

ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ТРАВМАМИ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

К.Н. Джуманов, Р.М. Юлдашев, Ф.Х. Бабаханов
Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан

В течении последних десятилетий отмечается увеличение числа повреждений позвоночника, вследствие интенсивной урбанизации, развития механизации, скоростных средств передвижения, темпов и ритма жизни, из года в год непрерывно их тяжесть, и час-тота. У 30-70% больных с повреждениями грудного отдела позвоночника имеются неврологические нарушения, что говорит о повреждении спинного мозга и корешков. (Лив-шиц 1990г). К числу наиболее опасных осложнений при повреждении спинного мозга относятся нагноения ран, трофические нарушения в виде пролежней и трофических язв.

Рост частоты госпитальных инфекции связан с постоянно увеличивающейся сложностью и продолжительностью нейрохирургических вмешательств, распространением инвазивных диагностических и лечебных процедур, несовершенством существующих методов стерилизации, нерациональным использованием антибиотиков, способствующих селекции резистентных внутрибольничных возбудителей и состоянием больного.

Частота послеоперационных инфекционных осложнений по данным различных авторов составляет от 5% до 30-40%, в зависимости от типа хирургических вмешательств («чистые», «условно чистые», «условно грязные», «грязные») (И.П.Ткачик, 1998)

Этиологическими факторами способствующими развитию инфекционных процессов, являются: количество бактерий, их вирулентность; наличие чужеродного материала; уменьшение васкуляризации тканей; локализация раны; гематомы в области раны; общее состояние пациента; бактериальная профилактика; время оперативного вмешательства. (F.Eismont 1983).

Наиболее часто (60%) из содержимого гнойной раны высеивается *Staphylococcus aureus* (D.Kaufman, Kaplan 1980).

Спинальные инструменты, включая транспедикулярную фиксацию, увеличивают количество случаев послеоперационной раны на 4-12% (J. Lonstein 1973).

Проанализированы результаты хирургического лечения 135 больных с осложненными травмами грудного отдела позвоночника, на период 1998-2008гг. у 12 их них послеоперационное течение осложнилось возникновением пролежней, преимущественно

в крестцовой области, у 3х больных нагноением раны, вследствие отторжения пластин.

В основе развития пролежней у этих больных лежит прежде всего нарушение трофического влияния со стороны нервной системы вследствие повреждения спинного мозга. Все сказанное обуславливает необходимость тщательной профилактики и эффективного лечения пролежней с целью более быстрого их заживления.

В 2х случаях наблюдалась глубокая раневая инфекция, локализовалась в глубоких субфасциальных областях с вовлечением мышечных и костных структур. Характеризовалась резкими корешковыми болями, болезненностью при перкуссии остистых отростков, усиливающих при движении, симптомы лихорадки. Для лабораторных анализов был характерен лейкоцитоз, повышение СОЭ. Наиболее ранний рентгенологический признак – неровность замыкательной пластинки и очаг деструкции кости прилежащий к диску. Учитывая степень тяжести воспалительных осложнений и угрозу генерализации инфекции, адекватная антибиотикотерапия включала в себя неотложную эмпирическую или предположительную терапию до получения результатов бактериологического исследования. На практике это достигалось комбинацией Цефалоспоринов 3го поколения широкого спектра действия с метронидазолом. При получении результатов из бактериологической лаборатории производили коррекцию антимикробной терапии, назначали этиотропные бактерицидные антибиотики.

У 12ти больных травма осложнилась возникновением пролежней крестцовой области. Следует учесть, что пролежни неизменно проходят следующие стадии: стадия некроза, грануляции, эпителизации. В первой стадии проводили иссечение некротических масс, широкое вскрытие всех затеков и карманов для улучшения оттока. Из физиотерапевтических методов в этой стадии применяли УВЧ и ультрафиолетовые облучения пролежня. В стадии грануляции широко применяли мазовые повязки. В стадии эпителизации консервативные мероприятия должны быть направлены на ускорение продукции эпителиальной ткани, с этой целью назначали ультрафиолетовые облучения в субэритемных дозах.

В 3х случаях нагноения ран производили

открытое дренирование раны, промывание антибактериальными растворами, в 2х случаях фиксирующие системы удалены из-за угрозы возникновения остеомиелита

Помимо воздействия на очаг повреждения спинного мозга и операции на пролежнях, большое внимание в системе комплексного лечения трофических нарушений следует

уделять улучшению общего состояния всего организма, с этой целью назначали белковое питание, систематическое переливание крови и кровезаменителей, введение инъекций витаминов. Таким образом, у больных с повреждением спинного мозга комплексное лечение пролежней позволяют в короткий срок добиться заживления раны.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ АССИСТИРУЕМОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛЮМБАЛЬНОЙ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА

*Е.А. Есетов, Г.И. Мурзагалиев, Е.И. Шульга, Н.В. Щедрова, С.А. Безус, А.А. Жалгасбаев
Областная клиническая больница, Уральск, Казахстан*

Введение: Остеохондроз позвоночника с наличием протрузии и грыж межпозвоночных дисков является одним из самых распространенных хронических заболеваний человеческого организма и обусловлен развитием дегенеративно-дистрофических процессов из-за статико-динамической нагрузки на вертикально расположенный позвоночный столб.

Грыжа или протрузия межпозвоночного диска, вступая в контакт со спинным мозгом или его элементами (нервными корешками и сосудами) вызывает «диск-радикулярный», «диск-васкулярный» конфликт — причину клинических проявлений этого заболевания, составной частью которого является острый болевой синдром.

Актуальность: По статистическим данным развитых стран, болевым синдромом, обусловленным остеохондрозом позвоночника и межпозвоночными грыжами, страдает более 1/3 населения. Средний возраст больных с клиническими проявлениями грыжи диска составляет 40 лет. Мужчины страдают данным заболеванием несколько чаще женщин. Наиболее часто в пояснично-крестцовом отделе позвоночника грыжи возникают в межпозвоночных дисках на уровне L5 — S1 (48% от общего числа грыж на пояснично-крестцовом уровне) и на уровне L4 — L5 (46%). реже они локализуются на уровне L3 — L4 (5%) и наиболее редко на уровне L2 — L3 (менее 1%).

Дискэктомия остается краеугольным камнем в хирургическом лечении остеохондроза позвоночника осложненного грыжами межпозвоночных дисков. При этом, по данным различных авторов, процент неудач описывается как низким (10%), так и очень высоким — до 90%. Все это привело к тому, что последние несколько десятилетий усилия врачей сконцентрированы на поиске новых минимально инвазивных методик, способных снизить потенциальные осложнения.

Весьма актуальным явилось внедрение в клиническую практику эндоскопической дискэктомии, с помощью современных эндоскопов, оснащенных специальной видеокамерой.

Цель работы: Анализ полученных результатов проведенных эндоскопических дискэктомии, ее превосходство и недостатки.

Материалы и методы исследования: В отделении нейрохирургии г.Уральска за 2007г по настоящее время прооперировано с грыжей диска 180 больных. Из них мужчин 84%, женщин 16%, возраст от 23 до 56 лет.

Эндоскопическая дискэктомия проведена 50 больным, область применения: медиальная, латеральная и фораминальная грыжа, декомпрессия люмбального канала. Отбор больных проводился по показаниям: грыжа межпозвоночного диска подтвержденная данными М.Р.Т., наличие радикулярного синдрома, длительность болевого синдрома не более 1,5-2 мес., отсутствие соматической патологии.

Недостаток. Отказ от эндоскопической дискэктомии больным с ожирением, мигрирующие свободные секвестры диска, предыдущие операции в данной зоне, сопутствующие патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, преклонный возраст, оссифицированные грыжи.

Операция выполняется под общей анестезией, положение на животе, ноги приведены. Выполняется постериорный парасрединный разрез, обнажается латеральная граница устья, обнажается связка, после препарирования ткани вокруг нервного корешка открывается доступ к грыже диска, удаление грыжи диска с помощью щипцов.

Результаты: Послеоперационный период протекал удовлетворительно, осложнения не было. Полный регресс болевого синдрома