

никами, які мали місце перед початком лікування. Якщо клінічний стан хворого стабілізувався, відсутні епізоди активації інфекції, але показники ШОЕ не зменшувались до необхідного рівня, то антимікробна терапія могла продовжуватись до 6–8 тижнів.

У профілактиці інфекції сечових шляхів важливим було використання зрошення сечового міхура антибактеріальними препаратами з періодичною їх зміною; прийом великої кількості рідини з підтриманням адекватного та безперешкодного виведення сечі; правильне технічне виконання катетеризацій.

Важлива роль у лікуванні інфекції сечових шляхів належала медикаментозному лікуванню, в якому головне місце займала антибіотикотерапія. При перших клінічних проявах інфекції сечових шляхів, коли ще немає даних бактеріологічних методів обстеження, використовували антибіотики широкого спектру дії. При ідентифікації мікроорганізмів та визначенні їх чутливості до антибіотиків проводилась направлена антибіотикотерапія. Використання антибіотиків (по антибіотикограмам в максимально дозволених терапевтичних дозах із застосуванням оптимальних методів введення дозволяло отримати позитивні результати лікування гнійно-запальних ускладнень. Для боротьби з інфекцією сечових шляхів використовували ряд інших антибактеріальних препаратів, серед яких необхідно виділити: бісептол, фуразолідон, фурагін, фурадонін, 5-НОК, невіграмон, палін.

Попередження розвитку трофічних розладів шкіри забезпечувалось правильно організованим наглядом за хворим, правильною укладкою хворого. Лікування трофічних порушень здійснювалось комплексно, з урахуванням стадії розвитку, локалізації процесу та включало в себе методи як консервативного (фізіотерапевтичного та медикаментозного впливу), так і оперативного втручання.

Комплексне лікування трофічних розладів шкіри включало дезінтоксикаційну, дегідратаційну, протизапальну, загальноукріплюючу терапію, а також використання препаратів, покращуючих крово- та лімфоциркуляцію. Здійснювалось ультрафіолетове опромінення пролежнів суберітемними дозами та УВЧ-прогрівання в слабій термічній дозі. Використовували місцеву та загальну лазеротерапію з метою прискорення підготовки раневих поверхонь до хірургічного лікування. Пластичні операції проводились при відносно задовільному стані оточуючих тканин.

Досвід застосування різних методів стабілізації в гострий період ускладненої шийної спінальної травми

Підлісний С.С.

Центральна міська лікарня, м.Рівне

За період 2003–2005р. було проведено 12 оперативних втручань з приводу переломів шийного відділу хребта з ушкодженням спинного мозку. Компресійний перелом С4 — 4 випадки, компресійний перелом тіла С5 хребця II-III ступеня — 8 випадків. У всіх випадках була проведена корпоректомія ушкодженого хребця, видалення уламків, ревізія структур спинномозкового каналу з послідуною стабілізацією.

Застосовувались наступні методи стабілізації:

- Стабілізація протакрилом — 2 випадки;
- титановою сітчастою конструкцією—6;
- комбінація протакрилу і титанової сітчастої конструкції—4 спостереження.

Показом до стабілізації протакрилом були обширне ураження хребця, тобто компресія III-IV ступеня. Титанова сітчаста конструкція автономно, так і в комбінації з протакрилом, застосована нами при ушкодженні одного з хребців зі збереженою цілісністю поблизулежачих, а також при поєднанні ушкодження зі спонділолітезом, де була необхідність встановлення міцної конструкції для задовільної фіксації.

В 7 з 12 відмічалось ушкодження дистального міжхребцевого диску. В 4-ушкодження дисків з компресією їх сегментами структур спинномозкового каналу. В 3 випадках мав місце розрив твердої мозкової оболонки.

Операції проводились передньобоківим правобічним доступом з вилученням уламків тіла ушкодженого хребця. Фіксація протакрилом поєднувалась з фіксацією 7–9мм титановими гвинтами, які фіксувались до суміжних неушкоджених хребців. При фіксації титановосітчастою конструкцією застосовувалось товсту сітчасту титанову конструкцію діаметром 20–25мм. довжиною відповідно до кісткового дефекту.

В усіх випадках ускладнень не наступило. В двох випадках при спонділодезі сітчастою титановою конструкцією мали місце в післяопераційному періоді протопатичні корінцеві болі з латералізацією. Гнійно-септичних ускладнень не спостерігалось. Відновлення, в залежності від ступеня і характеру ураження, поступово наступило в 6 випадках, характеризувалось появою рухів в кінцівках, як правило, з певною латералізацією.

Таким чином при ускладненій спінальній травмі, компресійних переломах тіл 4 і 5 шийних хребців найбільш доцільно в ранні терміни проведення корпоректомії

з передньо-бічного доступу та обов'язковою стабілізацією.

Мінінвазивний метод лікування медіанних гриж поперекового відділу хребта

Шутка В.Я.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

При медіанних грижах поперекового відділу хребта використовується операція ламінектомії. Але, на жаль, в 25–30% випадків через 3 — 5 років розвиваються явища нестабільності та спонділолітезу. Тому нами запропонована та впроваджена операція мінінвазивного хірургічного лікування, яка заключається в проведенні двох латеральних розширених інтерламінктомій при збереженні остистих паростків, дужок та міжостистих зв'язок. При використанні мікрохірургічної техніки та наборів сучасних кусачків Керісона представляється можливим провести декомпресію як латеральних рецесусів, так і центрального стенозу без широкого розкриття хребтового каналу.

На протязі трьох років нами проведено 23 операції у пацієнтів нейрохірургічного відділення в віці від 22 до 58 років. Медіанні грижі локалізувались на рівні L3-L4 — в двох хворих, L4-L5 — в 18 і L5-S1 — у трьох. В клінічній картині захворювання на перший план виступали явища попереково-крижового радикуліту з двобічною неврологічною симптоматикою у 16 хворих та однобічною — у 7, каудальний синдром розвинувся у 12 випадках, причому нетримання сечі та калу було відмічено у 8 з них, а затримка — у 4. Діагноз підтверджувався даними комп'ютерно-томографічного та магнітно-резонансного обстеження. При проведенні оперативного втручання доцільно на першому етапі провести розширені інтерламінктомії з видаленням гіпертрофованих жовтих зв'язок як з однієї так і з іншої сторони, не зважаючи на перевагу неврологічних ознак компресії нервових корінців з якоїсь конкретної сторони. В послідууючому проводиться інтраопераційна ревізія та визначається об'єм оперативного втручання, а іменно — з якої сторони більш доступно видалити медіанну грижу. При видаленні кили розсічення грижевого мішка доцільно проводити в латеральних відділах грижевого мішка, а не в центрі. У всіх спостереженнях виявлено значне розширення епідуральних вен. Видалялась як внутріканальна частина пульпозного ядра так і в міжхребцевому просторі. Показом ефективності проведеного видалення являться дані ревізії зондом та відновлення відображення пульсації і дихальних рухів твердої мозкової оболонки.

При аналізі найближчих результатів у 98% хворих наступило значне клінічне покращення в післяопераційному періоді. Больовий синдром незначно посилювався на 2 — 4 день після операції у 8 пацієнтів, що пов'язано, з розвитком набряку рани та реактивним радикулітом. Хворі вставали, сідали та активно ходили на 2 — 3 день після операції і тоді ж виписувались на амбулаторне лікування і спостереження невропатолога по місці проживання.

При вивченні віддалених наслідків на протязі 3–5 років після оперативного втручання нами в жодному випадку не виявлено ознак нестабільності та спонділолітезу.

Таким чином, вважаємо доцільним впровадження методики мінінвазивного лікування медіанних гриж поперекового відділу хребта, що дозволяє скоротити післяопераційне стаціонарне лікування та покращити його результати.