

сердца — оно расположено не в грудной клетке, а в ее расколе (при наличии соответствующих дефектов), в шее или в брюшной полости. У 100 % больных диагностируются интракардиальные патологии и пороки сердца, чаще всего дефект межжелудочковой перегородки, то есть наличие в мышечной стенке, разделяющей правый и левый желудочки, не затянувшегося отверстия. Немного реже (в половине случаев) у пациентов определяется дефект межпредсердной перегородки, а в 20 % случаев у новорожденных тетрада Фалло и дивертикул желудка. Порок часто сопровождается всевозможными аномалиями ЦНС — гидроцефалия, краниошизис (незаращение черепа) и энцефалоцеле (черепно-мозговая грыжа, сопровождающаяся выпячиванием вещества головного мозга через дефект черепа). В число дефектов конечностей, встречающихся при данной патологии, входят отсутствие пальцев, части плеча, голени и т. д. У больных синдромом Кантрелла наблюдаются патологии селезенки и аномалии развития (или полное отсутствие) желчного пузыря.

Диагностировать развитие заболевания или определить его симптомы у плода самостоятельно невозможно, поэтому обычно оно выявляется во время пренатального скрининга во втором триместре. При выявлении каких-либо признаков пентады Кантрелла на ультразвуковом исследовании женщина должна пройти полную внутриутробную диагностику и получить консультацию генетика, кардиолога и других специалистов. Прогнозы для больных крайне неблагоприятны. Согласно статистическим данным, выживаемость составляет всего 20 %, причем они приходятся исключительно на пациентов с легкой формой заболевания. В медицинской литературе описаны случаи, когда при соответствующем уходе и лечении дети с подобным диагнозом доживали до детского и даже до подросткового возраста, но их можно назвать единичными.

Выводы

Выживание является исключительным случаем и зависит от размера дефекта абдоминальной стенки, степени тяжести поражения сердца и сочетанной патологии. В редких случаях, при наличии легких форм, возможно проведение хирургической коррекции порока. В тех ситуациях, когда имеется полная эктопия сердца и органов брюшной полости, прогноз исключительно неблагоприятный. Если подозревается диагноз пентады Кантрелла, необходимо четкое взаимодействие медперсонала, состоящего из гинеколога, неонатолога, детского кардиолога, генетика и детского хирурга для выработки оптимального подхода лечения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Zidere, V.* Changing findings in pentalogy of Cantrell in fetal life / V. Zidere, L. D. Allan // *Ultrasound obstet Gynecol.* — 2008. — Vol. 32(6). — P. 835–837.
2. *Bittmann, S.* Combined pentalogy of Cantrell with tetralogy of Fallot, gallbladder agenesis, and polysplenia: a case report / S. Bittmann, H. Ulus, A. Springer // *J pediatr Surg.* — 2004. — Vol. 39. — P. 107–109.
3. Cantrell's pentalogy. Report of four cases and their management / M. S. Fernandez [et al.] // *Pediatr Surg Int.* — 2001. — Vol. 12. — P. 428–431.
4. Pentalogy of Cantrell: sonographic assessment / C. Desselle [et al.] // *J Clin Ultrasound.* — 2007. — Vol. 35. — P. 216–220.
5. *Масякина, А. А.* Случай ультразвуковой пренатальной диагностики пентады Кантрелла / А. А. Масякина, Т. В. Федотова. — 2012. — № 3. — С. 261–263.

УДК 616.711-001:616.832-001.4

МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ СПИННОГО МОЗГА

Гришенкова А. Д., Калюхович Д. А., Петрович А. Л.

Научный руководитель: ассистент В. В. Концевая

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящий момент повсеместно наблюдается рост количества авто- и авиакатастроф, военных конфликтов и террористических актов, что повышает число пострадавших, в том

числе и с травмами позвоночника, при которых нередко повреждается спинной мозг. Также увеличивается количество оперативных вмешательств на позвоночнике и спинном мозге, которые, к сожалению, не всегда проходят без осложнений, и пациент становится инвалидом.

В зависимости от характера и тяжести травмы позвоночника, наличия или отсутствия повреждений спинного мозга, а также вида выполненной операции методики и сроки реабилитации различны, но всегда должны включать в себя, помимо медицинских мероприятий, социальные.

Цель

Изучить особенности реабилитации у людей с травмами позвоночника и выяснить значимость совмещения физической и психологической реабилитации.

Материал и методы исследования

Анализ научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди причин повреждений позвоночного столба и спинного мозга следует назвать:

- Дорожно-транспортные происшествия. Особое значение отводится хлыстовой травме, которая возникает при резком сгибании шеи и потом такой же силы ее разгибании с запрокидыванием головы назад. Такие обстоятельства возникают при столкновении 2 транспортных средств, при резком торможении на высокой скорости.

- Падение с высоты. Особо опасным является случай, когда пострадавший приземляется на ноги — травмируется большая часть позвоночного столба.

- Травма «ныряльщика». Развивается, когда человек ныряет с высоты в воду головой вниз, ударяется головой о преграды в водоеме и происходит сильное сгибание или разгибание в шейном отделе с его последующей травматизацией.

- Также причиной поражения позвоночника и спинного мозга могут стать ножевые, огнестрельные, взрывные поражения.

Повреждение верхних сегментов спинного мозга опасно для жизни. Страдает функция сердечно-сосудистого и дыхательного центра, а это может привести к немедленной смерти. При травме на уровне 3–4 сегмента спинного мозга у пациента наблюдается тетраплегия (паралич рук и ног), утрачиваются все виды чувствительности ниже места повреждения. Страдают также дыхательные мышцы и диафрагма, что опасно остановкой дыхания. При сдавлении 4–5 сегмента спинного мозга наступает тетраплегия, но без дыхательных нарушений. При повреждении 5–8 сегментов спинного мозга развивается паралич различных мышц рук и наблюдается нижний парапарез, могут присутствовать нарушения функции тазовых органов. Повреждение грудного и поясничного отделов позвоночника.

Повреждение грудного отдела спинного мозга при травмах позвоночника сопровождается слабостью в ногах, нарушением работы половых и тазовых органов. Может возникать паралич мышц передней брюшной стенки. Могут возникать дыхательные нарушения вследствие паралича межреберных мышц.

Повреждение на уровне поясничного отдела приводит к параличу различных групп мышц нижних конечностей (стопы, голени или бедра). Также страдает чувствительность ниже локализации травмы, нарушается функция тазовых органов и половой системы.

В зависимости от тяжести травмы на восстановление утраченных функций уходит от 2–3 месяцев до нескольких лет. Установлена необходимость раннего начала проведения мероприятий по физической реабилитации (со 2–3-го дня после получения травмы): использования физических упражнений в сочетании с массажем и гидропроцедурами, выделения составляющих здорового образа жизни больного и правил его соблюдения, социализации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата.

При переломах позвонков с повреждением спинного мозга реабилитация в значительной степени индивидуализирована и длится обычно очень долго. Первые 2 недели основными задачами являются профилактика возможных осложнений и создание условий способствующих декомпрессии поврежденного спинного мозга. С этой целью с 1–2 дня после операции назначаются процедуры магнитотерапии или УФО, чуть позже — ЛФК.

Главной задачей позднего послеоперационного периода является максимальное восстановление нарушенных травмой и операцией функций организма. По мере подготовленности больного переводят в вертикальное положение с дополнительной опорой на ходунки или костыли. В этом же периоде значительное внимание уделяется восстановлению навыков самообслуживания.

Помимо физического восстановления больного, следует уделять большое внимание его психоэмоциональной и социальной адаптации, так как в результате самой травмы, и далее — прогнозов, пациент может впасть в депрессию, перестать надеяться на выздоровление и даже начать задумываться о самоубийстве. Чтобы этого не допустить, следует эмоционально поддерживать больного, а также помочь его близким найти правильный подход для возвращения пациента к нормальной социальной жизни и не допустить возникновения у пациента синдрома «жертвы».

Длительное наблюдение за спинальными больными показало: в стационар больные поступают не только сломленными физически в связи с выраженным болевым синдромом, развившимися параличами и парезами, но и с выраженным психоэмоциональным синдромом. Эти психоэмоциональные изменения связаны со стрессовой реакцией на случившееся, и осознанием необратимости нарушения физических процессов, а также резкими изменениями в семейной и общественной жизни.

В большинстве своем мужчины гораздо хуже переносят боль и последствия травмы, они уходят в себя, становятся молчаливыми и безразличными к окружающему миру. В то время как женщины не теряют присутствия духа, остаются верным своим привычкам и сразу по окончании острого периода, начинают интересоваться и заниматься своей внешностью, следить за состоянием своей постели, выполнять посильную работу, психологически поддерживать находящихся рядом больных мужчин, а возвращаясь домой, вновь занимаются ведением хозяйства, присмотром за детьми, домом и т. д.

Выводы

Таким образом, для успешной реабилитации пациента после травм позвоночника необходима не только профессиональная медицинская помощь в восстановлении физического здоровья, но и психологическая поддержка со стороны врача и родственников, а также помощь в возвращении к нормальному образу жизни и поиску своего нового места в обществе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аганесов, А. Г. Хирургическое лечение осложненной травмы позвоночника — прошлое и настоящее / А. Г. Аганесов // Хирургия. — 2013. — № 1. — С. 5–12.
2. Котова, О. А. Особенности восприятия боли у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы / О. А. Котова // Вестник ВГМУ. — 2015. — № 3. — С. 65–71.
3. Психологическая реабилитация пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2010. — № 3. — С. 44–47.

УДК 616.155.34:616.21

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ИНФЕКЦИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Грищенко А. Г., Петренко Т. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Т. С. Петренко

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (РИВДП) являются одной из важнейших проблем современной медицины в связи со значительным распространением, поражением лиц трудоспособного возраста и недостаточной эффективностью терапии [1, 2]. Частое рецидивирование инфекций верхних дыхательных путей ряд авторов связывают