

Цель

Определить оптимальные сроки проведения рентгенологического исследования после использования металлоконструкций у больных с переломами длинных трубчатых костей с целью ранней диагностики послеоперационного остеомиелита.

Для достижения цели работы были поставлены следующие задачи:

1. Изучить изменения костей голени на разных стадиях остеомиелита.
2. Определить сроки развития клинических и рентгенологических признаков остеомиелита после металлоостеосинтеза (МОС) ивнеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза (ВКДО).

Материалы и методы

В ходе исследования проведен анализ 35 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях 6 ГКБ по поводу послеоперационного остеомиелита в период с сентября по декабрь 2012 года. Всем пациентам проведено рентгенологическое исследование в двух стандартных проекциях с целью изучения состояния большеберцовой кости (ББК) на разных стадиях развития остеомиелита рентгеновским комплексом цифровой рентгенографии «Унискан». Среди пациентов 29 мужчин (82,9 %) и 6 женщин (17,1 %). Средний возраст больных 52,2 года (40–65). 23 пациента после МОС (65,7 %) и 12 — после ВКДО (34,3 %).

Результаты исследования

Ранними клиническими признаками остеомиелита являются повышение температуры до 39–40° в течение 2–3 дней, локальная боль ноющего характера, гиперемия и отек мягких тканей над очагом поражения. На рентгенограммах ранними признаками являются линейный периостит, нечеткость контуров кости вокруг металлоконструкций, потеря дифференцировки структуры кости. Дальнейшее прогрессирование проявляется появлением очагов деструкции и секвестров, слоистого периостита.

Гнойные артриты, сопровождающие остеомиелит ББК, и остеоартриты были у 10 (28,57 %) пациентов. Анкилозы встречались у 3 (8,57 %) пациентов.

Выводы

В результате проведенного исследования средний период времени от проведения МОС до проведения секвестрнекрэктомии составил 4,8 месяцев, а минимальный промежуток времени составил один месяц. Поэтому целесообразно проводить рентгенологическое исследование после МОС через 1 месяц, 4,5 месяцев и в любое другое последующее время при появлении клинических симптомов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Хирургическое лечение остеомиелита / Г. Д. Никитин, А. В. Рак, С. А. Линник // С-Пб., 2000.
2. Гнойная хирургия. Атлас / С. В. Горюнов, Д. В. Ромашов, И. А. Бутивщенко // Москва БИНОМ. Лаборатория знаний. — 2004.
3. Рентгеновская семиотика заболеваний костей (часть 2) / Ю. Ю. Журавлев // zhuravlev.info.

УДК 616.714.1-001.5

КЛИНИКО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРЕЛОМ ЧЕРЕПА

Шумеева А. А., Олизарович М. В.

Научный руководитель: профессор, д.м.н. В. Я. Латышева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — это совокупность патологических процессов, которые происходят в черепе и мозге, и возникают в ответ на механическое воздействие. Они имеют определенную последовательность и закономерность в развитии, изме-

няясь соответственно времени, прошедшему после травмы [1]. Травма головного мозга подразумевает смерть нейронов под действием первичного травмирующего агента, а также апоптоз из-за вторичных нарушений.

В связи с урбанизацией, индустриализацией, ростом травматизма в развитых странах частота ЧМТ из года в год растет. От общего числа травм она составляет 25–35 %. Среди них на долю внутричерепных гематом приходится 8 % [2].

Тяжесть ЧМТ обуславливается выраженностью отека головного мозга, наличием и объемом внутричерепного кровоизлияния, характером перелома черепа [1, 3].

Цель и методы исследования

Целью работы был анализ клинической картины и анатомических изменений в головном мозге по данным компьютерной томографии у пострадавших пациентов с переломом черепа.

Проведен анализ случаев лечения в нейрохирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы 39 пациентов с различными видами переломов черепа в 2012–2013 гг.

Проанализированы следующие показатели: пол, возраст пациентов, уровень сознания при поступлении в стационар, наличие сочетанной травмы, патологические изменения в головном мозге по данным томографии.

Результаты исследования

Особенности распределения пациентов в исследованной группе по полу и возрасту представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст, лет	Количество пациентов, n=39	%	Пол			
			женский	%	мужской	%
Младше 18	9	23,1	3	7,7	6	15,4
20–29	7	17,9	1	2,6	6	15,4
30–39	8	20,6	1	2,6	7	17,9
40–49	6	15,4	2	5,1	4	10,2
50–59	7	17,9	2	5,1	5	12,9
Старше 60	2	5,1	0	0	2	5,1
Всего	39	100	9	23,1	30	76,9

Как следует из таблицы, число пациентов в трудоспособном возрасте в группе перенесших перелом черепа составило 28 (71,8 %) чел. при значительном превалировании мужского пола (76,9 %).

Учитывая, что анализировалась тяжелая ЧМТ, для целей данной работы мы фиксировали уровень нарушения сознания, как показатель серьезности повреждения головного мозга. Полученные нами данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Степень нарушения сознания у пострадавших при поступлении

Уровень сознания	Количество случаев, n	%
Ясное	8	20,5
Умеренное оглушение	16	41,0
Глубокое оглушение	11	28,2
Сопор	1	2,6
Кома	3	7,7
Всего	39	100

Согласно данным таблицы, наиболее часто при поступлении в нейрохирургический стационар после получения перелома черепа пациенты находились в умеренном оглушении (16 чел. — 41,0 %). Число поступивших травмированных с грубым нарушением сознания (сопор, кома) составило 10,3 %.

Изучение местных повреждений важно с точки зрения указания на точку приложения травмирующей силы, косвенно они указывают на силу удара, тип воздействующего на область головы предмета и в некоторых случаях позволяют сделать вывод о множественном травматическом воздействии.

Среди изученных случаев наружные повреждения обнаружены у 82,1 % пациентов. Отмечены следующие локальные травмы: ушибленная рана — у 6 (15,4 %) чел.; ушиб кожных покровов головы — у 5 (12,8 %) чел.; кровотечение из носа и наружного слухового прохода — у 19 (48,7 %) больных; ссадина — в 2 (5,1 %) случаях.

Получены данные о частоте и характере сопутствующей патологии. Всего сочетанная травма диагностирована у 7 (17,9 %) чел.: повреждение верхних и нижних конечностей — у 5 (12,8 %) чел., позвоночника — у 2 (5,1 %) чел.

Патология, диагностированная с использованием томографических методов, в группе пациентов с переломом черепа представлена в таблице 3.

Таблица 3 — Патология, выявленная при томографическом исследовании

Патологические изменения	Число больных, n	%
Диффузный отек головного мозга	7	17,9
Геморрагический ушиб	8	20,5
Гематома субдуральная	7	17,9
Гематома внутримозговая	4	10,2
Кровоизлияние субарахноидальное	6	15,4
Травматическая субдуральная гидрома	4	10,2
Эпидуральная гематома	4	10,2

Как следует из таблицы, спектр выявляемых повреждений мозга при переломе черепа широк. Наиболее характерными патологическими изменениями были: ушиб головного мозга с кровоизлиянием (20,5 %), диффузный отек головного мозга (17,7 %) и субдуральная гематома (17,9 %).

Выводы

1. В группе пациентов с переломом черепа преобладали лица в трудоспособном возрасте (71,8 %) чел., при значительном превалировании мужчин (76,9 %).

2. Наиболее часто при поступлении в стационар после получения перелома черепа пациенты находились в состоянии умеренного оглушения (16 чел. — 41,0 %).

3. Характерными патологическими изменениями в головном мозге были: ушиб головного мозга с кровоизлиянием (20,5 %), диффузный отек головного мозга (17,7 %) и субдуральная гематома (17,9 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Клиническое руководство: черепно-мозговая травма. / под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. — М.: Антидор, 1998. — 550 с.
2. Латышева, В. Я. Черепно-мозговая травма: классификация, клиническая картина, диагностика и лечение: учебное пособие / В. Я. Латышева, М. В. Олизарович, В. Л. Сачковский. — Мн.: Выш.шк., 2005. — 110 с.
3. Толтекин, Е. Л. Терапия очаговых травматических повреждений головного мозга: Учеб.-метод. пособие / Е. Л. Толтекин, А. С. Федулов, Ф. В. Олешкевич. — Мн.: БГМУ, 2001. — 26 с.

УДК 616.833.54-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИФАКТОРНЫХ КОРЕШКОВЫХ КОМПРЕССИЙ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

Шумеева А. А.

Научный руководитель: доцент, к.м.н. М. В. Олизарович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Частой причиной компрессии спинальных корешков, а также радикулотомедуллярных артерий на уровне поясничного отдела позвоночника может быть множественная дистрофическая патология, включающая выпадение грыжи межпозвоночного диска,