

возрасте.— Автореф. канд. дисс.— М., 1977.

2. Гуревич М. О.//Нервные и психические расстройства при закрытых травмах черепа.— М., 1948.

3. Доброхотова Т. А., Брагина Н. Н.//Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга.— М., Медицина, 1977.

4. Менделевич Д. М.//Структурно-динамический анализ вербального галлюциноза при органических психозах.— Автореф. докт. дисс.— М., 1982.

5. Пенфилд В., Джаспер Х.//Эпилепсия и функциональная анатомия головного мозга.— М., 1958.

6. Рапопорт М. Ю.//Неврологическая диаг-

ностика опухолей височных долей.— М., 1948.

7. Шмарьян А. С.//Мозговая патология и психиатрия.— М., 1949.— Т. 1.

8. Caji J.//Schweiz. med.— Wschr.— 1973.— Bd. 103.— S. 469.

9. Hammeke T. A., Mc Quillen M. P., Cohen B. A.//J. Neurol. Neurosurg. Psychiat.— 1983.— Vol. 46.— P. 570—572.

10. Miller T. C., Crosby T. W.//Ann. Neurol.— 1979.— Vol. 5.— P. 301—302.

11. Tucker G., Price T., Johnson V., Mc Allister T.//J. new. ment. Dis.— 1986.— Vol. 174.— P. 348—357.

Поступила 21.12.89.

УДК 616.832—001—089.8

ТАКТИКА НЕЙРОХИРУРГА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ОСЛОЖНЕННОЙ СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ

Х. М. Шульман, В. И. Данилов, В. Е. Яковлев, А. Г. Алексеев

Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики (зав.— проф. М. Ф. Исмагилов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, больница скорой медицинской помощи (главврач — Ю. А. Анисимов), г. Казань

Реферат. Проведено комплексное обследование 207 пострадавших с травмой позвоночника и спинного мозга в остром периоде заболевания. Прооперированы 120 больных в течение первых 2 сут после поступления в стационар. Консервативное лечение получили 87 пострадавших. Регресс неврологического дефицита и результаты лечения по восстановлению функции оказались лучшими в группе прооперированных больных.

Ключевые слова: осложненная спинальная травма, лечебная тактика.

Библиография: 2 названия.

Осложненная травма позвоночника относится к числу наиболее тяжелых сочетанных повреждений. До настоящего времени отсутствует общепризнанная тактическая концепция, регламентирующая показания к хирургическому и консервативному лечению такой травмы [1—2].

В течение прошлых 20 лет в нейрохирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи были госпитализированы 207 пострадавших с травмой спинного мозга и позвоночника, из них 143 (69,1%) пациента были в возрасте от 20 до 40 лет. Все больные поступили в остром периоде травматической болезни спинного мозга. У 62 (29,9%) пострадавших был поражен шейный отдел спинного мозга и позвоночника, у 27 (13,1%) — грудной, у 118 (57,0%) — поясничный. У абсолютного большинства пострадавших была закрытая травма позвоночника и спинного мозга, полученная при падении с высоты или в результате автодорожных про-

исшествий. Сочетанная травма, включающая, кроме указанной, повреждение головного мозга, грудной клетки, костей таза и конечностей, установлена у 29 (14,0%) больных.

Тотчас после поступления в стационар больные подвергались комплексному обследованию, целью которого являлась оценка соматического статуса, определение глубины и локализации повреждения спинного мозга, рентгенографическая визуализация деталей повреждений позвоночника и изменений конфигурации позвоночного канала, изучение проходимости ликворных пространств спинного мозга с использованием при необходимости позитивных методов контрастирования.

Соматический статус оценивали с позиций необходимости коррекции витальных функций, а также возможности выполнения хирургического вмешательства. В результате изучения неврологической картины поражения получали представление о глубине и уровне повреждения спинного мозга и его корешков. С помощью рентгенографического обследования определяли характер повреждений позвоночника, степень деформации позвоночного канала. При исследовании проходимости подпаутинных пространств с помощью ликвородинамических проб и позитивного контрастирования (нисходящая и восходящая миелографии) устанавливали или отвергали факт компрессии содержимо-

го позвоночного канала и ее границы. По результатам анализа полученных данных разрабатывали лечебную тактику индивидуально для каждого пострадавшего.

Хирургическое лечение считали необходимым при следующих показаниях: соматическом состоянии, позволяющем проведение оперативного пособия; нарастающем неврологическом дефиците или клинической картине поражения спинного мозга, свидетельствующей о глубоком нарушении проводимости в сочетании с механической блокадой ликворных пространств; деформации стенок позвоночного канала, сопровождающейся уменьшением его фронтального или сагиттального размеров; фрагментах костных отломков в просвете позвоночного канала. От хирургических вмешательств предпочитали воздерживаться в течение первых 2—3 нед после травмы при повреждении шейного отдела позвоночника со значительным смещением тел позвонков (более чем на $1/2$ сагиттального размера) и клинической картине полного поперечного поражения спинного мозга. Такую тактику определяла высокая степень риска усиления контузионного восходящего отека спинного мозга. Метод хирургического вмешательства выбирали в зависимости от уровня и характера повреждений позвоночника, преимущественной локализации сдавления спинного мозга (вентральной или дорсальной его поверхностей), деформации передней или задней стенок позвоночного канала. Сдавление спинного мозга главным образом со стороны вентральной стенки позвоночного канала на уровне шеи устраняли посредством резекции тел компримированных позвонков, разрушенных межпозвонковых дисков, открытого вправления вывиха из переднего доступа. При показаниях ревизовали перидуральное и субарахноидальное пространства (вентральные отделы). Вмешательство заканчивали выполнением расклинивающего корпородеза ауто-трансплантатом, образуемым из гребня крыла подвздошной кости или большеберцевой кости. В ближайшее послеоперационные сутки осуществляли повторный контроль проходимости подпаутинного пространства спинного мозга.

Вентральную компрессию спинного мозга и корешков в грудном и пояснич-

ном отделах позвоночника устраняли посредством ламинэктомии и коррекции передней стенки позвоночного канала. По показаниям ревизовали подбололочные пространства. Оперативное вмешательство завершали стабилизацией поврежденных сегментов позвоночника по Кловарду, фиксацией задних структур позвоночника металлоконструкциями (пластины Казьмина, Цывьяна и т. п.) или комбинацией упомянутых способов.

Сдавление дорсальной поверхности спинного мозга (на любом его участке) и корешков конского хвоста устраняли выполнением ламинэктомии. Подбололочные пространства ревизовали по показаниям. Поврежденные позвоночные сегменты стабилизировали с помощью металлоконструкций.

Изложенная лечебная тактика обеспечивала устранение компрессии нервных образований содержимого позвоночного канала, надежную стабилизацию поврежденных позвоночных сегментов. Это, в свою очередь, позволяло рано переводить больных на режим двигательной активности и таким образом создавать лучшие условия для восстановления и компенсации нарушенных функций.

Хирургическая помощь была оказана 120 (58%) пострадавшим на сроках от нескольких часов до 2 сут со времени поступления в стационар. В ближайшем послеоперационном периоде скончались 11 (9,2%) больных, клиническая картина поражения у 8 из них характеризовалась полным перерывом проводимости на уровне шейного отдела спинного мозга и у 3 — на уровне верхнегрудного. Смерть наступила от нарастающей легочно-сердечной недостаточности и восходящего отека мозга.

Консервативно были лечены 87 (42%) больных, у 31 из них имело место полное поперечное поражение спинного мозга на разных его уровнях в сочетании с грубой дислокацией тел позвонков и деформацией просвета позвоночного канала более чем на половину его сагиттального или фронтального размеров. У 56 пострадавших не было верифицировано сдавление содержимого позвоночного канала. Среди всех консервативно леченных больных 15 (26,8%) пациентов скончались в течение ближайших 6 мес после получения травмы.

Катамнестические сведения имеются о 88 оперированных и 61 больном, ле-

ченном консервативно. Регресс неврологического дефицита оказался более выраженным в группе пострадавших, получивших хирургическую помощь. Степень реституции неврологических расстройств определялась, в первую очередь, глубиной поражения спинного мозга и была обратно пропорциональна ей. Что касается восстановления функции, то

результаты лечения в этом плане оказались несомненно лучше в группе прооперированных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пастор Э. // В кн.: Основы нейрохирургии. — Будапешт, 1985.
2. Угрюмов В. М. // В кн.: Руководство по нейрохирургии. — М., Медицина, 1979.

Поступила 19.03.90.

УДК 616.34—002.44—005.1—089.811/814

УЧЕТ ФАКТОРОВ РИСКА В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

М. А. Трунин, Ю. В. Плотников, А. Н. А. Абу-Обейд

Кафедра хирургических болезней имени проф. В. А. Опеля (зав.— проф. М. А. Трунин)
Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института

Реферат. Представлена система прогнозирования исходов острого кровотечения из хронической язвы двенадцатиперстной кишки. С помощью единичных факторов риска и их сочетаний определены показания к переливанию крови, факторы риска рецидива кровотечения, степень тяжести больных (угроза кровотечения для жизни), показания к экстренной операции, факторы риска медикаментозного лечения и экстренной операции. На основании этой системы лечено 163 человека (основная группа). По сравнению с группой из 418 больных (контрольная группа) достигнуто снижение летальности и объемов переливаемой крови.

Ключевые слова: двенадцатиперстная кишка, язвенная болезнь, кровотечение, хирургическая тактика, факторы риска.

1 таблица. Библиография: 5 названий.

Каждый третий больной, поступающий в клинику по поводу острого желудочно-кишечного кровотечения, страдает хронической язвой двенадцатиперстной кишки. Статистический анализ результатов лечения больных этого контингента проведен нами по данным более чем 90 работ. Он показал, что в среднем общая летальность составляет $9 \pm 1\%$, послеоперационная — $6 \pm 1\%$, при медикаментозном лечении — $8 \pm 1\%$, после плановых операций — $2 \pm 1\%$, после ранних (экстренных, неотложных) операций — $16 \pm 1\%$. Несмотря на успехи, достигнутые в последние годы с помощью экстренной эндоскопии и сберегательных операций с применением ваготомии, наиболее сложным остается вопрос о том, нужна ли экстренная операция, когда ее предпринять, каким должен быть ее объем. Большинство из современных авторов основывают свои тактические установки

на различных критериях (факторах риска) — объеме кровопотери, угрозе рецидива кровотечения, опасности операции для больного и т. д. [1—4].

Мы подошли к этой проблеме с позиций математического прогнозирования. Для этого нами разработана иерархия целей: последовательно рассчитаны показания к переливанию крови, факторы риска рецидива кровотечения, опасность кровотечения для жизни больного (степень тяжести), показания к экстренной операции, факторы риска медикаментозного лечения и экстренной операции. Практически важны среди них показания к переливанию крови, экстренной операции, факторы риска медикаментозного лечения и экстренной операции. Показания к переливанию крови позволяют прибегать к этой мере только в том случае, когда оно действительно необходимо, с расчетом нужного количества крови. Активный подход предусматривает выполнение операции в той ситуации, когда на практике при одинаковых условиях оперируют хотя бы 50% больных. При сравнении риска медикаментозного лечения и риска экстренной операции предпочтение последней отдают тогда, когда ее делают реже, чем в 50% случаев, но риск медикаментозного лечения равен или превышает риск экстренной операции.

Другие цели прогнозирования — риск рецидива кровотечения и степень тяжести — на практике нужны в меньшей мере, но они являются составными элементами для прогноза других ситуаций.