

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,

кальцификацию грыжи или связок, гипертрофию желтой связки, а также сосудистое расстройство в виде варикоза вен позвоночного канала [1, 2]. Локальная кальцификация с формированием выступа обозначается как остеофит.

При компрессионных формах дистрофических поражений позвоночника пациенты по показаниям подлежат хирургическому лечению, при этом необходимо учитывать клиническую картину сдавления нервных корешков [1, 2].

Цель и методы исследования

Целью работы был анализ вариантов хирургического лечения при полиэтиологической корешковой компрессии на поясничном уровне.

Проведен анализ случаев оперативного лечения в Гомельской областной клинической больнице 69 пациентов с различными видами корешковой компрессии на уровне поясничного отдела позвоночника в 2005–2012 гг.

Проанализированы следующие показатели: пол, возраст пациентов, вид и локализация грыжи, тип операционного доступа.

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=69	%	Пол			
			женский	%	мужской	%
20–29	3	4,3	1	1,4	2	2,9
30–39	17	24,6	9	13,0	8	11,6
40–49	25	36,2	12	17,4	13	18,8
50–59	18	26,2	4	5,9	14	20,3
Старше 60	6	8,7	1	1,4	5	7,3
Всего	69	100	27	39,1	42	60,9

Как следует из таблицы, число пациентов в трудоспособном возрасте в группе оперированных при множественной одноуровневой компрессии составило 63 (91,3 %) чел. при превалировании мужского пола (60,9 %).

В ряде случаев различные виды грыж межпозвонковых дисков на пояснично-крестцовом уровне сочетались со стенозом или остеофитом, что представлено на рисунке 1.



Рисунок 1 — Виды выпадений грыж межпозвонкового диска у оперированных пациентов

Как следует из рисунка, наиболее часто со стенозом и остеофитом сочеталось срединно-боковой вариант выпадения грыжи межпозвонкового диска (95,5 и 94,1 % соответственно). Боковая и срединная грыжи межпозвонкового диска встречались наиболее редко (4,9 % от общего числа оперированных).

При анализе установлено, что наиболее часто оперативное вмешательство проводилось на одном из четырех позвоночно-двигательном сегменте, что соответствовало

следующим уровнями: L_{II}–L_{III} — 1 (1,4 %) чел., L_{III}–L_{IV} — 5 (7,2 %), L_{IV}–L_V — 26 (37,8 %) чел., L_V–S_I — 34 (49,3 %) чел., L_V–L_{VI} — 2 (2,9 %), L_{VI}–S_I — 1 (1,4 %) чел.

Изучены типы хирургических доступов в позвоночный канал для устранения компримирующих факторов, что представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Типы доступов при полифакторных корешковых компрессиях на поясничном уровне

Вид доступа	В сочетании со стенозом		В сочетании с остеофитом		В сочетании с варикозом		Три фактора компрессии	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Частичная гемиламинэктомия	38	86,4	4	23,5	1	50,0	4	66,6
Фенестрация	6	13,6	13	76,5	1	50,0	2	33,4
Всего	44	100	17	100	2	100	6	100

Данные таблицы указывают на то, что частичная гемиламинэктомия превалировала в группах со стенозом канала и множественной компрессией (соответственно 86,4 и 66,6 %), а фенестрация применялась чаще при грыже межпозвонкового диска в сочетании с остеофитом (76,5 %). Такие травматичные доступы, как гемиламинэктомия и ламинэктомия в данной группе пациентов не применялись.

Выводы

1. В группе пациентов с полифакторной корешковой компрессией преобладали лица в трудоспособном возрасте (91,3 %).
2. Чаще патология локализовалась на уровне L_V–S_I — 34 (49,3 %) чел.
3. В выделенных подгруппах превалировали разные типы доступов: частичная гемиламинэктомия — при стенозе позвоночного канала и множественной компрессии, фенестрация — при остеофитах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берснев, В. П. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов / В. П. Берснев, Е. А. Давыдов, Е. Н. Кондаков. — С-Пб.: Специальная литература. — 1998. — 368 с.
2. Nathan, M. Osteophyte formation in the vertebral column: a review of the etiologic factor — Part II / M. Nathan, M. H. Pope, L. J. Grobler. — Contemporary Orthopaedics. — 1994. — № 29 (2). — P. 113–119.

УДК 617.723-002-089

ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ У ПАЦИЕНТОВ НА ГЛАЗАХ, ПЕРЕНЕСШИХ УВЕИТ

Шутов П. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Дравица

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Под увеитом понимают воспалительный процесс, развивающийся непосредственно в сосудистой (уvealной) оболочке глаза [1]. Медико-социальную значимость увеитов определяют высокая распространенность, поражение лиц трудоспособного возраста и тяжелые исходы по зрению. Инвалидность при инфекционных поражениях сосудистого тракта составляет 15%, при системных заболеваниях — 30 % (Сенченко Н. Я. и др., 2009). Вирусная этиология подтверждена в 15,1–30 %, преобладающими инфекционными агентами являются вирус простого герпеса (ВПГ) и цитомегаловирус (ЦМВ) (Хутова Ф. Т. и др. 2007). Заболевание протекает по типу микст-инфекции в 43,3 % [2, 3].