

Клинические аспекты нейрохирургии

Все больные в зависимости от исхода были разделены на две группы: умершие и выжившие. Выживших было - 98 человек, что составило 92,5%, летальным исходом наблюдался - у 8 больных (7,5%).

Закрытая черепно-мозговая травма отмечалась в 58,3% случаев. Сроки госпитализации больных с момента получения травмы варьировали от 30 минут до 3 суток.

Большинство больных было доставлено в стационар до 3-х часов с момента травмы 49 (46,2%). До 1-го часа после травмы госпитализировано 42 (39,6%) больных.

Всего было выполнено 28 хирургических вмешательств. Наибольшая часть больных была прооперирована в сроки до 2-х часов с момента поступления - 25 (89,3%). Преобладали малоинвазивные хирургические вмешательства с использованием эндокраниоскопической техники.

Наряду с хирургическим лечением больных проводилась патогенетическая терапия. Проводимая терапия была направлена на снижение внутричерепного давления, уменьшения вторичного отека головного мозга, предупреждение гипоксии головного мозга, нормализацию метаболических процессов мозга.

Наиболее частым механизмом повреждения был наезд транспортного средства на ребенка (58,5%), ускорение или замедление в транспорте наблюдался в 24,5% случаев.

Большинство детей с политравмой поступили в тяжелом - 94,3% и крайне тяжелом состоянии - 5,7%.

Различные варианты угнетения сознания были выявлены у всех больных. Выраженные расстройства сознания отмечались в 48,2%.

Тяжелая черепно-мозговая травма, как основной компонент политравмы, имела место в 43,6% у пострадавших детей.

Политравма, сопровождающаяся шоком различной степени была выявлена у всех больных. Преобладающее количество выживших больных поступило с шоком II степени.

Большинство детей были выписаны с признаками легкой нервно-психической дисфункции - 58 (54,7%). Выздоровление наблюдалось у 25 (23,5%) больных. Умерло 8 больных, что составило 7,5%.

Выводы.

Черепно-мозговые повреждения у детей являются одной из важнейших проблем травматологии детского возраста и занимают первое место среди травм, требующих госпитализации.

Клиническую картину черепно-мозговой травмы у детей, как правило, обуславливают анатомо-физиологические особенности раннего возраста.

Палаткин П.П.

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

ЭПИЦИСТОСТОМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА

Актуальность. Спинальная травма вызывает выраженные соматические и вегетативные нейрогенные расстройства, а вследствие травматической болезни спинного мозга (ТБСМ) стойко нарушаются функции многих органов и систем. Наиболее грубо нарушаются локомоторная, мочеполовая и нейротрофическая функции. В большинстве своем лица, перенесшие травму позвоночника и спинного мозга, утрачивают способность к самостоятельному передвижению, контролю над функцией выделения и они становятся зависимыми от постоянного постороннего ухода.

Эпицистостомия троакарная, открытая (от гречки на, над, при, cystis- мочевого пузыря и stoma- отверстие, проход) - операция наложения надлобкового мочепузырного свища. Троакарная эпицистостомия осуществляется проколом над лоном передней брюшной стенки заполненного жидкостью (мочой) мочевого пузыря специальным троакаром с установкой в полость пузыря тонкого эластичного дренажа (чаще катетера Фолея). Открытая эпицистостомия производится путем высокого надлобкового сечения мочевого пузыря - sectioalta. Применяется

как временный (перед основными хирургическими вмешательствами) или постоянный способ дренирования мочевого пузыря.

У пациентов с ТБСМ практически всегда нарушается отток мочи, особенно в остром периоде травмы в связи с явлениями спинального шока. В большинстве случаев пациенту при отсутствии самостоятельного мочеиспускания после удаления постоянного уретрального катетера, даже не предлагаются другие методы отведения мочи (периодическая самокатетеризация мочевого пузыря), а сразу накладывают эпицистостому.

Цель исследования. Провести анализ структуры пациентов с травматической болезнью спинного мозга с эпицистостомой, выявление причин наложения эпицистостомы и оценка мочеиспускания после закрытия эпицистостомы.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 114 пациентов с ТБСМ, проходивших лечение в отделении нейрохирургии ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России в 2016 году. Из них мужчины составили - 79% (90 человек), женщины - 21% (24 человека). Средний возраст больных - 35,5 лет. Средний возраст мужчин - 35 лет, а женщин - 37,2 года.

На каждого пациента врачом заполнялся протокол урологического осмотра, разработанный в ФГБУ ННПЦ МСЭ и РИ Минтруда России. Проводился сбор анамнеза на основании опроса пациента и предоставленных им медицинских документов.

Результаты исследования. Эпицистостомы накладывались у 25 больных (22%). Все пациенты были мужского пола. Минимальный срок от момента травмы до наложения эпицистостомы составил 16 дней, максимальный срок - 2975 дней (8 лет и 3 месяца).

Наибольшее количество пациентов с эпицистостомой имели грудной уровень травмы - 15 человек (60%), с шейным уровнем было 9 больных (36%), а с травмой на уровне поясничного отдела позвоночника - 1 пациент (4%).

В основном у пациентов с эпицистостомой преобладал тип «А» неврологических нарушений - 13 человек (52%), тип «В» был у 10 пациентов (40%) и тип «С» - у 2 больных (8%).

У 18 пациентов (72%) эпицистостома была наложена в связи с отсутствием самостоятельного мочеиспускания, 3 пациентам (12%) - в связи с уретритом, 2 больным (8%) - в связи с наличием хронической задержки мочи и развитием восходящего пиелонефрита и 2 пациентам (8%) - в связи со стриктурой уретры.

Закрытие эпицистостомы в отсроченном порядке выполнено 13 больным (52%), из них 11 пациентам (85%) - способом сведения краев свища и 2 пациентам (15%) - способом иссечения цистостомического свища. Минимальный срок наличия эпицистостомы составил 14 дней, максимальный - 1520 дней (4 года и 2 месяца).

После закрытия эпицистостомы у всех пациентов восстановлено самостоятельное произвольное мочеиспускание. Дополнительная периодическая катетеризация мочевого пузыря (3-4 раза в сутки) рекомендована 3 пациентам, катетеризация (2 раза в день) с выведением остаточной мочи рекомендована 1 пациенту, а выведение остаточной мочи (1 раз в день) - 2 больным.

Выводы.

Все пациенты с ТБСМ обязательно должны осматриваться врачом урологом. Показания для наложения эпицистостомы должны определяться с учетом комплексной оценки всех имеющихся нарушений. При возможности и согласии пациента, первичным способом адекватного дренирования мочевого пузыря, должна быть периодическая катетеризация мочевого пузыря. Обязательно обучение пациента и родственников катетеризации мочевого пузыря для самостоятельной оценки объема остаточной мочи.

Умаров О.М., Исаков Э.З.

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Фергана, Узбекистан

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

По данным некоторых исследователей, по сравнению с прошлым столетием