

Клинические аспекты нейрохирургии

На вторые сутки прооперировано 34 пациента: с субкортикальными гематомами 3 пациента, 16 пациентов с путаменальными и 15 пациентов с путаминальными и таламическими гематомами с внутрижелудочковым кровоизлиянием.

На 3-5 сутки прооперировано 2 пациента, один с путаменальной гематомой и один пациент с субкортикальным кровоизлиянием. В первые сутки были оперированы наиболее тяжелые пациенты, у 80% пациентов утрата сознания была 8 и ниже баллов по шкале ком Глазго. Из 101 пациента, 68 пациентов умерло, что составило 68%. С субкортикальными гематомами умерло 4 пациента (36,3%), с путаменальными гематомами 18 пациентов (58%), путаминальные с внутрижелудочковыми кровоизлияниями умерло 41 (83%), с оболочечными кровоизлияниями 1 пациент (33,3%), с гематомой задней черепной ямы 4 пациента (57%). На вторые сутки оперировано 34 пациента, у этих пациентов утрата сознания была до 10 баллов по шкале ком Глазго. Из них умерло 21, что составило 65,6%. С субкортикальными гематомами умер - пациент (50%), с путаменальными гематомами - 9 (56,3%), с внутрижелудочковым кровоизлиянием - 11 (73,3%). На 3-5 сутки оперировано 2 пациента, один пациент с субкортикальным кровоизлиянием и один пациент с путаменальным кровоизлиянием. Эти пациенты находились в сознании (12 баллов ШКГ). Умер 1 пациент с путаменальной гематомой, что составило 50%.

Рецидивы кровоизлияний преимущественно возникали у пациентов оперированных в первые сутки и отмечались у 26 (25,5%) пациентов, эта категория пациентов находилась в наиболее тяжелом состоянии. У пациентов оперированных на вторые сутки рецидивы кровоизлияний отмечались у 5 (15%). Все пациенты, у которых отмечались рецидивы внутримозговых кровоизлияний и проводились повторные операции, умерли. Пациентам, которым удаление гематомы проводилось на 3-5 сутки, рецидивов кровоизлияний не отмечалось. 21 пациенту оперативное лечение не проводилось, пациенты находились в ясном сознании: 7 пациентов со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием, 3 пациента с субкортикальными кровоизлияниями малых объемов, до 30 см³, 11 пациентов с путаменальными и таламическими кровоизлияниями малых объемов, до 30 см³.

У пациентов с оболочечными кровоизлияниями послеоперационная летальность составила 33,3%, у пациентов с субкортикальными кровоизлияниями - 38%, у пациентов с путаменальными и таламическими кровоизлияниями послеоперационная летальность - 60%, у пациентов с внутрижелудочковым кровоизлиянием послеоперационная летальность составила - 81%.

Летальность по возрастным группам распределилась следующим образом: до 39 лет летальность составила 35,7%, 40-60 лет - 30,8%, старше 60 лет - 85,5%.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что в 51,8% случаев пациенты с геморрагическим инсультом были трудоспособного возраста до 60 лет, наиболее распространенными формами геморрагического инсульта явились путаменальные кровоизлияния с прорывом крови в желудочковую систему 56%, наилучшие результаты хирургического лечения отмечены у пациентов с субкортикальной локализацией кровоизлияний, удовлетворительный результат составил 56,7%, наибольший процент летальность отмечался у пациентов старше 60 лет и составил 85,5%, хирургическое лечение больных с геморрагическим инсультом, находящихся в коме малоэффективно - летальность составила 85,1%, ниже 5 баллов по ШКГ -100%.

Филатов Е.В., Урюпин В.Ю., Фроленко С.Ю., Палаткин П.П.

ФГБУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации г.Новокузнецк, Россия

ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА ПРИ НАЛИЧИИ СПАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Актуальность. Ежегодно более 10000 человек в Российской Федерации получают позвоночно-спинномозговую травму. Вследствие травматической болезни спинного мозга

(ТБСМ) нарушаются функции многих органов и систем. Наиболее грубо нарушаются локомоторная, мочеполовая и нейротрофическая функции. Но даже при отсутствии произвольных движений в ногах, пациент может быть обучен не только передвижению в кресле-коляске, но и самостоятельной ходьбе. Восстановление или компенсацию утраченных функций зачастую ограничивает не только снижение силы мышц, но и такое проявление течения позвоночно-спинномозговой травмы как спастический синдром. Спастический синдром не позволяет реализовать сохранившийся двигательный потенциал.

Цель исследования. Изучить встречаемость спастического синдрома, динамику его развития и влияние на двигательную реабилитацию у пациентов с травматической болезнью спинного мозга.

Материалы и методы исследования. Объектом изучения являлись пациенты с ТБСМ, поступившие в отделение нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в период с 01.01.2012 г. по 25.12.2013 г. (всего 884 госпитализации). Мужчин было - 699 человек, женщин - 185 человек. Средний возраст составил 36,2 (95% ДИ 35,4 - 37,0) года. Средний возраст мужчин - 36,1 (95% ДИ 35,2 - 37,0) лет; женщин - 36,4 (95% ДИ 34,7 - 38,1) года.

Обследование пациентов включало: неврологический, ортопедический осмотр, рентген-лучевую диагностику. Спастический синдром оценивался по шкале Ashworth. Уровень неврологических нарушений оценивался по шкале ASIA. Локомоторные возможности изучались по уровню компенсации (УК) функции поддержания положения сидя, стояния и ходьбы.

В коррекции спастического синдрома применялись консервативные и хирургические методы. Консервативные методы включали в себя фармакологическое лечение, физиотерапию, ЛФК, кинезотерапию. Медикаментозные препараты использовались как в качестве монотерапии, так и в комплексе общего реабилитационного лечения. При отсутствии эффекта от консервативного лечения применялось нейрохирургическое лечение спастичности или хирургическое лечение осложнений течения ТБСМ, вызывающих усиление спастического синдрома.

Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывалось абсолютное число и относительная величина в процентах (%). Для проверки статистических гипотез о различиях абсолютных и относительных частот, долей и отношений в двух независимых выборках использовались критерии χ^2 Пирсона. Нулевую гипотезу отвергали в случае $p < 0,05$.

Статистические вычисления проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica (версия 10.0.1011.0).

Результаты исследования. Из 884 пациентов - больные с уровнем травмы в шейном отделе позвоночника (ШОП) составили 312 человек, в верхнегрудном отделе (ВГОП) - 211 пациентов, в нижнегрудном (НГОП) - 236 человек, в поясничном отделе позвоночника (ПОП) - 125 больных. Неврологические нарушения типа «А» имели 437 пациентов, типа «В» отмечены у 119 пациентов, типа «С» - у 214 больных, типа «D» - у 114 больных.

С клиникой спастического синдрома было 656 случаев наблюдений и 228 случаев - без спастического синдрома. При наличии спастичности неврологические нарушения типа «А» наблюдались у 343 пациентов. Среди них повреждение ШОП - 123 больных, в ВГОП - 151 пациент, в НГОП - 58 человек, в ПОП - 11 человек. Со степенью неврологических нарушений типа «В» был 91 пациент: повреждение ШОП - 54 больных; ВГОП - 18 пациентов, НГОП - 10 больных, повреждение ПОП - 9 человек. С нарушениями типа «С» наблюдалось 143 человека: повреждение ШОП - 77 больных; ВГОП - 18 больных; НГОП - 34 наблюдения; ПОП - 14 человек. Нарушения типа «D» и «E» наблюдались у 79 пациентов: с повреждением ШОП было 48 больных, ВГОП - 14 пациентов, НГОП - 10 человек, ПОП - 7 человек.

При спастическом синдроме инвазивные методы лечения применялись у 280 больных, консервативные методы реабилитации - у 376 пациентов.

В группе больных со спастическим синдромом средний показатель двигательного и локомоторного баллов до лечения составил 47,0 и 5,4 балла, соответственно. После лечения - 48,4 и 5,6 балла ($p > 0,05$).

В группе больных без спастического синдрома средний показатель двигательного и локомоторного баллов до лечения составил 59,1 и 6,9 баллов, соответственно. После лечения - 59,5 и 7,0 баллов. После лечения отмечено увеличение двигательного балла

Клинические аспекты нейрохирургии

у 22 пациентов (9,6%) и локомоторного балла у 28 больных (12,3%, $p < 0,01$). В работе выявлено, что средние показатели локомоторного и двигательного баллов достоверно выше у пациентов без спастического синдрома, как до лечения, так и после ($p < 0,00002$).

При консервативном ($n=376$) лечении средние показатели спастического синдрома, двигательного и локомоторного баллов до/после лечения составили, соответственно: 2,7/2,5 балла; 50,5/52,0 балла; 6,7/7,0 баллов. После лечения отмечено снижение спастичности у 58 человек (15,4%), повышение двигательного балла у 55 (14,6%), локомоторного балла - у 76 (20,2%).

При инвазивных методах лечения ($n=280$) средние показатели спастического синдрома, двигательного и локомоторного баллов до/после лечения составили: 2,8/2,5 балла; 42,3/42,9 и 3,4/3,5 балла. После проведенного лечения выявлено снижение спастичности у 77 человек (27,5%), повышение двигательного балла у 9 (3,2%), локомоторного балла - у 39 (13,9%).

При сравнительном анализе в группе, получавшей консервативное лечение, статически значимо уменьшился спастический синдром, увеличились локомоторный и двигательный баллы ($p < 0,0001$). В группе, получавшей инвазивные методы лечения, статически достоверно снизился спастический синдром ($p < 0,0001$) и увеличился локомоторный балл ($p < 0,02$). В группе без спастического синдрома ($n=130$) средние показатели двигательного и локомоторного баллов до/после лечения составили 62,6/63,3 балла и 8,2/8,5 баллов, соответственно. При проведении инвазивных методов лечения ($n=98$) средние показатели двигательного и локомоторного баллов до/после лечения - 54,5/53,4 балла и 4,8/4,5 балла, соответственно. На фоне лечения отмечено снижение двигательного балла у 1 пациента (1,0%), локомоторного балла у 7 пациентов (7,1%).

Выводы.

При сравнении групп пациентов со спастическим синдромом и без клинических проявлений спастичности выявлено, что тип «А» неврологических нарушений достоверно чаще наблюдается в группе больных со спастикой.

Чаще в лечении спастического синдрома применялись консервативные методы, чем инвазивные. Проведение консервативных методов лечения снижает количество наблюдений больных с клинически значимой спастичностью. Спастичность в 1-2 балла не осложняет течение ТБСМ, а зачастую, даже помогает пациентам в выполнении тех или иных движений. Снижение балла спастичности приводит в ряде случаев к увеличению двигательного балла, возрастанию уровня локомоторного балла, и соответственно, способствует большей функциональной независимости пациентов.

При консервативном лечении больных без спастического синдрома отмечается значимое увеличение двигательного и локомоторного баллов, и снижение этих показателей при проведении каких-либо инвазивных методов лечения в отличие от больных со спастическим синдромом.

Таким образом, своевременное и правильное выявление, устранение причины гипертрофированного спастического синдрома, целенаправленная комплексная реабилитация позволяет значительно улучшить качество жизни пациента, расширить двигательный диапазон, снизить зависимость от посторонней помощи, облегчить уход посторонними лицами, облегчить навыки самообслуживания и даже создать предпосылки для возврата к трудовой деятельности.

Щедренко В.В., Могучая О.В.

Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова г.Санкт-Петербург, Россия

КВАЛИМЕТРИЯ ДИСЛОКАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Цель исследования. Количественная оценка степени выраженности поперечной и височно-тенториальной дислокации головного мозга при тяжелой сочетанной и изолированной черепно-мозговой травме (ЧМТ).

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное клиничко-лучевое обследование 194 пострадавших с политравмой, находившихся на лечении в Елизаветинской больнице г.Санкт-Петербурга. Преобладающее большинство пострадавших было мужского пола (79%),