

Методы остеосинтеза при болевом синдроме сочетанной травмой у лиц пожилого и старческого возраста

Умирсеризов Б.У., Мирзабаев М.Д., Рихсиев М.Д.

Республиканский научный центр нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
+998712649617
kariev@bcc.com.uz

В клинике РНЦНХ разработана технология малоинвазивного лечения переломов длинных трубчатых костей методами закрытого остеосинтеза для ликвидации болевого синдрома. Технология включает в себя дифференцированное использование различных видов закрытого погружного остеосинтеза и аппаратной внешней фиксации. Основные позиции технологии: индивидуальный подбор фиксатора, учитывая возрастной аспект, проведение стабильного закрытого остеосинтеза, определение соматического статуса, ранняя выведения из шока и активизация больных.

Материалы и методы: Прооперировано 52 пациента с диафизарными переломами трубчатых костей, из них 32 пациентов с внутрочерепными гематомами. Возраст исследуемых составил 55 - 72 года. Всем больным произведено нейрофизиологические исследования, консультация смешных специалистов, рентгенография и компьютерная томография.

Результаты исследования: Ранний метод фиксации костных отломков длинных трубчатых костей показал, что в период шока при сочетанной травме могут использоваться все виды оперативного лечения переломов костей конечностей. Большое значение имел правильный выбор современного остеосинтеза, его биологическая цена. Устранения боли до оперативного вмешательства с адекватным обезболиванием значительно снижает развития болевого синдрома. Применения проводниковой анестезии и общей седатации у лиц пожилого и старческого возраста улучшило состояние больных, стабилизировало вегетативно-сосудистые и психопатологические расстройства. В зависимости от периода травматической болезни, возникших осложнений, правильного лечения и ошибок введении больных с политравмой, происходит изменение цены риска хирургического вмешательства. Исследования особенностей течения процессов репаративной регенерации в различных условиях закрытого остеосинтеза, особенности клиники и течения процессов при черепно-мозговых травмах. Выбор метода остеосинтеза, его объема, времени выполнения зависели от наличия травматического шока и тяжести общего состояния пострадавшего, определяющейся, в первую очередь, тяжестью черепно-мозговых повреждений. Эффективность терапии пропорционально зависит от длительности болевого синдрома.

Вывод: Ранние методы оперативных фиксации костных отломков длинных трубчатых костей и адекватной анестезии у лиц пожилого и старческого возраста показал, что в период шока и болевого синдрома при сочетанной травме проводниковая анестезия играет важную роль в улучшении состояния и качество жизни пациентов.

Візуалізація ускладнень гострого післяопераційного періода артеріальних аневризм головного мозку методом КТ

Вакарюк В.Є., Робак О.П., Робак К.О., Гетьман О.М., Яцик В.А., Маховський С.В.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова
АМН України
Київ
Україна
0444830668
olegrobak@mail.ru

Мета роботи. Визначити КТ-ознаки ускладнень артеріальних аневризм у гострому післяопераційному періоді з метою вибору тактики лікування.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз КТ-обстежень 67 хворих артеріальними аневризмами з клінічно ускладненим перебігом гострого післяопераційного періоду, пролікованих хірургічним методом у судинному відділенні Інституту нейрохірургії. 50 хворих було оперовано методом кліпування АА, 10 – методом ендovasкулярної балонізації, 7 – емболізації аневризм спіралями.

Результати і їх обговорення. Найчастіше ускладнення виникали після кліпування артеріальних аневризм з широкою шийкою. На першому місці слід поставити порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом у хворих з аневризмою, що супроводжувалась вираженим вазоспазмом (72%). Вибірково це стосувалось басейну артеріальної судини, з якої АА мала походження. Клінічно найбільш важкий перебіг мали ускладнення при ураженні декількох басейнів, що найчастіше зустрічалося при операціях на аневризмах супракліноїдного відділу внутрішніх сонних артерій. На комп'ютерних томограмах ішемічне ураження визначалося як ділянка, що повторювала конфігурацію аваскулярної зони. Так, при ураженні басейну середньої мозкової артерії, зона ішемії розповсюджувалась на конвекситуальні ділянки мозкової кори з поширенням медіально на ділянки півкуль великого мозку, що кровопостачаються лентікуло-стріарними артеріями. При ураженні басейну передньої мозкової, що спостерігалось при артеріальних аневризмах ПСА-ПМА, зона ішемії поширювалася на медіальну кору півкуль великого мозку та їх медіанні структури. При ураженні басейну основної артерії, як правило, ішемізувалися стовбурові відділи мозку, мозочок та потилична доля. Ділянки ішемії на КТ виявлялися через добу після оперативного втручання як осередки зниженої щільності, що мали нечіткі контури. Чіткість контурів підкреслювалася після внутрішньовенного підсилення, у разі його застосування. На другому місці ускладнень у гострому післяопераційному періоді були крововиливи (субарахноїдальні-паренхіматозні), як наслідок повторного розриву аневризми або вади накладання кліпси (19,5%). Паренхіматозні крововиливи мали типову картину внутрішньомозкової гематоми (вогнища високої щільності 65-80 од.Н). Супроводжувались перифокальним набряком та дислокаційним синдромом в залежності від їх локалізації. Менш часто зустрічалася гостра внутрішня гідроцефалія (5%) внаслідок, як оклюзії лікворокомунікацій згортками крові, так і порушенням резорбції ліквору ворсинками павутинної оболонки.

Висновки. КТ при ускладненнях в гострому періоді АА є методом вибору та невід'ємною складовою корекції лікувальної тактики.