

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ УСКЛАДНЕНОЮ ТРАВМОЮ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ТА СПИННО- ГО МОЗКУ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ТА В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ

Потапов О.О., Горох Л.П.

Курс нейрохірургії. Обласна клінічна лікарня.

Травма хребта з ушкодженням спинного мозку відноситься до найбільш важких травм людського організму. Вона дає велику смертність і призводить до важкої інвалідизації потерпілих.

Всього за період 1989-1999 рр. в нейрохірургічному відділенні СОКЛ знаходилося на лікуванні 112 потерпілих, що склало 42.24 % від всіх травматичних ушкоджень хребта та спинного мозку. Для аналізу було відібрано 100 історій хвороби. Чоловіків було 85, жінок 15, віком від 6 до 74 років. Найбільшу групу - 49% склали молоді люди віком від 20 до 40 років. Серед причин травми ми виділили наступні: травма при пірнанні на мілководді - 46 випадків; падіння з висоти - 36; автодорожня травма - 15; вогнепальні - 3.

Існує залежність кількості травматичних уражень шийного відділу хребта від пори року - відмічається різкий ріст в літні місяці. За локалізацією ушкоджень хребта, а відповідно і сегментів шийного відділу спинного мозку розподілились наступним чином: пошкодження I - го шийного хребця - 2 випадки; II-го - 6; III - го - 1; IV - го - 9; V - го - 22; VI - го - 33; VII - го - 10.

В 12 випадках мали місце пошкодження 2-х хребців, в 5 випадках відмічалась закрита травма спинного мозку без пошкодження хребта.

Потерпілі доставлялись у нейрохірургічне відділення швидкою допомогою у 67 випадках, по направленню ЦРЛ у 27 випадках, супутнім транспортом у 6 випадках. Слід відмітити що на догоспітальному етапі перша допомога надавалась свідками травми, персоналом швидкої допомоги і складалась з фіксації

шийного відділу хребта, введення знеболюючих, серцево-судинних препаратів. Хворим які були доставлені супутнім транспортом перша допомога на догоспітальному етапі фактично не надавалась.

Перш за все необхідно уникати подальших ушкоджень та не погіршувати стан хворого під час транспортування до стаціонару. Догоспітальна допомога включає збереження або нормалізацію життєво важливих функцій (дихання, гемодинаміки); фіксація хребта, введення нейропротекторів (метілпреднізолон). Хворих рекомендується транспортувати безпосередньо в нейрохірургічне відділення або в травматологічне відділення ЦРЛ.

Після госпіталізації виконується спондилографія, лумбальна пункція з дослідженням ліквородинаміки, по можливості проводять МРТ або КТ.

В стаціонарі виконується катетеризація сечового міхура, центральної вени. У разі спинального шоку-бинтування нижніх кінцівок, введення атропіну, гіпертонічного (3-7%) розчину NaCl. У перші 8 годин - метілпред в дозі 30 mg/kg маси тіла одноразово, через 2-4 години 15 mg/kg, у подальшому по 5 mg/kg кожні 4 години протягом 2-х діб. Вітамін Е по 5 ml внутрішньом'язево, дифенін по 500 mg, реланіум, седуксен, тіопентал натрію, сибазон, німотоп, антибіотики широкого спектру дії, аналгетики, нейропротектори, магнію сульфат, пірацетам 10-12г. на добу, церебралізін по 15-25 ml в/в у 200 ml ізотонічного розчину NaCl, симптоматичне лікування. За наявності компресії спинного мозку показана рання декомпресивно-стабілізуюча операція.