

УДК 616.711+616.832]-002-001-089-036.8

Є.Г. Педаченко*,
О.М. Тарасенко**,
Л.В. Мирончук**

СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ ПРИ
УСКЛАДНЕНІЙ ХРЕБЕТНО-
СПИННОМОЗКОВІЙ ТРАВМІ
(за даними МСЕ)

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»*
м. Київ

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»**
(директор – проф. А.В. Іпатів)
м. Дніпропетровськ

Ключові слова: хребетно-
спинномозкова травма,
інвалідність, операції,
статистика

Key words: spinal trauma, disability,
operations, statistics

Резюме. Проведен анализ лечения 130 больных с осложненной позвоночно-спинномозговой травмой по данным медико-социальной экспертизы. При осложненной позвоночно-спинномозговой травме в остром периоде в большинстве случаев (64%) применяли консервативные методы лечения. У 51% больных, которых лечили консервативно, была неустраненная компрессия спинного мозга или его корешков. Только 24% пострадавших были оперированы в остром периоде, из них 4% были реоперированы со вре-менем. В восстановительном периоде, в связи с неустраненной компрессией, были оперированы 12% больных.

Summary. The analysis of treatment of 130 patients with the complicated spinal trauma by the data of medical-social expertise was conducted. In the majority of patients (64%), because of the complicated spinal trauma the conservative methods of treatment were applied. In more than half (51%) of patients treated conservatively, there was the unremoved compression of spinal cord or its radices, 24% patients were operated in the sharp period of the complicated spinal trauma, 4% of them were re-operated over course of time. Due to unremoved compression 12% were operated in the period of rehabilitation.

Надання нейрохірургічної допомоги при хребетно-спинномозковій травмі умовно можна поділити на два часових етапи: до 1998 року та після. У 1997 році була проведена апаратна нарада МОЗ (від 07.04.1997р.) «Про стан та перспективи спеціалізованої медичної допомоги потерпілим з травматичними пошкодженнями хребта та спинного мозку в Україні», на якій було визнано стан спеціалізованої медичної допомоги потерпілим з травматичними пошкодженнями хребта та спинного мозку в Україні незадовільним. Визначено, що 44-86% хворих з гострою ускладненою хребетно-спинномозковою травмою (залежно від регіону) лікуються у непрофільних установах, оперуються тільки 29% постраждалих від потреби. За наслідками апаратної наради був підготовлений та прийнятий Наказ МОЗ №222 (від 24.07.1998 р.), який регламентував організацію та порядок надання допомоги хворим з хребетно-спинномозковою травмою, а також закріпив принцип спадкоємності: нейрохірургічний стаціонар – неврологічний стаціонар – реабілітація. Цим наказом також регламентується використання декомпресивно-стабілізуючих втручань при гострій хребетно-спинномозковій травмі, а також пошук нових та

удосконалення існуючих методів оперативного лікування цієї патології [2]. Наступним етапом стало прийняття клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим за спеціальностями «Нейрохірургія» та «Дитяча нейрохірургія» у 2008 році [1]. Незважаючи на певні успіхи в організації медичної допомоги хворим із хребетно-спинномозковою травмою в гострому періоді, постійно триває пошук нових та удосконалення існуючих методик лікування.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Були аналізовані медичні справи 130 інвалідів внаслідок ускладненої хребетно-спинномозкової травми на предмет застосування консервативних та оперативних методик під час лікування цих пацієнтів у гострому періоді. Пацієнти були розподілені згідно з групами інвалідності (табл. 1).

Таблиця 1

**Розподіл пацієнтів залежно
від груп інвалідності**

Група	Абс	%
I	30	23
II	35	27
III	65*	50

Примітка. * – p<0,01

Залежно від застосування оперативних чи консервативних методик всі хворі були розподілені на 4 групи. Першу групу склали хворі, оперовані в гострому періоді ускладненої хребетно-спинномозкової травми. Другу – пацієнти, до яких застосовували консервативні методи лі-

кування. Третю – хворі, яких оперували в гострому періоді та реоперували згодом; четверту – не оперовані в гострому періоді ускладненої хребетно-спинномозкової травми та оперовані згодом (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів за групами залежно від методу лікування

Групи	I (оперовані в гострому періоді)	II (не оперовані в гострому періоді)	III (оперовані в гострому періоді та реоперовані)	IV (не оперовані в гострому періоді та оперовані згодом)
абс	26	83*	5	16
%	20%	64%	4%	12%

Примітка. * – $p < 0,01$

Окремо були досліджені пацієнти другої групи, для визначення причин вибору консервативного методу лікування. Для цього були зіставлені клінічні дані та морфологічні зміни цієї групи пацієнтів. Пацієнти були розподілені на 3

групи залежно від наявності гематомієлії, не усуненої компресії спинного мозку та корінців, а також травми без компресії спинного мозку та гематомієлії (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл пацієнтів другої групи залежно від морфологічних змін

I гр. (з гематомієлією)	II гр. (з не усуненою компресією спинного мозку)	III гр. (без компресії та гематомієлії)
6 пацієнтів (7%)	42 пацієнти (51%)	35 пацієнтів (42%)

На початку лікування, згідно зі шкалою Frankel, були отримані такі дані (табл. 4).

Для дослідження терміну виконання операції та подальшого аналізу його впливу на результат

лікування хворі були розбиті на 5 груп: операції виконані до 24 годин, від 24 до 72 годин, 3–7 діб, 7 діб – 1 місяць та більше 1 місяця (табл. 5).

Таблиця 4

Розподіл пацієнтів згідно зі шкалою Frankel

A	B	C	D	E
11(8 %)хворих	40(31 %) хворих	31(24 %) хворий	33(25 %) хворих	15(12 %) хворих

Також було досліджене місце проведення операцій (табл. 6).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з результатами дослідження, більшість хворих з наслідками ускладненої хребетно-спинномозкової травми (50%) отримали III групу ін-

валідності. Двадцять сім відсотків мали другу, а двадцять три відсотки – першу групу інвалідності.

Згідно з даними дослідження, до більшості (64%) хворих із ускладненою хребетно-спинномозковою травмою застосовані консервативні методи лікування. Для визначення патології, до

якої застосували консервативний метод лікування, ця група була досліджена більш детально. Встановлено, що пацієнти з гематомієлією, а також пацієнти з травматичним ураженням спинного мозку та корінців без компресії нервових структур, для лікування яких оперативні методи не застосовують, склали 49% (разом). Пацієнти, які мали не усунену компресію нервових структур, до яких мали б застосовувати оперативні методи лікування, склали 51%.

При визначенні нервових порушень за шкалою Frankel були отримані такі результати: А-8%, В-31%, С-24%, D-25%,Е-12%.

Тільки 24% хворих були оперовані в гострому періоді ускладненої хребетно-спинномозкової травми, з них 4% були реоперовані згодом. Також 12% склали пацієнти, які були оперовані у відновному періоді, у зв'язку з не усуненою компресією.

Таблиця 5

Термін виконання операцій

Термін	Абс.	%
<24 годин	0	0
24-72 години	1	2
3-7 діб	11	23,5
7 діб–1 місяць	24*	51
> 1 місяця	11	23,5

Примітка. * – p<0,05

Термін виконання операцій – один з найважливіших чинників (поряд із об'ємом оперативного втручання), від якого залежать результати лікування хворих з ускладненою хребетно-спинномозковою травмою. Чим швидше проведена операція та виконана декомпресія зі стабілізацією хребта, тим більше шансів на відновлення функцій ураженого відділу спинного мозку [3]. Об'єм операції є темою подальших досліджень, а термін виконання операцій свідчить про затягування часу операцій. Переважна більшість інвалідів (51%), внаслідок ускладненої хребетно-спинномозкової травми, оперувались у термін від 7 діб до 1 місяця. За цей час деструктивні явища в ураженій ділянці спинного мозку набувають незворотного характеру не тільки в зоні некрозу, але й у зоні ішемії гинуть нейрони та їх відростки (провідні шляхи). Внаслідок цього значно погіршуються результати подальшого відновного лікування. Також значна частка хворих - 23,5% оперувалась більше ніж через місяць з моменту травми (частина тих пацієнтів, яким все-таки знадобилася операція у відновному періоді ускладненої хребетно-спинномозкової травми). Лише один пацієнт був оперований у термін від 24 до 72 годин, та жоден у першу добу після травми. З 3 по 7 добу після травми було прооперовано 23,5% пацієнтів, що хоч і раніше, ніж операції з 7 доби до 1 місяця, але все ж припадає на термін максимального

післятравматичного набряку (також вважається запізним терміном для втручання).

Оперативні втручання проводили в спеціалізованих стаціонарах обласних лікарень та профільних інститутів (94% операцій). Два та чотири відсотки операцій, виконаних у районних та міських лікарнях, були також проведені нейрохірургами обласних лікарень, які прибули по лінії санавіації на консультацію. Причому операції проведені цими спеціалістами й виконані в найкоротший термін. Наприклад, єдиний хворий, оперований у термін від 24 до 72 годин, і був пацієнтом районної лікарні.

Таблиця 6

Місце проведення операцій

I райлікарня	II міськікарня	III Обллікарня/спецстаціонар
1	2	44*
2%	4%	94%

Примітка. * – p<0,01

ВИСНОВКИ

1. Надання медичної допомоги при ускладненій хребетно-спинномозковій травмі в Україні потребує подальшого удосконалення, безумовної відповідності клінічним протоколам лікування.

2. Понад половина хворих (51%) з-поміж тих, кого лікували консервативно, мали не усунуту компресію спинного мозку або його корінців.

3. За даними МСЕ, кожний шостий хворий (16%) з ускладненою хребетно-спинномозковою травмою оперований (чи реперований) у віддалені строки травми.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим за спеціальностями «Нейрохірургія» та «Дитяча нейрохірургія» / Укр. нейрохірургічний журнал. – 2008. – №3. – С. 224.

2. Наказ № 222 від 24.07.1998 «Про удоскона-

лення спеціалізованої медичної допомоги при хребетно-спинномозковій травмі».

3. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із хребетно-спинномозковою травмою: методичні рекомендації / М.Є. Полішук [та ін.]. – К., 2006. – 36с.



УДК 616.311:611.018.73]:616-08-056.24

*Є.Н. Дичко**,
*А.В. Самойленко***,
*І.А. Романюта***,
*В.І. Шарипов***

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПАТОЛОГІЄЮ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА: ТЕПЕРІШНЯ ТА МАЙБУТНЯ

*Дніпропетровський медичний інститут традиційної та нетрадиційної медицини**
кафедра стоматології

(зав. – к. мед. н., доц. І.І. Самойленко)

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»***

кафедра терапевтичної стоматології

(зав. – д. мед. н., проф. А.В. Самойленко)

Ключові слова: організація
допомоги, рівні лікарської
допомоги

Key words: organization of help,
levels of medical help granting

Резюме. Один из сложных разделов стоматологии, каким является мукология, имеет ряд проблемных вопросов как в диагностике, лечении так и профилактике патологии. Подобные сложности зависят от недостаточности понимания природы заболеваний и повреждения слизистой оболочки полости, что предстоит углубленно изучать специалистам. Особое внимание уделяется организации оказания неотложной и плановой помощи лицам, страдающим на воспалительные, дистрофические, травматические и иные поражения СОПР, именно организационные формы во многом обеспечивают их эффективность врачебной помощи. При этом следует учитывать, что значительная часть заболеваний СОПР представляет угрозу для больного в результате малигнизации элементов поражения (декубитальная язва, лейкоплакия) или клинических признаков тяжелого соматического заболевания (лейкемия, истинная пузырчатка) нередко с вероятным летальным исходом. Этим можно объяснить серьезность проблемы, связанной с качеством, а иногда, жизнью больного. Поэтому, мукология, как раздел современной терапевтической стоматологии взрослых и детей в организационном плане предусматривает оказание врачебной помощи лицам, у которых возникли поражения СОПР, по четырехуровневому принципу. На первом уровне врач-стоматолог общей практики, на втором- врач-муколог стоматологического центра, на третьем и четвертом – научные работники, специалисты профиль-