

Документация ВПС:

- журнал консультаций лиц, осуществляющих уход за пациентом (Приложение 9 к приказу МЗ РБ № 232, форма № 08 хоспис/у – 08);
- ведомость учета посещений больных на дому медицинской сестрой (Приложение 14 к приказу МЗ РБ № 232 Форма № 13 хоспис/у – 08);
- журнал учета работы врача-терапевта (дежуранта на дому) (Приложение 6 к приказу МЗ РБ № 232, форма № 05 хоспис/у-08);
- журнал регистрации больных выездной службы (Приложение 12 к приказу МЗ РБ № 232, форма № 11 хоспис/у–08);
- журнал учета работы врача-терапевта выездной службы (Приложение 13 к приказу МЗ РБ № 232, форма № 12 хоспис/у–08).

Утверждены перечни медикаментов, перевязочного материала и инструментария для укладки врача-терапевта и для укладки медицинской сестры отделения хоспис выездной патронажной службы.

Информация о переводе пациента в 4 кл.гр. передается по электронной почте в ГКБ № 3 г. Гродно, в соответствии с алгоритмами передачи информации по пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, что положительно влияет на своевременность и доступность оказания данного вида помощи.

При необходимости, к оказанию помощи пациентам, находящимся под опекой ВПС, привлекаются другие специалисты (врач-психотерапевт, психолог). В их задачи входят оказание психологической помощи и проведение мероприятий по профилактике суицидального риска у пациентов, а также оказание психологической поддержки семье для уменьшения страданий, связанных с ухудшением состояния и смертью близкого.

Организуется просветительская работа, направленная на пропаганду хосписного движения и утверждение в обществе принципов милосердия, гуманизма, взаимопомощи, более широкое привлечение населения к оказанию помощи инкурабельным пациентам.

Выводы. Создание выездной патронажной службы для оказания паллиативной медицинской помощи инкурабельным пациентам, обеспечивает поддержание качества их жизни в домашних условиях, а также улучшения доступности оказания паллиативной помощи без увеличения коечного фонда хосписа.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Чешик С.Л., Иванцов В.А., Гарнушкин Е.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Согласно данным литературы, в настоящее время удельный вес переломов шейного отдела позвоночника в общей структуре

травм позвоночника составляет до 10-12%. При этом повреждение спинного мозга в этой группе пациентов составляет порядка 30%. Остается высокой и летальность среди пациентов с осложненной травмой позвоночника – до 40%, а инвалидность вследствие перенесенной позвоночно-спинномозговой травмы доходит до 95%. Для клинической практики и определения тактики лечения большое значение имеет определение стабильности повреждения. В шейном отделе, отличающимся от других отделов позвоночника большой амплитудой и разнообразием движений, нестабильность возможна и без переломов тел и дужек позвонков, а только вследствие повреждений связок. В настоящее время разработаны и внедрены в клиническую практику различные методики декомпрессивно-стабилизирующих операций, направленные на раннюю и полноценную декомпрессию сосудисто-нервного содержимого позвоночного канала и восстановление анатомических взаимоотношений, а также на прочную стабилизацию поврежденного позвоночного сегмента.

Материал и методы. Материал основан на динамическом наблюдении за пациентами с нестабильными повреждениями позвоночника, проходившими лечение в клинике травматологии и ортопедии на базе УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» за период с 2005 по 2013 гг. Всего за этот период было пролечено 266 пациентов, из них мужчин – 156 (59%), женщин – 110 (41%). В обследовании применялись общедоступные методы: клинико-неврологический, рентгенографический (рентгенография в стандартных проекциях, рентгеновская компьютерная томография), МРТ (магнитно-резонансная томография). В зависимости от диагностических данных определялась стабильность повреждения позвоночного сегмента и пациентам выставлялись показания к определенному виду оперативного лечения. Среди часто встречающихся нами нестабильных повреждений в шейном отделе позвоночника следует отметить переломы атланта с разрывом поперечной связки, повреждения зуба аксиса и корней дужек С2 позвонка с травмой диска С2-С3, а также оскольчатые переломы дуг и тел позвонков, переломо-вывихи другой локализации. Нами широко применяется методика лечения нестабильных повреждений шейного отдела позвоночника Гало-аппаратом. Ежегодно выполняется до 15 таких операций. В основном данная методика применяется при травмах верхне-шейного отдела позвоночника, но может быть использована и при травмах шеи другой локализации. Гало-фиксация используется в тех случаях, когда отсутствуют признаки травматического сужения спинномозгового канала, повреждения спинного мозга. Всего за указанный период прооперировано 92 пациента. Среди них: повреждение сегмента С1-С2 имели 61 пациент, С3 – 10, С4 – 5, С5 – 10, С6 – 4, С7 – 2 пациента. Во всех случаях травма была неосложненной. Операции выполнялись с использованием Гало-аппарата НПФ «Медбиотех» РБ. Интрооперационно осуществлялась закрытая репозиция поврежденного сегмента в зависимости от смещения и одновременно его стабильная фиксация. В случае невозможности выполнения одномоментной репозиции, коррекцию поврежденного сегмента в аппарате выполняли на 2-3 сутки после операции. Сроки лечения в аппарате длились от 3-х до 4-х месяцев, в зависимости от R-графических данных. После

демонтажа аппарата иммобилизация осуществлялась стандартным воротником Шанца сроком до 1 месяца. При нестабильных оскольчатых переломах позвонков со стенозом спинно-мозгового канала, переломо-вывихах, а также осложненных неврологической симптоматикой повреждениях в шейном отделе позвоночника нами используется методика вентрального спондилодеза с применением костных ауто-, аллотрансплантатов в сочетании с фиксацией на костными пластинами либо спондилодез полыми внутри сетчатыми титановыми имплантатами (МЭШ), которые заполняются костно-пластическим материалом. По методике вентрального спондилодеза прооперировано 22 пациента: с травматическим повреждением сегмента С4 – 4 пациента, С5 – 9, С6 – 8, С7 – 1 пациент. Интродооперационно выполнялась декомпрессия СМК, устранение смещения костных структур, межтеловой спондилодез с использованием костного аутоотрансплантата из крыла подвздошной кости (в 14 случаях) или губчатого аллотрансплантата (в 4-х случаях). В 10-и случаях для более прочной фиксации нами использовалась на костная пластина (фирмы «Медбиотех», РБ). В 4-х случаях использовался МЭШ (фирмы «Медбиотех», РБ), заполненный костной аутокостью. После операции иммобилизация осуществлялась жестким ортезом сроком от 1 до 6-и месяцев в зависимости от способа хирургического лечения и от R-графических данных. Проводились реабилитационные мероприятия, заключающиеся в лечебной физкультуре, а также физиотерапевтическом лечении.

Результаты и их обсуждение. С целью контроля результатов лечения пациентам наряду с общеклиническими применялись и инструментальные методы. Рентгенологический контроль в виде рентгенографии выполняли через 2, 4, 6 месяцев. РКТ и МРТ исследования через 4-6 месяцев с момента операции. Далее по показаниям. Результаты лечения в группе оперированных пациентов оценены как хорошие. При использовании Гало-аппарата полностью достигнут эффект репозиции и стабилизации, регресс имевшего место болевого синдрома и неврологического дефицита. Гало-фиксация, как метод хирургического лечения травм позвоночника, менее травматичен в сравнении с другими оперативными методиками. Однако в 2-х случаях применения Гало-аппарата: при переломо-вывихе С4 и С6 позвонков в отдаленном периоде нами получены рецидивы подвывиха позвонков, что в 1 случае потребовало повторного оперативного вмешательства – переднего спондилодеза. В остальных группах пациентов, которым выполнен передний спондилодез с использованием костно-пластического материала либо костно-пластического материала в сочетании с металлоконструкциями достигнут костный блок в оперированном позвоночном сегменте во всех случаях. Вместе с тем необходимо отметить, что изолированное использование костно-пластического материала требует более длительной внешней фиксации в виде жесткого ортеза на срок до 6 месяцев и костный блок формируется в более поздний период (6-8 месяцев). В тоже время сочетанное использование костной ткани и металлоконструкции ускоряет сроки формирования костного блока (3-4 месяца), позволяет сократить срок внешней иммобилизации ортезом до 1-2 месяцев, что значительно улучшает качество жизни пациентов.

Выводы. При травматических повреждениях не только верхне-шейного, а также повреждениях других сегментов шейного отдела позвоночника, в тех случаях, когда отсутствуют признаки травматического сужения спинномозгового канала, повреждения спинного мозга, наиболее предпочтительным, по нашему мнению, является применение Гало-аппарата. В случае нестабильных, оскольчатых, осложненных переломах тел позвонков необходимо применять методику переднего спондилодеза с использованием костно-пластического материала и металлических имплантов. Сочетанное использование металлической конструкции и костной ткани при оперативных вмешательствах должно быть основополагающим фактором в улучшении результатов лечения и быстрее активизации, реабилитации пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басков А.В., Яриков Д.Е., Древаль О.Н. Современная тактика лечения травмы шейного отдела позвоночника / А.В. Басков, Д.Е. Яриков, О.Н. Древаль // 3-й съезд нейрохирургов России: Материалы съезда. СПб., 2002. – С. 186-187.
2. Ветрилэ С. Т., Колесов С.В. Эффективность галотракции в хирургии шейного отдела позвоночника. // Вопросы нейрохирургии. 2001. – № 1. – С. 15-19.
3. Воронович И.Р., Николаев В.Н., Петренко А.М., Дулуб О.И. Оперативное лечение вывихов и переломовывихов III-VII шейных позвонков // Ортопедия, травматология и протезирование. 1989. – № 9. – С. 8-10.
4. Корж Н.А., Радченко В.А., Барыш А.Е., Хоттейт Н., Костицкий М.М. // Повреждения позвоночника и спинного мозга. / под редакцией Полищук Н.Е., Корж Н.А., Фищенко В.Я. Киев, 2001. – С. 120-144.
5. Никитин Г.Д. Костная и металлическая фиксация позвоночника при заболеваниях, травмах и их последствиях / Г.Д. Никитин, Г.П. Салдун, Н.В. Корнилов, С.А. Коваленко и др. СПб: Русская графика, 1998. – 448 с.
6. Рамих Э.А. Травма нижнешейного отдела позвоночника: диагностика, классификация, лечение. Хирургия позвоночника 2005; 3: 8-24.
7. Толокевич В.А. Опорные спондилодезы шейных позвонков / В.А. Толокевич, В.В. Котенко, И.К. Раткин. Новокузнецк: ВНИЦ ИПФ, 2001. – 22 с.
8. Яриков Д. Е., Басков А. В. Передний доступ для стабилизации шейного отдела позвоночника // Нейрохирургия. – 2000. № 1-2 – С. 15-19.
9. Aebi M., Zuber K., Marchesi D. Treatment of cervical spine injuries with anterior plates: Indications, techniques and results. // Spine – 1991. – Vol. 16. P. 38-45.
10. Much K. A new dorsal modular fixation device allows a modified approach in cervical and cervico-thoracic neoplastic lesions / K. Huch, B. Cakir, K. Dreinhofer // Eur. Spine. J. – 2004. – V. 13. – № 3. – P. 222-230.
11. Schulz A. Rotational dislocation of the cervical spine / A. Schulz, S. Handke, A. Ekkernkamp, P.A. Ostermann // Zentralbl. Chir. 2001. – V. 125. – № 12. – P. 987-989.