

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

(повреждение органов грудной и брюшной полостей, переломы костей, развитие шока). Очередность и экстренность операций определяли с учетом угрозы для жизни той или иной травмы (первая очередь), угрозы потери функции органа или системы органов (вторая очередь), в третью очередь выполняли операции, задержка которых существенно не влияла на исход лечения.

В первую очередь проводили операции по поводу внутриполостного кровотечения (повреждения селезенки, печени, сосудов брюшной и плевральной полостей, внутричерепная гематома, продолжающееся кровотечение из поврежденного легкого). Во вторую очередь – операции на позвоночнике и спинном мозге, остеосинтез бедренной кости, костей таза и голени. Операция на костях скелета, эндоскопическое дренирование свернувшегося гемоторакса осуществляли в плановом порядке третьим этапом.

Одномоментная операция на позвоночнике и костях скелета была выполнена у 13 больных, вторым этапом – у 24 больных. Всегда стремились к наиболее раннему остеосинтезу при переломах трубчатых костей для получения возможности максимально ранней активизации больных и ранней профилактики осложнений.

Противопоказанием к операции на позвоночнике было крайне тяжелое состояние больного: шок, нестабильность гемодинамики, кома, множественные повреждения ребер с гемопневмотораксом, явлениями дыхательной недостаточности и др.

Противопоказанием к операции на позвоночнике и спинном мозге в промежуточном периоде были гнойно-септические осложнения и поли-органная недостаточность.

Хирургическая тактика при повреждении шейного отдела позвоночника (уровень  $C_3 - C_7$ ) заключалась в следующем: выполняли переднюю декомпрессию, репозицию, комбинированный спондилодез аутокостью и титановой пластиной. При повреждении более двух тел позвонков, наличии задней компрессии, при значительных повреждениях задних структур проводили одномоментную, если позволяло состояние больного, переднюю декомпрессию, комбинированный спондилодез аутокостью и титановой пластиной, заднюю декомпрессию и фиксацию стяжкой. При тяжелом состоянии пациента заднюю декомпрессию и фиксацию выполняли после улучшения состояния.

При повреждениях верхнешейного отдела позвоночника ( $C_1 - C_2$ ) в зависимости от характера повреждения позвонков производили, если позволяло состояние больного, полный объем операции – репозицию и стабилизацию в галоаппарате в сочетании с задним спондилодезом и внешней фиксацией стяжками и цервикокраниальную фиксацию. При тяжелом состоянии больного ограничивались галофиксацией, а после стабилизации состояния проводили полный объем операции.

При неосложненных нестабильных повреждениях грудного и поясничного отделов позвоночника (повреждения передних структур) выполняли передне – боковой декомпрессии позвоночного канала с последующим спондилодезом аутокостью. При тяжелом состоянии операция отлагается на 2 - 3 недели с последующим передним спондилодезом аутокостью и пластиной.

При осложненном стабильном переломе грудного и поясничного отделов позвоночника производили ламинэктомию, декомпрессию, ревизию спинного мозга и заднюю транспедикулярную фиксацию.

При осложненных нестабильных переломах позвоночника делали ламинэктомию, декомпрессию, реклинацию, ревизию спинного мозга, транспедикулярную фиксацию. Если позволяло состояние больного, одномоментно выполняли передний спондилодез, если не позволяло – через 2 – 3 недели.

Оценку состояния на момент выписки из стационара проводили по шкале Карновского. Средний балл во всей группе составил 56, а у оперированных и выписанных больных – 72. В неврологическом статусе улучшение (переход в группу с менее выраженным неврологическим дефицитом) отмечено у 54% больных с осложненной травмой позвоночника.

Общая летальность в группе больных с сочетанной позвоночно – спинномозговой травмой составила около 22% случаев и была обусловлена шоком и тяжелыми экстравертебральными повреждениями: травмой грудной клетки с ушибом легкого, сердца, переломами костей таза, бедра, тяжелой черепно – мозговой травмой и присоединяющимся гнойно – септическими осложнениями. Послеоперационная летальность составляла около 14 процентов. Наибольшая летальность отмечена у пациентов с сочетанием позвоночно – спинномозговой травмы и травмы грудной клетки с повреждением ребер и легких (16 больных), а также у пациентов оперированных на вторые – третьи сутки с момента травмы.

Таким образом, анализ результатов лечения пострадавших с сочетанной позвоночно – спинномозговой травмой показал, что хирургическая тактика определяется тяжестью сочетанных повреждений и состоянием больного как до операции, так и динамикой состояния во время хирургического вмешательства. Противопоказаниями к экстренной операции на позвоночнике и спинном мозге являются

шок, нестабильная гемодинамика, разрывы внутренних органов и черепно – мозговая травма. Выявлена прямая зависимость исходов хирургического лечения от тяжести сочетанной травмы. Максимальная летальность отмечена в группе пациентов оперированных на вторые – третьи сутки с момента травмы. Применение современных методов операции комбинированного спонделозекста аутокостью с титановой пластиной является одним из перспективным методом при лечении осложненных и неосложненных повреждениях, особенно, в шейных отделах позвоночника.

### Выводы

Хирургическая тактика лечения и объем операции на позвоночнике определяется с учетом сочетанной патологии (повреждение органов грудной и брюшной полостей, переломы костей, развитие шока).

Очередность и экстренность операций устанавливаются с учетом угрозы для жизни той или иной травмы.

При повреждениях шейного отдела позвоночника хирургическая тактика зависит от уровня и характера повреждений, а также повреждением спинного мозга.

### Использованная литература:

1. Абдухаликов А.К., Ташланов Ф.Н. Прогнозирование эффективности лечения неосложненных переломов тел грудного отдела позвоночника и их последствий //хирургия Узбекистана, Ташкент, 2005, №1, С. 3-4
2. Арзикулов Т.Н., Равуфов Х.А. Хирургическое лечение осложненной травмы шейного отдела позвоночника //Материалы IV научно-практической конференции Актуальные проблемы нейрохирургии, Ташкент, 2010, С.124
3. Ахмедов Ш.Ч., Саидов К.К., Марданов Ж.М. Современная диагностика и лечение позвоночно - спинно-мозговой травмы //Актуальные проблемы детской травматологии и нейрохирургии, Ташкент, 2007, С. 260-261
4. Бумай А.О., Верховская А.И. К выбору хирургической тактики при сочетанных повреждениях шейного отдела позвоночника и спинного мозга //Поленевские чтения. Тезисы докладов конференции. – СПб, 2006, С.69-70
5. Давлатов Б.Н. Лечение множественных и сочетанных травм позвоночника //Дисс.д.м.н., Андижан,2008.
6. Джуманов К.Н. Методы диагностики осложненных травм позвоночника //Материалы IV съезда травматологов-ортопедов Узбекистана, Ташкент, 2008, С.199-200
7. Джуманов К.Н. Вопросы реабилитации больных с осложненными травмами позвоночника // Материалы IV научно-практической конференции //Актуальные проблемы нейрохирургии, Ташкент, 2010, С.127-128
8. Крылов В., Гринь А. Травма позвоночника и спинного мозга: Конспект врача //Медицинская газета, М., 2004, №22, С.8-9.
9. Крылов В.В., Галанкина И.Е. Причины летальных исходов и ошибки в диагностики при повреждениях позвоночника и спинного мозга у больных с сочетанной травмой //Нейрохирургия, М., 2003, №3, С.17-21
10. Пардаев С.Н. Амбулаторное лечение неосложненных переломов тел позвонков в нижнегрудном и поясничном отделах //Мед.журнал Узбекистана, Ташкент, 1997, №8-10, С.167-169
11. Пардаев С.Н. Лечение компрессионных неосложненных переломов грудно-поясничного отдела позвоночника //Автореф.дисс.к.м.н., Ташкент,2000, -22с
12. Перфильев С.В. Анализ структуры и лечения больных с осложненными вывихами и переломами вывихами шейных позвонков //Журн.теоретической и клинической медицины, Ташкент, 2004, №2, С.66-68
13. Сабуренко Ю.Ф., Перфильев С.В., Голубян А.Х. Анализ результатов лечения осложненных повреждений шейного отдела позвоночника //Медицинский журнал Узбекистана, Ташкент, 1997, №4, С.37-38
14. Саидмуродов О.О., Сатторов А.Р. Эффективность межтелового спондилодеза при осложненном повреждении грудного и поясничного отдела позвоночника //Материалы VII съезда травматологов – ортопедов Узбекистана, Ташкент, 2008, С.257-258
15. Саппиев А.С., Мирзаев А.У., Жураев З.А. Сочетанные повреждения грудно-поясничного отдела позвоночника //Материалы VI – научно-практич.конференции. Актуальные проблемы нейрохирургии, Ташкент, 2010, С.138-139
16. Смоляр А.Н., Ткачев В.В. Сочетанные ранения шеи, груди, живота, черепа и позвоночника //Хирургия, М., 2005, №2, С.61-62
17. Солохин Е.В., Телова Т.С., Наумов М.Р. Морфологические изменения у лиц с травмой позвоночника умерших в стационаре //Журнал СМЭ, М., 2000, №3, С.17-19
18. Худайбердиев К.Т., Давлатов Б.Н., Ташланов Ф.Н. Особенности течения сочетанной и множественной травмы позвоночника при травматическом шоке //Журнал хирургия Узбекистана, Ташкент, 2003, №3, С.130-131