

среди населения. Высоким является уровень кариеса зубов. Кроме того, диагностируются другие формы гипопародонтозных состояний: недоразвитость скелета у новорожденных, врожденные аномалии, замедление темпов роста. В то же время в подземных водах таких населенных мест, как Палех, Новые Горки, Увальево, Решма, количество фтора соответствует высшей категории. Употребление в пищу экологически чистой и полноценной по химическому составу воды позволяет предотвратить развитие перечисленных выше патологических состояний и заболеваний. Это диктует необходимость специальной подготовки подземных вод.

Результаты применения в комплексной терапии больных язвенной болезнью Сосневской минеральной воды оценивались как по динамике клинических симптомов заболевания, так и по данным ФГДС. Положительные результаты отмечены у большинства пациентов на 3-й неделе от начала терапии (86,1%) и заключались в купировании симптоматики заболевания и наблюдаемой картины рубцевания. В контрольной группе почти у половины больных (45%) при уменьшении выраженности клинических симптомов болезни в аналогичные сроки признаков рубцевания язвы по данным ФГДС не наблюдалось. При хроническом гастрите клиническое улучшение отмечалось, как правило, к концу 2-й недели от начала терапии.

Динамика воспалительных изменений слизистой желудка по данным ФГДС была положительной у 57,1% больных, а в группе контроля у 40%. Следовательно, применение в комплексной терапии язвенной болезни Сосневской минеральной воды повышает клинический эффект лечения, способствует более быстрой ликвидации болевого и диспептического синдрома, ускоряет сроки заживления язвенного дефекта. У больных хроническим гастритом применение минеральной воды способствует более быстрому улучшению общего состояния, прекращению болей, диспептических явлений, улучшению аппетита и купированию морфологических проявлений заболевания.

Таким образом, подземные воды Ивановской области отвечают гигиеническим требованиям, предъявляемым к питьевой воде, отличаются благоприятными органолептическими свойствами, практически безвредны, в большинстве случаев характеризуются физиологической полноценностью. Для получения вод первой и высшей категории они требуют коррекции в отношении солевого состава содержания фтора и йода.

Минеральная вода «Сосневская» может быть рекомендована для включения в комплексную терапию хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТРАВМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Некрасов А.К., Игошин Ю.А., Некрасов М.А., Серегин А.В., Шевчук В.В., Гоголев А.Ю.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Актуальность проблемы позвоночно-спинальной травмы обусловлена большой ее распространенностью, выраженностью клинических проявлений, нередко с явлениями грубого неврологического дефицита, длительными сроками временной утраты трудоспособности и стационарного лечения, высоким уровнем инвалидизации и смертностью больных, большими материальными затратами на лечение.

Представлены обобщенные результаты работы нейрохирургического отделения для спинальных больных Ивановской областной клинической больницы за 10 летний период (с 1997 по 2006 гг.) у группы пациентов с травмой шейного отдела позвоночника, нуждавшихся в проведении оперативного вмешательства.

Исследуемая группа состояла из 160 пациентов, 136 мужчин (85%) и 24 женщин (15%).

Распределение пациентов по полу и возрасту: до 20 лет — 17 мужчин и 8 женщин (16%); с 21 до 30 лет — 37 мужчин и 5 женщин (26%); с 31 до 40 лет — 30 мужчин и 2 женщины (20%); с 41 до 50 лет — 28 мужчин и 8 женщин (22%); с 51 до 60 лет — 16 мужчин (10%); старше 60 лет — 8 мужчин и 1 женщина (6%). Таким образом, наибольшая частота встречаемости травматических повреждений шейного отдела позвоночника приходится на лиц в возрасте от 21 до 50 лет (68%), причем преобладают мужчины (85%).

Количество случаев наблюдений в зависимости от уровня травмы шейного отдела позвоночника: 1) верхнешейный уровень: С1, С2 — 36 (22,5%); 2) средне- и нижнешейный уровень: общее количество — 124 (77,5%): С2, С3 — 1; С3 — 2; С4 — 14; С4, С5 — 7; С5 — 36; С5, С6 — 14; С6 — 23; С6, С7 — 11; С7 — 15; С6, D1 — 1. Следовательно, наибольшее количество случаев травмы шейного отдела позвоночника представлено средне- и нижнешейным уровнями, что соответствует данным других авторов.

Виды и частота встречаемости травматических повреждений шейного отдела позвоночника: наиболее часто встречались переломы тел шейного отдела позвоночника — 78 случаев (48,5%); далее следуют вывихи позвонков — 56 наблюдений (35%); переломовывихи встречались у 25 пациентов (16%) и посттравматическая грыжа межпозвонкового диска была выявлена у 1 больного (0,5%).

Клиническая картина: у 83 пациентов (52%) наблюдалась клиника тяжелого поражения спинного мозга с наличием двигательных и чувствительных выпадений, нарушением функции тазовых органов. Из них 52 пациента с клиникой тетрапареза, 27 — тетраплегии и у 4 больных встречался синдром Броун-Секара. У остальных 48 % пациентов отмечался радикулярный синдром различной степени выраженности. В 100% случаев наблюдался боле-

вой, мышечно-тонический синдром. В 22 наблюдениях (14%) травма носила сочетанный характер.

Диагноз и показания к проведению оперативного лечения устанавливались на основании клинического исследования пациента, данных рентгенографии шейного отдела позвоночника, КТ и МРТ шейного отдела позвоночника.

Виды и частота оперативных вмешательств, применяемых при лечении травмы шейного отдела позвоночника: открытое вправление вывиха — 1; открытое вправление вывиха с выполнением заднего спондилодеза металлическими стяжками фирм «Медбиотех», «Codman» — 38, проволокой — 1; открытое вправление вывиха, ламинарная фиксация с помощью ламинарных титановых клипс и ретрактора-стабилизатора с памятью формы — 1; открытое вправление вывиха с проведением переднего спондилодеза аллоимплантантами из никелид-титана — 13; вправление вывиха комбинированным доступом — 2; наложение Гало-аппарата — 14; декомпрессивная корпорэктомия с передним межтеловым спондилодезом — 55 (из них аллоимплантантами из никелид-титана — 52, аутоотрансплантатами из гребня подвздошной кости — 3); репозиция перелома С2 позвонка — 36, в том числе артродез канюлированными винтами «Матис» сегмента С1—С2 с проведением ламинарной фиксации. Оперативное вмешательство при гнойных осложнениях выполнялось 3 раза, удаление стяжек и проволоки — 2; замена стяжек — 1 раз. Общее количество выполненных оперативных вмешательств — 167.

С целью стабилизации поврежденных позвоночно-двигательных сегментов на средне- и нижнешейном уровнях использовались следующие виды операций: передним доступом — межтеловый спондилодез аллоимплантантами из пористого

никелид-титана, аутоотрансплантатами из гребня подвздошной кости; задним доступом — фиксация ламинарными стяжками, проволокой, а так же ламинарными фиксаторами и ретрактором-стабилизатором с памятью формы; при недостаточном стабилизирующем эффекте, в случае применения ламинарных стяжек, проводились комбинированные операции — в сочетании с передним спондилодезом аллоимплантантами из пористого никелид-титана.

#### Выводы

1. Травма шейного отдела позвоночника наиболее часто встречается у мужчин, в возрастной категории от 20 до 50 лет, относящихся к наиболее социально активной группе.
2. Частота встречаемости травматических повреждений на средне и нижнешейном уровнях составляет 77,5 %.
3. 52% наблюдений травм шейного отдела позвоночника сопровождаются клиникой грубого повреждения спинного мозга.
4. Использование аллоимплантатов из пористого никелид-титана имеет следующие преимущества: 1) надежность стабилизирующего эффекта; 2) быстрота формирования блока пораженного позвоночно-двигательного сегмента, обуславливающая более раннее расширение режима у пациентов; 3) отсутствие миграции и интерпозиции трансплантата; 4) более низкая стоимость в сравнении с использованием кейджей и вентральных пластин; 5) возможность использования у лиц с остеопорозом, в отличие от погружных систем; 6) возможность моделирования высоты и формы трансплантата.

## АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 30-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Некрасов А.К., Игошин Ю.А., Серегин А.В., Шевчук В.В., Гоголев А.Ю.  
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Нами проведен анализ заболеваемости, оперативной активности и исходов лечения больных, получавших лечение в нейрохирургическом отделении для спинальных больных ОКБ г. Иваново за тридцатилетний период: с 1976 по 2006 гг.

В структуре заболеваемости традиционно представлены три нозологические группы: позвоночно-спинальная травма, онкопатология позвоночника и спинного мозга и дегенеративные заболевания позвоночника (остеохондрозы). Отметим, что структура заболеваемости в определенной степени изменилась за прошедшие 30 лет, что является отражением общих тенденций в развитии хирургии позвоночника и спинного мозга. Отмеченный нами неизменный уровень онкопатологии и травм позвоночника и спинного мозга отражает уровень травматизма и онкологической заболеваемости в

целом. С другой стороны, и ранее, в отсутствие современных методов нейровизуализации (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография), онкопатология позвоночника и спинного мозга была достаточно хорошо диагностируема. Отметим также, что абсолютные цифры оперативной активности при травмах и опухолях позвоночника и спинного мозга не претерпели значительного изменения за последние 30 лет, что, по всей видимости, отражает неотложность, тяжесть и невозможность консервативного лечения данной патологии.

Следует, однако, подчеркнуть принципиальные качественные изменения в хирургическом лечении при указанных нозологических формах. При травмах спинного мозга нами успешно освоено применение новых подходов к проведению деком-