

ОСЛОЖНЕННЫЕ ТРАВМЫ СРЕДНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Бердиев С.Х.,
Кулдашев Д.Р.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП,
Ташкентский Педиатрический медицинский институт

Актуальность. Шейный отдел позвоночника (ШОП) является одним из наиболее часто поражаемых отделов в структуре травм позвоночника, встречается в 2-5% случаев от числа закрытых травм. На долю травмы среднешейных позвонков (С3 – С7) приходится 75% случаев, и около 60% больных с повреждением ШОП имеют осложненную травму (1,2,3,6,9).

Повреждение спинного мозга при травме шейного отдела в 45-60% наблюдений сопровождается грубыми неврологическими расстройствами в виде тетраплегии, нарушений чувствительности и функции тазовых органов (5,7), чуть меньше по сравнению с грудным и поясничным отделами. Летальность при повреждении шейного отдела позвоночника, по данным различных авторов, составляет 15-50% случаев и зависит от уровня повреждения (4,8).

Высокая подвижность шейных позвонков, небольшие резервные пространства в позвоночном канале, возможность компрессии позвоночных артерий, богатая комбинация компримирующих факторов (костные фрагменты тел и дужек позвонков, разрушенные связки, грыжи дисков, остеофиты, унговертебральные разрастания), высокая частота множественных повреждений – определяют сложность диагностики и хирургического лечения. Все это совокупности с высокой распространенностью данной патологии обуславливают актуальность проблемы.

Цель исследования. Обоснование тактики хирургического лечения осложненной травмы среднешейного отдела позвоночника с применением современных методов стабилизации при повреждениях ШОП травматического генеза.

Материал и методы исследования. Проанализировано результаты лечения острой нестабильной осложненной травмы среднешейного отдела позвоночника, лечившихся в Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП за последние 5 лет (2001 – 2005 годы). В отделение поступили 144 пациентов с травмой среднешейного отдела позвоночника в возрасте от 16 до 64 лет. Из них 105 мужчин и 39 женщин. По видам повреждений пациенты распределялись следующим образом: переломы тел позвонков – 57 (39,6%), подвывихи позвонков с сохранением суставных пар – 15 (10,4%), скользящие подвывихи позвонков с переломом суставных отростков – 18 (12,5%), верховые подвывихи позвонков – 12 (8,3%), сцепившиеся вывихи позвонков – 19,4% случаев, травматический разрыв дисков с компрессией спинного мозга фрагментами диска – 14 (9,8%) случаев. По уровню повреждения пациенты разделены следующим образом: С3 – 14 (9,8%), С4 – 19 (13,2%), С5 – 52 (36,1%), С6 – 41 (28,4%), С7 – 18 (12,5%) случаев.

Результаты исследования. Из 144 больных в момент поступления был оперирован 131 пострадавших (91%), в отсроченном периоде (на 5-7 сутки после травмы) – 9 человек (6,3%), не оперированы на позвоночнике (осуществлено скелетное вытяжение за кости свода черепа) – 4 (2,7%). Открытое вправление вывихов позвонков потребовалось в 1 случае при скользящем подвывихе С5 позвонка (фрагмент нижнего суставного отростка С6 позвонка справа не позволял произвести вправление).

В настоящее время у нас успешно применяется следующая система лечения острой осложненной травмы шейного отдела позвоночника. При поступлении пациента сразу начинается терапия спинального шока, гормональная терапия. После рентгенодиагностики обязательно выполняется МРТ шеи с целью выявления компрессии спинного мозга. После стабилизации общего состояния проводится раннее оперативное лечение, направленное на декомпрессию спинного мозга, стабилизацию поврежденного сегмента позвоночника. С этой целью используются вентральные подходы к поврежденному сегменту и передняя докомпрессия спинного мозга с вентральным спондилодезом (передняя компрессия спинного мозга, по данным различных авторов встречается в 93 – 98 % случаев). Выбор именно передней декомпрессии обусловлен тем, что чаще страдают передние отделы спинного мозга, а задние отделы поражаются только при хлыстовом механизме повреждения, что бывает крайне редко. Если неврологических дефицит обусловлен не компрессией нервной ткани, а ушибом спинного мозга и клиникой спинального шока, то мы проводим скелетное вытяжение за кости свода черепа и осуществляем консервативную терапию до стабилизации состояния, а последующем проводим оперативное лечение, направленное на стабилизацию поврежденного сегмента позвоночника или внешнюю иммобилизацию. Вправление вывихов и подвывихов позвонков если попытки закрытого вправления не увенчаются успехом, то проводится открытое вправление вывиха и фиксация позвоночника.

Мы обратили внимание на то, что методика использования аутокости в качестве вентрального спондилодеза без дополнительной фиксации часто приводит к формированию неортозов и, как след-

ствие, к рецидивам вывихов и формирование кифозов на уровне повреждения с вторичной компрессией спинного мозга. При стабильных повреждениях среднешейного отдела позвоночника, разрывах дисков у молодых людей в качестве фиксатора – распорки мы использовали аутокость с титановой пластиной. Преимуществом данного метода является то, что не используется металлоимплантат, а аутокость со временем перестраивается. У пожилых людей при данных повреждениях мы использовали пористый NiTi, что позволяет не расширяться объем оперативного пособия и нет болезненного донорского места. При переломах тел позвонков и подвывихах позвонков с сохранением суставных пар мы используем оригинальный титановой эндофиксатор с аутокостью из гребня крыла подвздошной кости.

При нестабильных повреждениях среднешейного отдела позвоночника с повреждением заднего опорного комплекса в качестве стабилизации мы используем кейдж–пластины, преимуществом которых является то, что корончатый фиксатор дополнительно фиксируется к телам смежных позвонков с помощью шурупов. При множественных нестабильных повреждениях и в случаях резекции тел позвонков используем различные вентральные пластины с аутокостью.

Следует отметить, что само оперативное вмешательство непродолжительное по времени, с минимальной кровопотерей, хорошо переносится больными. На следующий день после операции больные активизируются, иммобилизация производится в зависимости от вида повреждения и тяжести состояния пациента гипсовой кранио-торакальной повязкой или воротником. Через 8-12 дней больные выписываются на амбулаторное лечение или переводится в реабилитационный центр. Через 2-3 месяца производится контрольное обследование, смена жесткой иммобилизации на мягкий воротник Шанца. Через 4 месяца после операции иммобилизация прекращалась. Больные проходили курсы восстановительного лечения в реабилитационных спинальных центрах или амбулаторно, в зависимости от степени неврологического дефицита. У всех больных, прошедших полный цикл лечения, в сроки от 4 до 6 месяцев сформировался полноценный костный блок, подтвержденный рентгенологическими исследованиями.

Таким образом, принятая в нашем отделении система лечения острой осложненной травмы среднешейного отдела позвоночника позволяет:

провести полноценную декомпрессию спинного мозга, что создает предпосылки для восстановления кровообращения, быстрого купирования спинального шока, профилактики развития восходящего отека спинного мозга и миелопатии;

в кратчайшие сроки восстановить нарушенные соотношения костных структур в шейном отделе позвоночника;

стабильно фиксировать поврежденные сегменты, что позволяет избежать рецидивов дислокаций и повторных оперативных вмешательств;

в максимально ранние сроки мобилизовать больных, сократить сроки пребывания их в стационаре; сократить сроки внешней иммобилизации время лечения и период реабилитации;

при грубых необратимых повреждениях спинного мозга в ранние сроки активизировать больных, тем самым предупредив возникновение осложнений, связанных с гиподинамией и вынужденным положением.

Выводы

1. Оперативного вмешательства требуют практически все пациенты с осложненной травмой шейного отдела позвоночника с повреждением как позвонков, так и спинного мозга и его корешков.

2. Значительная часть больных с осложненной травмой позвоночника нуждается либо в декомпрессии нервных структур, либо в стабилизации поврежденного сегмента и восстановлении оси позвоночника.

3. Профилактика тактических ошибок при лечении больных с осложненной травмы среднешейного отдела позвоночника должна включать комплексный дифференцированный подход и мероприятия, направленные на декомпрессию спинного мозга, восстановление оси позвоночника и стабилизацию поврежденного сегмента, а также комплексное реабилитационное лечение.

Использованная литература:

1. Алиев М.А., Крючков В.В. //Материалы 3-го съезда нейрохирургов Российской федерации, Спб, 2002, с.183.
2. Бублик Л.А., Карих Р.И., Мироненко И.В. //Материалы 3-го съезда нейрохирургов Российской федерации, Спб, 2002, С.189.
3. Бумай А.О., Верховская А.И. К выбору хирургической тактики при сочетанных повреждениях шейного отдела позвоночника и спинного мозга //Полневские чтения. Тезисы докладов конференции, Спб, 2006, С.69-70.
4. Валеева К.Г., Сафин Ш.М. //Тезисы доклада 1-го съезда нейрохирургов РФ, Екатеринбург, 1995, С.131.

5. Качесов В.А. Травма позвоночника и спинного мозга. СПб: ЭЛБИ СПб, 2005, -128с.
6. Перфильев С.В. К вопросу о восстановлении опороспособности в позвонках //Материалы IV–научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы нейрохирургии», Ташкент, 2010, С. 137.
7. Сабуренко Ю.Ф., Кариев М.Х. К вопросу тактики лечения пояснично – спинномозговой травмы при травматическом шоке //Хирургия Узбекистана, Ташкент, 2003, №3, С. 123-124.
8. Шашкин Ч.С., Галицкий Ф.А. Ашқулаков С.К. Судебно-медицинская диагностика шейно-затылочной травмы и оценка её вреда здоровью // Клиническая медицина Казахстана, Астана, 2006, №2, С. 250-252.
9. Ширинов Ж.Н. Дифференцированный подход к хирургическому лечению при неосложненных переломах позвоночника //Республиканская научно-практическая конференция травматологов-ортопедов Узбекистана, Хива, 2010, С.98.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ И НЕСЛОЖНЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Бердиев С.Х.,
Хикматуллаев Р.З.,
Кулдашев Д.Р.

Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сочетанная травма, количественный рост которой в полной мере проявился в последний десятилетия, является значимой социальной и медицинской проблемой, в основе которой лежит научно – технический прогресс, интенсивная урбанизация, неуклонное увеличение количества средств передвижения, появление все более сложных механизмов, нарастание числа суицидальных случаев вследствие изменений условий жизни (4,5,6,7,15,16).

Сочетанная травма не является простой комбинацией повреждений различных органов. Это особая категория повреждений, при которой патологический процесс протекает по своим законам, а клиническая картина имеет свои особенности. Летальность при сочетанной травме составляет 19,8 – 35% случаев, первое место занимают повреждения двух и более полостей (62,2%), второе – сочетание повреждения позвоночника и спинного мозга (53,3%), третье – сочетанная черепно – мозговая травма (32,9%). При этом на месте происшествия погибает до 50% пострадавших с сочетанной травмой. Причинами смерти являются кровотечения из-за повреждения крупных сосудов брюшной полости и грудной клетки, тяжелая черепно – мозговая травма, повреждений шейного отдела позвоночника и спинного мозга (1,2,3,8,9,17,18).

До сих пор ещё высок процент ошибок диагностики при сочетанных повреждениях позвоночника и спинного мозга (10,11,12,13,14). Недостаточно разработаны вопросы диагностики, тактики и методов хирургического лечения. В связи с этим изучения данного вопроса считается актуальной и своевременной.

Цель исследования. определение тактики и лечения при повреждениях позвоночника и спинного мозга у больных с сочетанной травмой.

Материалы и методы. Работа основана на анализе 86 наблюдений с осложненными и неосложненными повреждениями позвоночника, лечившихся в Кашкадарьинском филиале РНЦЭМП за последние 5 лет (2006-2010 годы). Возраст больных колебался от 11 до 65 лет, из них мужчин было 69, женщин – 17. Среди пострадавших с дорожно – транспортными происшествиями (ДТП) – 32, бытовая травма – 27, травмированные при нырянии на мелководье – 9, производственная травма – 4 и другие причины травмы составляли 9 больных. Из этих около 35% случаев пациенты находились в состоянии алкогольного опьянения.

Диагностический алгоритм включал общий и неврологический осмотры, УЗИ брюшной и плевральной полостей, рентгенографию черепа, таза, ребер, поврежденных конечностей, всех отделов позвоночника и КТ позвоночника. Реанимационным больным проводили мониторинг АД, ЧСС, ЭКГ, гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов крови, общего белка крови, креатинина и мочевины.

Переломы двух и более смежных позвонков диагностированы у 26 пациентов, многоуровневые повреждения позвонков (переломы несмежных позвонков или на разных уровнях) – у 21 больных. Повреждения спинного мозга выявлены у 19 пострадавших.

Результаты исследования. Хирургическую тактику у больных с осложненной травмой определяли после оценки общего состояния, характера повреждений. Показаниями к экстренной операции являлись наличие компрессии спинного мозга и его корешков, нарастание неврологической симптоматики и нестабильный перелом позвоночника. Явления нестабильного перелома без неврологических расстройств позволяли производить операции после полной стабилизации состояния больного.

Тактику лечения и объём операции на позвоночнике определяли с учетом сочетанной патологии