

Тихомиров С.Е.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ РАЙОННОГО СТАЦИОНАРА

ГБУЗ НО «Павловская центральная районная больница»

606108, Нижегородская область, г. Павлово, ул. 8 Марта, 1а

Тихомиров Сергей Евгеньевич – врач-нейрохирург травматологического центра Павловской центральной районной больницы, кандидат медицинских наук.

Автор, ответственный за переписку: Тихомиров С.Е.

E-mail: sergey.tikhomirov.1980@mail.ru

Тел. сот.: 8 951-91-91-113

РЕЗЮМЕ

ЦЕЛЬ СТАТЬИ

Представить возможности нейрохирургической помощи в современных условиях на уровне районного стационара.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2012-2013 гг. на базе Павловской центральной районной больницы (Нижегородская область, г. Павлово) организованы межрайонный травматологический и сосудистый центры. Стационар оснащен необходимой лечебной и диагностической аппаратурой, в том числе компьютерным томографом и магнитно-резонансным томографом. В 2013 г. в штат стационара введена 1 ставка врача-нейрохирурга, а в 2015 г. - 5 нейрохирургических коек. С ноября 2014 по ноябрь 2015 г. в Павловской ЦРБ выполнено 65 нейрохирургических операций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Оснащение районных стационаров, на базе которых открыты травматологические и сосудистые центры, современным оборудованием, введение в штат нейрохирурга и коек нейрохирургического профиля позволяет приблизить специализированную помощь к пациенту.

2. В современных условиях нейрохирургическая помощь на уровне районной больницы может успешно оказываться не только при неотложной травматической патологии, но и при гипертензивных внутримозговых гематомах, а также возможно выполнение операций при плановой нейрохирургической патологии.

Ключевые слова: травматологический центр, первичный сосудистый центр

Key words: trauma center, primary vascular center

ВВЕДЕНИЕ

В 2012-2013 гг. на базе Павловской центральной районной больницы организовано первичное сосудистое отделение и травматологический центр 2-го уровня, в зону ответственности которых включены 4 района Нижегородской области: Павловский, Богородский, Сосновский и Вачский с общей численностью населения около 157 000. Больница оснащена необходимой лечебной и диагностической аппаратурой, в том числе компьютерным томографом (КТ) и в рамках частно-государственного партнёрства магнитно-резонансным томографом (МРТ). В 2013 г. в штат стационара введена 1 ставка врача-нейрохирурга, а в 2015 г. в травматологическом отделении выделено 5 нейрохирургических коек.

Организовано круглосуточное взаимодействие по сети Internet. При выявлении нейрохирургической патологии снимки высылаются на электронную почту нейрохирургу. Если оперативное вмешательство не требуется, отсылается заключение в формате PDF. Используется отечественная операционная система на основе свободной лицензии GNU/Linux ROSA Desktop Fresh и программы просмотрщики цифровых медицинских изображений: Aeskulap, XrayLr, ImageViewer.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представить возможности оказания нейрохирургической помощи на уровне центральной районной больницы в современных условиях в рамках травматологического и первичного сосудистого центров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С ноября 2014 по ноябрь 2015 г. в Павловской ЦРБ выполнено 65 нейрохирургических операций. Распределение по нозологиям представлено в табл.1.

Нозологический раздел	Нозологии	Количество операций
Нейротравма	Черепно-мозговая травма (ЧМТ): эпи- и субдуральные гематомы, внутримозговые гематомы, вдавленные переломы	29
	Хронические субдуральные гематомы	6
	Травма позвоночника	3
	Посттравматические дефекты свода черепа.	3
Геморрагический инсульт	ОНМК по геморрагическому типу с формированием внутримозговой инсульт-гематомы.	12
Травма периферических нервов		4
Дегенеративные заболевания позвоночника.	Грыжа межпозвоночного диска	3
Новообразования головного мозга	Доброкачественное новообразование костей черепа (остеома)	1
	Доброкачественное новообразование оболочек головного мозга (менингиома)	2
	Вторичное злокачественное поражение головного мозга (метастаз)	1
Абсцесс головного мозга.		1
Всего		65

Таблица 1. Распределение нейрохирургических операций в Павловской ЦРБ по нозологиям в период с ноября 2014 г. по ноябрь 2015 г.

При оперативных вмешательствах по поводу тяжелой ЧМТ в большинстве случаев выполняется краниотомия, либо краниозотомия с одномоментным закрытием дефекта свода черепа пластиной из реперена. При необходимости проведения длительной ИВЛ выполняется нижняя трахеотомия.

В качестве успешного примера можно привести пациента К.,37л., оперированного по поводу слепого огнестрельного ранения головы. При поступлении уровень сознания – 11 баллов по шкале ком Глазго (ШКГ), умеренный правосторонний гемипарез, менингеальный синдром. Пациенту выполнена краниотомия с захватом входного отверстия, хирургическая обработка раневого канала в ткани мозга с удалением геморрагических субстратов, костных фрагментов и металлической дроби. На момент выписки через 3 недели: сознание ясное, адекватное, движения в конечностях D=S, умеренная сенсомоторная афазия, умеренные когнитивно-мнестические нарушения. При повторном осмотре через 3 месяца после травмы положительная динамика в виде улучшения речи, полного восстановления когнитивно-мнестических функций. На рис.1 представлена КТ до (А) и спустя 5 дней (Б) после оперативного вмешательства.

В 2014 г. освоена транспедикулярная фиксация при травме грудного и поясничного отделов позвоночника, что позволяет в ближайшие дни после травмы оперировать пациентов, стабилизировать позвоночно-двигательный сегмент, избавить больных от болевых ощущений в позвоночнике.

В качестве примера можно привести пациента Х.,53г. Большой госпитализирован по экстренной помощи с сочетанной травмой: множественный перелом ребра, пневмо- и гемоторакс, нестабильный перелом L1 позвонка, осложнённый нижним парапарезом. Кроме боли в области грудной клетки пациента беспокоила сильная боль в позвоночнике, что требовало назначения наркотических анальгетиков. После стабилизации состояния пациенту выполнена декомпрессивная ламинэктомия Th12 и L1 с транспедикулярной фиксацией сегмента Th12-L2. На рис. 2 представлены сагиттальный КТ скан (А), 3D реконструкция (Б) и контрольные сканы после операции (В,Г,Д,Е). После операции пациент сразу же отметил значительный регресс боли, что позволило отменить наркотические анальгетики. В дальнейшем он был в плановом порядке госпитализирован в ФГБУ «ПФМИЦ» г.Н.Новгорода для выполнения корпорэктомии L1 и вентрального спондилодеза Th12-L2.

С 2013 г. в Павловской ЦРБ выполняются операции при геморрагических инсультах с формированием гипертензивных внутримозговых гематом. При определении показаний к операции за ориентир взяты положения «Рекомендательного протокола по ведению больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами» [1]. С ноября 2014 по ноябрь 2015 оперировано 12 пациентов. Во всех случаях объём внутримозговой гематомы был более 30 мл, уровень сознания не ниже 8 баллов по ШКГ. В 2-х случаях локализация внутримоз-

вой гематомы была субкортикальной, в 9-ти случаях – латеральной, в 1-ом – медиальной.

До операции по КТ-сканам выполняется разметка проекции внутримозговой гематомы на свод черепа. При удалении полушарных гипертензивных внутримозговых гематом выполняется либо краниотомия, либо краниоэктомия диаметром до 3.5 см с последующей пластикой пластиной из реперена. При глубокой локализации внутримозговой гематомы кроме предварительной разметки по КТ-сканам применяется интраоперационная

ультразвуковая навигация, что позволяет избежать неудачных диагностических энцефалопункций и минимизировать операционную травму для головного мозга.

В качестве примера можно привести пациента Ф., 68л. При поступлении уровень сознания – 10 баллов по ШКГ, правосторонний гемипарез. На рис. 3 представлена дооперационная КТ-разметка (А), интраоперационная ультразвуковая навигация (Б) и послеоперационный КТ-контроль (В).

В соответствии с предоперационной разметкой по КТ выполнен линейный разрез мягких тканей в левой теменной области. Наложено фрезевое отверстие и резекционно расширено до диаметра 3.5 см. Твёрдая мозговая оболочка вскрыта крестообразно. На

кору головного мозга поставлен ультразву-

ковой датчик, визуализирована внутримозговая гематома. Под контролем ультразвукового датчика в полость внутримозговой гематомы установлена энцефалопункционная игла и аспирирован жидкий компонент внутримозговой гематомы. Далее выполнена энцефалотомия диаметром до 1.0 см, а затем аспирация и отмывание физиологическим раствором кровяных сгустков. Гемостаз перекисью водорода. Твёрдая мозговая оболочка ушита. Эпидурально уложена гемостатическая губка. Костный дефект закрыт пластиной из реперена диаметром 4.0 см и толщиной 1 мм, фиксированной лигатурой к твёрдой мозговой оболочке.

Спустя 2 месяца после операции пациент самостоятельно ходит с опорой на трость, частично обслуживает себя (3-я степень инвалидизации по шкале исходов Rankin).

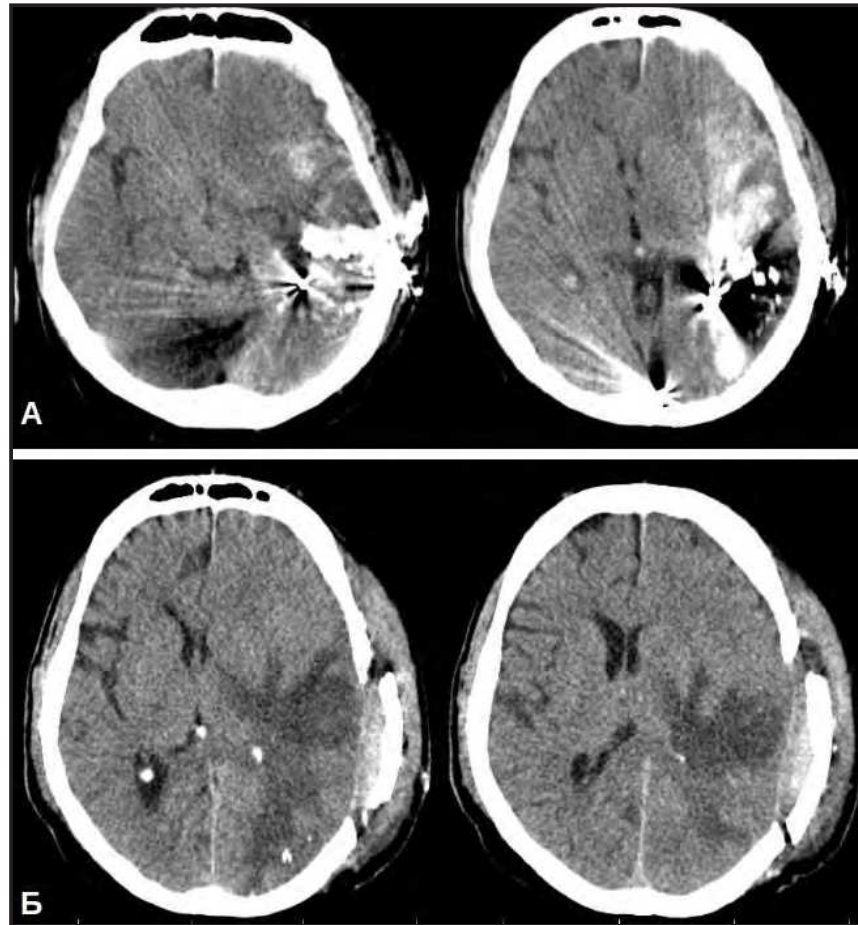


Рис. 1. Пациент К., 37 л. Слепое огнестрельное ранение дробью в левую височную область. А - КТ до операции: видны костные и металлические фрагменты в левом полушарии головного мозга. Б - контрольная КТ на 5-е сутки после оперативного вмешательства: значительная часть инородных тел удалена, сохраняется умеренный отёк левой гемисферы головного мозга.

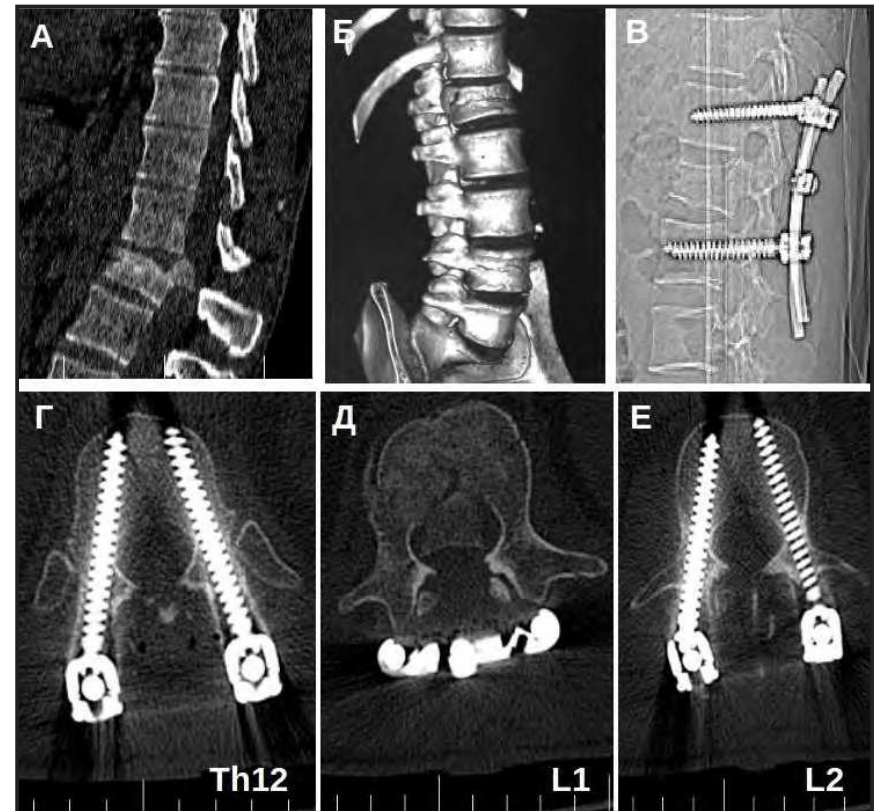


Рис. 2. Пациент Х., 53 г. А – сагиттальный скан и Б – 3D реконструкция до операции. В – обзорный сагиттальный скан, Г, Д, Е – аксиальные сканы на уровнях Th12, L1, L2 уровнях после операции.

Также оперируются пациенты с плановой нейрохирургической патологией: посттравматические дефекты свода черепа, последствия травм периферических нервов, конвексально расположенные опухоли.

В качестве примера можно представить больную К,76л., оперированную по поводу менигиомы левой теменной доли головного мозга. Больной выполнена МРТ головного мозга по поводу дисциркуляторной энцефалопатии. Выявленная опухоль не вызывала очаговой симптоматики и, по сути, являлась случайной находкой. Пациентке выполнена краниотомия

из 4-х фрезевых отверстий в левой теменной области парасагитально, удаление опухоли. Несмотря на пожилой возраст, больная хорошо перенесла общий наркоз и оперативное вмешательство. Неврологический статус в сравнении с дооперационным уровнем без динамики. Гистологическое исследование подтвердило клинический диагноз. На рис.4 представлены МРТ и КТ до и после оперативного вмешательства.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

С ноября 2014 г. по ноябрь 2015 г. по во-

ду ЧМТ выполнено 29 операций. Травма в ДТП и сочетанная – 2 (7%), бытовая изолированная ЧМТ – 27 (93%), что вполне согласовывается с литературными данными [2,3]. Послеоперационная летальность – 5 (17%) случаев. Во всех случаях с летальным исходом предоперационный уровень сознания был ниже 8 баллов по ШКГ. Уровень послеоперационной летальности при черепно-мозговой травме соответствует показателям клиник Москвы и Санкт-Петербурга [2,3,4,5,6,7]. По поводу хронических субдуральных гематом оперировано 6 пациентов с нулевой послеоперационной летальностью.

Все три пациента, оперированных по поводу позвоночно-спинномозговой травмы, отметили полный регресс боли в позвоночнике. Неврологический статус без динамики.

В указанный период по поводу нетравматических внутримозговых гематом оперировано 12 пациентов. Послеоперационная летальность – 0 %. Причины низкой послеоперационной летальности: тщательный отбор пациентов на оперативное вмешательство после очного осмотра нейрохирургом и обследования в отделении реанимации первичного сосудистого центра в соответствии с рекомендательным протоколом [1], а также

немаловажный фактор – ведение пациента в послеоперационном периоде нейрохирургом.

Программа создания первичных сосудистых и травматологических центров на базе крупных районных стационаров с прикреплением смежных районов, реализуемая в последние годы, позволила существенно повысить доступность специализированной помощи нуждающимся пациентам. В штатное расписание некоторых травматологических центров введена ставка нейрохирурга, а в некоторых введены нейрохирургические койки. Это позволяет привлекать на работу нейрохирурга на постоянной основе или в качестве внешнего совместителя. Это несомненно положительный момент т. к. когда есть постоянный специалист, налаживается комплаент, необходимый для качественной работы.

Хочется отметить проведенное в 2007 г. исследование по эпидемиологии тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы и организации медицинской помощи пострадавшим в Московской области, одним из выводов которого было: «Решающее значение для снижения послеоперационной и общей летальности имеет наличие в штате стационара постоянно работающего нейрохирурга, а не наличие

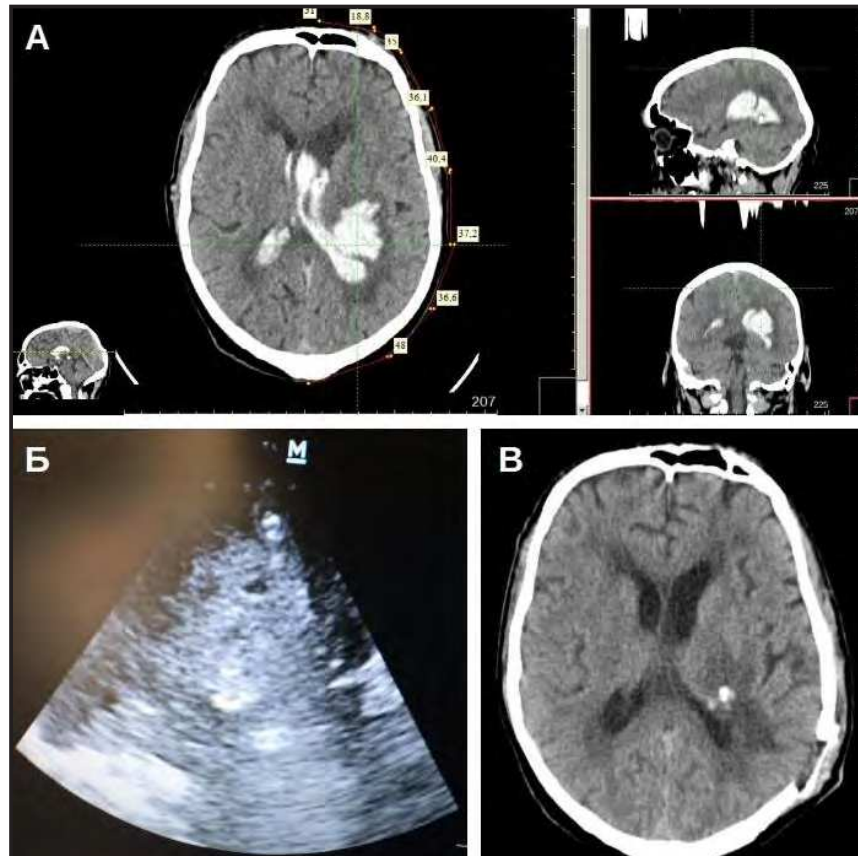


Рис. 3. Пациент Ф.,68. Пункционно-аспирационное удаление внутримозговой гематомы с применением ультразвуковой навигации. А - КТ до операции с разметкой проекции внутримозговой гематомы на свод черепа. Б - фотография с экрана УЗИ-аппарата после установки датчика на кору головного мозга. В - послеоперационная КТ на 5-е сутки: практически весь объём геморрагического субстрата удалён, дефект свода черепа закрыт пластиной из реперена.

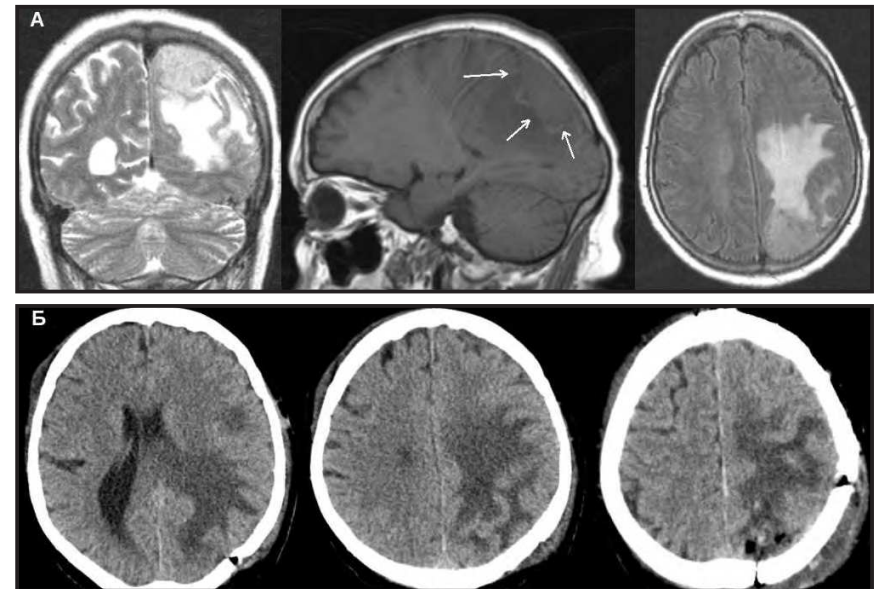


Рис. 4. Больная К.,76 л. А - МРТ в трёх проекциях в режимах T1,T2 до операции, визуализирована менигиома левой теменной доли головного мозга. Б - контрольная КТ головного мозга на 5-е сутки: состояние после краниотомии и удаления опухоли левой теменной доли головного мозга.

Зиганшин О.Р., Шеметова М.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИМУНОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ТЕРАПИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Кафедра дерматовенерологии ГБОУ ВПО Южно-Уральский
государственный медицинский университет Минздрава России,
Медицинский центр «Ситимед» г. Челябинск, Россия

Зиганшин Олег Раисович – заведующий кафедрой дерматовенерологии ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, д.м.н, профессор.
Шеметова Мария Александровна – врач-дерматовенеролог.

Автор, ответственный за переписку: Шеметова М.А.

E-mail: milaya.mma@mail.ru

Тел. сот.: 8 908 585 33 77

Key words: genital herpes, laser radiation

Повышение эффективности терапии герпесвирусных инфекций гениталий, вызванных вирусом герпеса 1-2 типов – важная проблема современного здравоохранения. Исследователи в РФ и Европейское региональное бюро ВОЗ относят герпесвирусные инфекции к группе болезней, которые определяют будущее инфекционной патологии планеты [9]. Масштабы заболевания в сочетании с наносимым психологическим, физиологическим, экономическим уроном определяют важное медицинское и социальное значение терапии герпесвирусной инфекции [10]. По данным Centre for Disease Control (CDC) США, европейских стран, представленных в материалах Morbidity and Mortality Weekly Report, в мире вирусом ВПГ-1-2 типа инфицированы около 400 миллионов человек [9]. В Российской Федерации показатель заболеваемости генитальным герпесом в 2014 году составил 18,9 случаев на 100000 населения, продолжая увеличиваться ежеквартально, в среднем, на 2,4% ежеквартально [10]. Растущая частота данной патологии создает серьезную проблему для репродуктивного здоровья населения, может служить фактором риска по невынашиванию беременности, рождению детей с низкой и экстремально низкой массой тела, повышению смертности новорожденных. Этиологические особенности и иммунопатогенетические особенности герпесвирусных инфекций, вызванных ВПГ 1,2 приводят к частой хронизации процесса с неоднократными рецидивами [10]. Особое место в иммунопатогенезе генитального герпеса отводится нарушениям факторов врожденного и адаптивного иммунитета, взаимосвязанности протекания иммунных реакций, снижению функционально-метаболического статуса фагоцитирующих клеток, что побуждает исследователей к поиску адьювантных патогенетических подходов [6]. Ранее проведенные О.А. Гизингер с соавторами исследования по изучению особенностей иммунопатогенеза генитального герпеса и других инфекций, передающихся половым

Ключевые слова: генитальный герпес, лазерное излучение

компьютерного томографа, следовательно, в первую очередь необходимо развивать нейрохирургическую службу в области». [8]

Географические особенности России требуют применения разных организационных форм приближения специализированной нейрохирургической помощи к населению. В настоящее время имеется положительный опыт создания и успешной деятельности межрайонных нейрохирургических центров на базе районных стационаров в некоторых регионах [9,10].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Оснащение районных стационаров, на базе которых открыты травматологические и сосудистые центры, современным оборудованием, введение в штат нейрохирурга и когек нейрохирургического профиля позволяет приблизить специализированную помощь к пациенту.

2. В современных условиях нейрохирургическая помощь на уровне районной больницы успешно может оказываться не только при неотложной травматической патологии, но и при гипертензивных внутримозговых гематомах, а также возможно выполнение операций при плановой нейрохирургической патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1) Рекомендательный протокол по ведению больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами / В.В. Крылов, В. Г. Дашьян, А. Л. Парфенов, С. В. Ефременко и др. // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. – 2007. – №2. – С. 3-9.
- 2) Лебедев, В.В. Неотложная нейрохирургия: руководство для врачей / В.В. Лебедев, В.В. Крылов. – М.: Медицина, 2000. – 568 с.

3) Лебедев, В.В. Неотложная хирургия черепно-мозговой травмы / В.В. Лебедев, Н.В. Лебедев. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 528 с.

4) Пурас, Ю.В. Летальность у пострадавших с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой / Ю.В. Пурас, А.Э. Талыпов, В.В. Крылов // Нейрохирургия. – 2010. – №1. – С. 31-39.

5) Пурас, Ю.В. Факторы риска развития неблагоприятного исхода в хирургическом лечении острой черепно-мозговой травмы / Ю.В. Пурас, А.Э. Талыпов // Нейрохирургия. – 2013. – №2. – С. 8-16.

6) Смертность населения Санкт-Петербурга от нейрохирургической патологии / В.П. Берснев, И.В. Поляков, О.В. Могучая, Т.В. Козловская и др. // Нейрохирургия. – 1999. – №1. – С. 53-57.

7) Талыпов, А.Э. Возраст как фактор риска хирургического лечения черепно-мозговой травмы / А.Э. Талыпов, А.Г. Николаев, Ю.В. Пурас // Нейрохирургия. – 2012. – №1. – С. 24-31.

8) Качков, И.А. Эпидемиология тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмы и организация медицинской помощи пострадавшим в Московской области / И.А. Качков, Б.А. Кочережкин, В.С. Чмелев // Нейрохирургия. – 2007. – №4. – С. 56-59.

9) Шеховцева, К.В. Эпидемиология черепно-мозговой травмы и организация медицинской помощи пострадавшим в Ставропольском крае / К.В. Шеховцева, В.И. Шеховцев, Е.Н. Кондаков // Нейрохирургия. – 2006. – №3. – С. 59 – 63.

10) Организация оказания специализированной нейрохирургической помощи жителям сельских районов Саратовской области / В.Н. Колесов, В.В. Бабиченко, А.А. Чехонацкий, М.А. Дёрин и др. // Российский нейрохирургический журнал им. проф. А.Л. Поленова. – 2010. – №4. – С. 6 – 9.