

УДК 616.711+616.832]-001-036.11-089

Д.В. Захаров, В.Э. Банашкевич, А.С. Елицкий

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток), Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: травма, спинной мозг, позвоночник, лечение.

За промышленный прогресс и экономический рост цивилизация расплачивается увеличением числа техногенных катастроф, автомобильных аварий, бытового и производственного травматизма, приводящих к росту тяжелой скелетной травмы. Согласно данным отечественной и зарубежной литературы удельный вес повреждения позвоночника в общей структуре повреждений скелета составляет от 2 до 17,7%. При этом повреждения спинного мозга и его корешков в данной группе пострадавших встречаются примерно в 20% случаев. Высоки и летальность среди этих больных, доходящая до 34,4%, и инвалидизация, достигающая 89,9% [3, 6].

За двадцать лет работы ургентной нейрохирургической службы Городской клинической больницы № 2 г. Владивостока накоплен богатый опыт обследования, оперативного лечения, введения и реабилитации больных с повреждением позвоночника и спинного мозга. С учетом рекомендаций ведущих нейрохирургических и вертебрологических центров, а также собственного практического опыта нами разработана схема лечения больных с повреждениями позвоночника и спинного мозга.

С 1997 по 2002 г. под нашим наблюдением находились 187 пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой в возрасте от 17 до 70 лет (в среднем— 36,7 года), из них мужчин было 153 (81,81%), женщин— 34 (18,19%). Травма шейного отдела позвоночника встретилась в 29,5%, грудного отдела— в 31% и груднопоясничного отдела— в 39,5% случаев.

Большинство больных поступили в экстренном порядке в первые 6-12 часов от момента травмы с резкой сочетанностью и выраженностью неврологического дефицита. Клинические исследования начинались с оценки витальных функций, соматического статуса и сочетанных повреждений. Осмотр пострадавшего осуществлялся совместно с хирургом, травматологом, терапевтом, урологом, реаниматологом. На начальном этапе всем поступившим производилась оценка неврологического статуса, и они распределялись по группам согласно классификации спинномозговой травмы Asia/Amsor. Выполнялись спондилограммы в двух проекциях в положении лежа. Оценивался общий характер повреждения позвонков,

делалась люмбальная пункция с проведением ликвородинамических проб, дополняемых миелографией (омнипак 240). В ряде случаев проводились компьютерная томография позвоночника с трехмерной реконструкцией и магнитно-резонансная томография, которая давала представление о состоянии спинного мозга, его корешков и состоянии ликворных путей (чаще последний метод применялся для подтверждения травматической грыжи диска в шейном отделе позвоночника).

На основании результатов комплексной оценки определялась возможность и объем предполагаемого вмешательства. Следует подчеркнуть, что в случае острой травмы специализированную помощь можно начинать только после стабилизации витальных функций, а в случае сочетанных повреждений вопрос об ургентной операции может быть решен только коллегиально. В своей работе мы старались придерживаться следующих известных положений:

1. Декомпрессия спинного мозга при острой позвоночно-спинномозговой травме должна быть выполнена в первые 6-12 часов, удлинение сроков ухудшает исход лечения [1, 7].

2. Обследование больного должно быть комплексным, не растянутым во времени и отвечать на следующие вопросы [5]:

- a) является повреждение стабильным или нет?*
- b) что служит субстратом, компремирующим спинной мозг и его корешки?*
- в) каково состояние вещества спинного мозга?*
- г) какой вид оперативного вмешательства будет наиболее оптимальным?*
- д) каков прогноз восстановления функций спинного мозга?*

3. Операция на позвоночнике и спинном мозге должна быть выполнена единожды и в полном объеме, т.е. отвечать требованиям нейрохирургии (полная декомпрессия спинного мозга и его корешков, восстановление ликвороциркуляции) и ортопедии позвоночника (стабилизация, коррекция посттравматического кифоза, восстановление оси позвоночника). Любое последующее оперативное вмешательство ухудшает исход лечения [4].

4. Хорошая ортопедия и декомпрессия позволяют начать реабилитацию в максимально ранние сроки, что является одним из важных составляющих успеха [2].

Согласно описанным принципам выполнены операции у всех 187 пациентов. Наложение скелетного вытяжения осуществлено 39 больным с последующей наружной фиксацией торакокраниальной повязкой или задней декомпрессией и открытым вправлением вывиха с последующим спондилодезом проволокой с применением протакрила, скоб с памятью формы из никелида титана. Семи больным выполнена дискэктомия имплантом из никелида титана, двум пациентам с травматическим вывихом С₂ позвонка сделан окцепитоспондилодез (в одном случае проволокой, в другом — специальной конструкцией из никелида

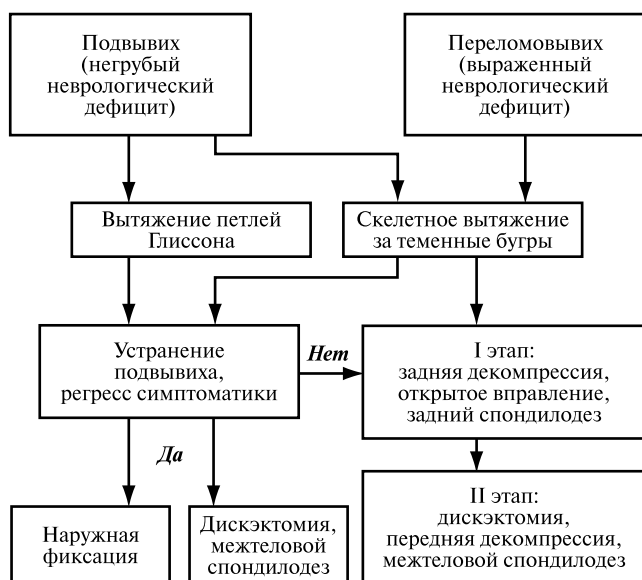


Рис. 1. Тактика лечения больных с изолированными вывихами и подвывихами в шейном отделе позвоночника.

титана). Одной пациентке с трансдентальным вывихом C_1 кпереди произведен комбинированный атланта-аксилярный междужковый спондилодез аутокостью из гребня подвздошной кости и проволокой. Корпорэктомия и опорный спондилодез применялись при травме шейного отдела в 3 случаях (рис. 1).

При травме грудного и поясничного отделов позвоночника выполнено 70 декомпрессивных ламинэктомий с ревизией спинного мозга и его корешков и пластикой твердой мозговой оболочкой с последующим задним спондилодезом (пластинами Коплана в большинстве случаев; реже – стержнями Дулаева; скобами Цивьяна, Ходова). При стабильных переломах использовались скобы с памятью формы из никелида титана. Совместно с травматологами при переломовывихе в грудном отделе производилась открытая реклиная с последующей транспедикулярной фиксацией (рис. 2).

Оценка динамики неврологических расстройств среди оперированных больных показала частичный, реже полный регресс неврологической симптоматики (хороший результат) у 116 пациентов (62,1%). Летальный исход зарегистрирован в 32 случаях (17,11%). Высокий процент летальности объяснялся включением в анализируемую группу пациентов с тяжелой сочетанной травмой, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии. В 39 наблюдениях (20,8%) достигнут удовлетворительный результат: незначительный регресс неврологической симптоматики, расширение двигательной активности, восстановление опорной функции позвоночника.

Таким образом, разработанная тактика хотя и не является универсальной, позволяет в условиях ургентной нейрохирургической службы значительно улучшить результаты лечения пациентов с осложненной травмой позвоночника.



Рис. 2. Тактика лечения больных с повреждением грудного и поясничного отделов позвоночника.

Литература

1. Берснев В.П., Давыдов Е.А. Хирургия позвоночника и спинного мозга и периферических нервов. – СПб.: Специальная литература, 2001.
2. Гэлли Р.Л., Спайт Д.У., Симон Р.Р. Неотложная ортопедия: Позвоночник/ Пер. с англ. – М.: Медицина, 1995
3. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Нейротравматология. – М.: Медицина, 1994.
4. Лившиц А.В. Хирургия спинного мозга. – М.: Медицина, 1990.
5. Полищук Н.Е., Корж Н.А., Фищенко В.Я. Повреждения позвоночника и спинного мозга. – Киев: Книга плюс, 2001.
6. Фомичев Н.Г. Рабинович С.С., Рамих Э.А. и др.// Материалы международной конференции «Медицина катастроф»: Тез. докл. – М., 1990. – С. 231.
7. Шевелев И.Н., Яриков Д.Я., Басков А.В.// Вопросы нейрохирургии. – 1997. – № 4. – С. 19-22.

Поступила в редакцию 23.06.03.

SURGICAL TREATMENT OF ACUTE VERTEBRAL AND CEREBROSPINAL TRAUMA

D.V. Zakharov, V.E. Banashkevich, A.S. Elitskyi

Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok), Vladivostok State Medical University

Summary – In this article the authors offer a policy of examination and treatment of patients with complicated spinal column trauma in the circumstances of time-urgent neurosurgical department. The practical use of the suggested approach in Municipal clinical hospital No. 2 of Vladivostok in 187 cases allowed improving considerably the treatment results of this serious category of patients. A wide range of spinal column operative interventions had been used, and by the treatment outcomes, satisfactory and good results were attained as to 155 persons.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 3, p. 45-46.