

УДК: 616–035.7, 616–089: 616–089.168

ПРИЧИНИ НЕЗАДОВІЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ПАЦІЄНТІВ З УСКЛАДНЕНОЮ ХРЕБЕТНО-СПИННОМОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

О. М. Тарасенко

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності
МОЗ України», м Дніпропетровськ

Резюме: лечение больных с повреждениями позвоночника и спинного мозга является сложным заданием современной медицины. Учитывая уровень инвалидизации, травма спинного мозга расценивается как одно из самых тяжелых и, прогнозируемо, неблагоприятных повреждений у человека.

Анализ медицинской документации свидетельствует о возможности проведения операции в первые 24–72 часа после травмы, невзирая на это, операции проводили свыше недели (70 %), а то и месяца (15 %) после травмы. Те 4 % операций, которые провели в достаточном объеме, оказались неэффективными, потому что были проведены свыше месяца по получении травмы. Неэффективность проведения только декомпрессивных или только стабилизирующих операций у пациентов с осложненной позвоночно-спинномозговой травмой наравне с поздним проведением операций подтверждает не только наличие группы инвалидности, которую, как правило, через 2-3 переосвидетельствования устанавливают пожизненно (когда реабилитация становится бесперспективной), но и результаты через год по шкале Frankel.

Ключевые слова: позвоночно-спинномозговая травма, операции, результаты, инвалидность.

Summary: treatment of patients with the damages of spine and spinal cord is the difficult task of modern medicine. Taking into account the disability level, the trauma of spinal cord is considered as one of the heaviest and it is forecast unfavorable damages for a man.

Analysis of the medical documentation indicates the possibility of an operation in the first 24-72 hours after injury, although it is real surgery was performed more than a week (70 %), and even a month (15 %) after injury. Those 4 % of operations conducted in sufficient volume, were ineffective because they were held in for more than a month after the injury. Inefficiency of only decompressive or just stabilizing operations in patients with complicated spinal trauma operations with untimely confirms not only the presence of disability, which is usually 2-3 inspection establish permanent (when rehabilitation is futile), but also results in year scale Frankel. We see that a year after the operations (which are designed to facilitate the patient's condition, until his complete recovery) of positive changes have occurred, and even turned a slight deterioration - increased in C and D and in group E was not a single patient.

Keywords: spinal trauma, operations, results, disability.

Вступ: під хребетно-спинномозковою травмою (ХСМТ) розуміють механічне ушкодження хребта та/або вмісту хребетного каналу (спинного мозку, його оболонок і судин, спинномозкових нервів). У структурі загального травматизму ускладнена хребетно-спинномозкова травма становить від 0,7 до 8 %, та від 6,3 до 20,3 % – серед травм кісток скелету [3, 4]. Більш ніж у 80 % випадків вона виникає у осіб молодого віку – від 17 до 45 років [4]. Інвалідність у результаті ушкоджень спинного мозку варіює від 57,5 % до 96 % (і навіть до 100 % при забоях шийного відділу спинного мозку) [3–6].

Лікування хворих з ушкодженнями хребта та спинного мозку є складним завданням сучасної медицини. Зважаючи на рівень інвалідизації, травма спинного мозку розцінюється як одне з найважчих і, прогнозовано, несприятливих ушкоджень у людини. На даний час вважають, що оперативне втручання потрібно проводити так швидко, як це дозволяє стан хворого. Оптимальним вважається проведення операції в перші 24 години після травми [1, 2, 4]. Водночас, ургентне оперативне втручання спрямоване на декомпресію мозку без адекватної стабілізації хребта, вважають хибною тактикою, оскільки у разі нестабільного ушкодження

хребта перекладання хворого може призвести до ще більшої травматизації спинного мозку [2, 4]. Відновне лікування цих хворих вимагає від медперсоналу особливого терпіння й майстерності. Вчасно надана кваліфікована реабілітаційна допомога істотно поліпшує наслідки травми й підвищує якість життя постраждалого [1].

Мета: провести аналіз помилок під час виконання оперативних втручань у пацієнтів з ускладненою хребетно-спинномозковою травмою.

Матеріали і методи: досліджені результати оперативних втручань, проведених у гострому періоді ускладненої хребетно-спинномозкової травми. Всі пацієнти були на експертизі в ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», у відділенні травматології й ортопедії з 2010-го по перше півріччя 2014 року.

Для аналізу були відібрані медичні справи пацієнтів (n=102), які протягом 3–4 місяців після проведення операції були визнані інвалідами I чи II групи. Всі пацієнти були поділені залежно від статі (табл. 1), віку, виду оперативних втручань, часу втручання, результат лікування було відстежено за шкалою Frankel.

Таблиця 1

Розподіл хворих за статтю

Стать	Кількість	%
Чоловіки	79*	77
Жінки	23	23
Всього	102	100

*P<0,01

Розподіл за віком представлений у таблиці 2.

Таблиця 2

Розподіл хворих за віковими періодами

Вікові періоди	Кількість хворих	
15–29 (молодий)	46	45 %
30–44 (зрілий)	49	48 %
45–59 (середній)	7	7 %
60–74 (похилий)	0	0 %
Всього	102	100 %

Для клінічної оцінки початкового рівня неврологічного дефіциту пацієнти були поділені згідно зі шкалою Frankel (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл пацієнтів згідно зі шкалою Frankel до лікування

A	B	C	D	E
8 (8 %) хворих	31 (30 %) хворих	23 (23 %) хворих	38 (37 %) хворих	2 (2 %) хворих

Залежно від застосування оперативних методик усі хворі були поділені на 2 групи. Першу групу склали хворі, яким виконували декомпресивно-стабілізуючі оперативні втручання. Другу – пацієн-

ти, до яких застосовували інші види оперативних втручань (декомпресивні без стабілізації, стабілізуючі без декомпресії) (табл. 4).

Таблиця 4

Розподіл пацієнтів за групами залежно від методу лікування

Групи	I декомпресивно-стабілізуючі	II інші
абс	4	98*
%	4 %	96 %

*P<0,01

В наступній таблиці визначено терміни виконання операцій (табл. 5).

Таблиця 5

Термін виконання операцій

Термін	Абс. кількість	%
<24 годин	0	0
24–72 години	0	0
3–7 діб	15	15
7 діб – 1 місяць	72*	70
> 1 місяця	15	15

*P<0,01

Для оцінки результатів лікування пацієнти досліджені згідно зі шкалою Frankel через рік (табл. 6).

Розподіл пацієнтів згідно зі шкалою Frankel через рік після операції

A	B	C	D	E
8 (8 %) хворих	31 (30 %) хворий	24 (24 %) хворих	39 (38 %) хворих	0 (0 %) хворих

Результати та їх обговорення

На початку обговорення результатів операцій слід нагадати, що для дослідження були відібрані хворі, які отримали I чи II групу інвалідності, яку не змінювали на меншу під час наступного перегляду. Більшість хворих з хребетно-спинно-мозковою травмою були чоловіки (77 %).

Вік отримання травм найчастіше молодий (45 %) та зрілий (48 %). За шкалою Frankel основна частина належала до груп B (30 %), C (23 %) та D (37 %).

Основна частина операцій (96 %) була проведена не в повному обсязі (щодо сучасних рекомендацій з проведення декомпресивно-стабілізуючих втручань). Невиправданим є й те, коли проводять ці втручання (посилаючись на «стабілізацію» стану хворого). Аналіз медичної документації свідчить про можливість проведення операції в перші 24–72 години після травми, попри це реально операції проводили понад тиждень (70 %), а то і місяць (15 %) після травми. Ті 4 % операцій, які провели в достатньому об'ємі, виявились неефективними, бо були проведені понад місяць після отримання травми. Неефективність проведення тільки декомпресивних або тільки стабілізуючих операцій у пацієнтів з ускладненою хребетно-спинномозковою травмою на рівні з пізнім проведенням операцій підтверджує не тільки наявність групи інвалідності, яку, як правило, через 2–3 перегляди встановлюють позитивно (коли реабілітація стає безперспективною), а й результати через рік за шкалою Frankel.

Ми бачимо, що через рік після проведення операцій (що покликані полегшити стан хворого, аж до його повного одужання) позитивних змін не настало, а то й виявилось незначне погіршення – збільшилась група C та D, а в групі E не було жодного пацієнта.

Висновки

1. Для поліпшення результатів оперативних втручань слід дотримуватись декомпресивно-стабілізуючих принципів їх проведення.

2. Час проведення операцій також має принципове значення для поліпшення результатів оперативного лікування ускладненої хребетно-спинномозкової травми.

Література

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим за спеціальностями «Нейрохірургія» та «Дитяча нейрохірургія» / Український нейрохірургічний журнал. – 2008. – № 3. – 224 с.

2. Наказ № 222 від 24.07.1998 «Про удосконалення спеціалізованої медичної допомоги при хребетно-спинномозковій травмі».

3. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2011 рік. Аналітико-інформаційний довідник / [В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін та ін.]; за ред. Р. В. Богатирьової. – Д.: Пороги, 2012. – 150 с.

4. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із хребетно-спинномозковою травмою: методичні рекомендації / М. Є. Поліщук [та ін.]. – Київ. – 2006. – 36 с.

5. Charles C. Does The Use Of An ECD (Electrical Conductivity Device) Assist With Accurate Pedicle Screw Placement In Patients With Upper Thoracic Spine Trauma? A Retrospective Clinical Collection / Charles Court, Cesar Vincent, Ciaran Bolger, David Powell. – Всероссийская научная конференция с международным участием «Неотложные состояния в вертебрологии». – Материалы съезда. С.-Петербург, 13-14 сентября. – 2013. – С. 209–210.

6. Kornienko V., Pronin I. Diagnostic Neuroradiology / Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2009. – P. 1288.

