

Нами проаналізовано 148 хворих, які перенесли важку хреботно-спинномозкову травму, у яких мали місце інфекційно-запальні ускладнення зі сторони сечовидільної системи, трофічні розлади шкіри. Хворі знаходились на лікуванні у відділенні патології хребта та спинного мозку №1 інституту нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України та обстежувались в різні періоди хвороби.

Серед проаналізованих 148 хворих з нейрогенним сечовим міхуром інфекційно-запальні ускладнення зі сторони сечовидільної системи виявлені у 114 хворих (77,03%): цистит, пієлонефрит, уретрит, нориця та стриктура уретри, простатит, епідіміт, орхоепідіміт, уросепсис, сечокам'яна хвороба, гостра та хронічна ниркова недостатність. Дані ускладнення частіше всього зустрічались у хворих з важким пошкодженням спинного мозку: групи А та В по Frankel. Найбільш часто інфекційно-запальні процеси зі сторони сечовидільної системи зустрічались при пошкодженнях на рівні шийного відділу хребта, в проміжному та пізньому періодах травматичної хвороби спинного мозку. Одні й ті ж ускладнення могли супроводжувати хворого на протязі декількох періодів хвороби. Тільки у 36 (24,32%) хворих інфекційно-запальні ускладнення зі сторони сечовидільної системи були поодинокими, в 43 (29,06%) випадках спостерігалось поєднання двох ускладнень, в 21 (14,19%) — трьох і в 14 (9,46%) — чотирьох. Перебіг поєднаних ускладнень носив затяжний характер.

У 69 (46,62%) обстежених хворих травматичною хворобою спинного мозку були виявлені пролежні, причому у 19 (12,84%) потерпілих мали місце декілька пролежнів різної локалізації. Частіше всього пролежні спостерігались у хворих з найбільш важким пошкодженням спинного мозку — групи А та В по Frankel, при пошкодженні хребта та спинного мозку на шийному рівні та в проміжному періоді травматичної хвороби спинного мозку.

У лікуванні інфекційно-запальних ускладнень важлива роль відводилась **антимікробній терапії**. Призначались високі дози антибактеріальних препаратів протягом 2–4 тижнів. Антимікробна терапія звичайно поєднувалась з евакуацією вмісту абсцесу та висіченням некротичних тканин.

Час закінчення антимікробної парентеральної терапії визначався, виходячи з наступних принципів: 1) відсутність недренуємих абсцесів; 2) клінічно задовільне самопочуття пацієнтів; 3) зниження швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) більш як наполовину у порівнянні з показ-