

ОСОБЛИВОСТІ ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ХРЕБТА У ХВОРИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

*В.М.Шимон, В.І.Русин,
О.О.Болдіжар, М.М.Василинець, І.І.Пушкаш*

Державний вищий навчальний заклад
«Ужгородський національний університет»
Ужгород, Україна

У роботі наведені дані аналізу лікування пошкоджень хребта у 229 хворих з політравмою, дана характеристика пошкоджень по сегментах хребта, їх тяжкість. Наведені показання до малоінвазивного хірургічного та консервативного лікування пацієнтів з пошкодженнями хребта, інших органів та опорно-рухового апарату. Виходячи з даних аналізу проведеного лікування, відмічаємо, що до проведення хірургічного лікування мають бути точні показання. Воно повинно в себе включати декомпресію елементів спинного мозку та сегментарну транспедикулярну фіксацію сегмента пошкодженого тіла хребця. Доведено, що тільки в перші 6-8 годин проведене хірургічне лікування при ускладнених переломах хребта дає надію на покращення стану хворого та на деякі відновні функції спинного мозку.

Ключові слова: політравма, хребет, пошкодження, малоінвазивні методи.

Вступ

Характерною рисою травми останніх років є її тяжкий поєднаний характер з помірним збільшенням питомої ваги ушкоджень хребта, органів черевної порожнини, печінки, селезінки, травми голови і таза, з пошкодженням сечового міхура. Хребет — це анатомічно складний сегмент, пошкодження якого призводить до тяжких порушень, особливо при ураженні інших органів і систем. У цих випадках проходить не підрахунок клінічних симптомів окремих

пошкоджень, а враховуються всі, і це в свою чергу викликає труднощі в діагностиці і лікувальній тактиці.

Останнім часом збільшується ріст поєднаних пошкоджень хребта з іншими пошкодженнями. На нашу думку, це обумовлено, в першу чергу, значним зростанням кількості автотранспорту, якістю доріг. Це призводить до того, що біля 70% осіб з політравмою є учасниками ДШП.

Розв'язанням питання організації допомоги травмованим, актуального для ортопедо-травматологічної та хірургічної служби, є розробка діагностичних критеріїв і обумовлення якісних методів лікування.

Матеріали та методи дослідження

Матеріалом був аналіз 229 історій хвороби пацієнтів з пошкодженнями хребта, інших систем та органів черевної порожнини, які лікувалися на базі клініки хірургії та ортопедії медичного факультету за період 2006-2010 рр.

Хворі були розділені на групи за типом пошкоджень: сегменти пошкодження хребта, органів черевної порожнини, опорно-рухового апарату та ЧМТ (табл. 1).

У 145 травмованих при надходженні в клініку відмічався травматичний шок різного ступеня, тому допомога потерпілим надавалася включаючи реанімаційні заходи. Їм проводилося діагностичне обстеження, тяжкість обстеження обумовлював недостатній збір анамнезу, оскільки 38 хворих були без свідомості. При цьому всі діагностичні маніпуляції проводилися за принципом виключення.

Проведення інструментальних методів рентгенографії, комп'ютерної томографії, цистоскопії, лапароцентезу виконувалося на фоні реанімаційних заходів та інтенсивної терапії.

Дані, отримані при обстеженні хворих, були достатні для вирішення першочергових завдань для лікування травмованих. Після виведення хворих з критичного стану при необхідності для уточнення діагнозу і ступеня пошкодження окремих систем та органів проводилася комп'ютерна томографія. Дані комп'ютерної томографії допомогли зняти підозру в пошкодженні черепа у 39% хворих та спинного мозку у 42%.

У даний період можливості проведення реанімаційних заходів дуже великі, що дозволяє одночасно виконувати хірургічні втручання на різних системах і органах, у тому числі і на хребті.

Відмічаємо, що в ургентному порядку спочатку повинно виконуватися припинення кровотечі, втручання при пошкодженні порожнистих органів і тільки після цього можливе виконання втручань на

травмованому хребті. При пошкодженні корінців спинного мозку необхідні декомпресія нервових структур і стабілізація пошкодженого сегмента. Стабілізація пошкодженого сегмента була як протишоковою мірою, так і покращувала догляд за хворими за рахунок більш швидкої його мобілізації.

За нашими даними, у 136 хворих хірургічне втручання на хребті було проведено в перші години травми (6-8 годин), у 65 — відстрочено, у 28 хворих було проведено консервативне ортопедичне лікування.

Результати дослідження та їх обговорення

У 50 травмованих з пошкодженням шийного відділу хребта відмічалися переломи-зwichи, 28 з них в ургентному порядку проведено одномоментне закрите вправлення по Ріше-Гютеру, а 21 хворому — хірургічне втручання (декомпресія та стабілізація гідроксилапатитною керамікою і металевою пластиною).

Таблиця 1

Розподіл хворих за видами ушкодження

| Супутні пошкодження | Відділи хребта | | |
|--------------------------------|----------------|------------------|---------------------|
| | Шийний (65) | Грудний (109) | Поперековий (55) |
| Пошкодження таза | 6 | 2 | 16 |
| Пошкодження нирок | 7 | 17 | 3 |
| Пошкодження сечового міхура | 17 | 15 | 6 |
| Пошкодження нижніх кінцівок | 15 | 39 | 4 |
| ЧМТ | 16 | 21 | 11 |
| Пошкодження печінки, селезінки | 4 | 15 | 15 |

Вправлення звихів у дуговідросчастих суглобах проводилося під загальним знеболенням за відомою методикою Ріше-Гютера з фіксацією гіпсовим корсетом або в Гало-апараті. Вправлення було досягнуто в 21 випадку. У 4 пацієнтів вправлення не вдалося і було проведено хірургічне втручання з переднього доступу.

В одного хворого із-за недостатнього знеболення зчеплений двосторонній звих був переведений в односторонній верхній, який надалі за допомогою Гало-апарата вдалося вправити.

У 3 травмованих на 3 день відбулося повторне зміщення з наростанням симптоматики компресії спинного мозку, тому постала необхідність відкритого вправлення і передньої декомпресії та стабілізації біокерамікою і пластиною за тіла хребців.

21 пацієнту з чіткою картиною пошкодження спинного мозку проводилося хірургічне втручання: у перші 6 годин — 9 хворим, впродовж 24 годин — 8, 4 хворим хірургічне втручання було проведене через 5 днів. При пошкодженні шийного відділу хребта у хворих були виявлені пошкодження нирок, органів черевної порожнини, ЧМТ, пошкодження печінки, селезінки та кінцівок (табл. 1).

2 травмованим через тяжкість стану консервативне лікування ефекту не давало, а проведення хірургічного лікування було неможливе, на 6-7 день стан хворих погіршився і настала зупинка серця. При патологоанатомічному дослідженні був виявлений анатомічний розрив спинного мозку і субкапсулярний розрив селезінки.

Пошкодження грудного відділу хребта було у 109 пацієнтів, за локалізацією в основному в нижніх відділах.

Лікування переломів залежало від стану хворих. У 87% хворих лікування проводилося в ургентному порядку з декомпресією і стабілізацією сегментарними пластинами, у 13% — було консервативне.

Консервативне лікування було проведено тим хворим, які відмовилися від хірургічного лікування по релігійним мотивам, — 8 хворих. Також лікування проводилося на реклінуючому гамачку, а в подальшому накладався гіпсовий корсет. Неефективне лікування було у 7 хворих: на контрольному огляді відмічалось зростання кіфотичної деформації на 17 градусів.

Пошкодження поперекового відділу хребта відмічалось у 70 хворих. За локалізацією пацієнти були розділені в залежності від пошкодженого сегмента: рівень L1-L3 — 51 травмований, L4 — 18 хворих.

Методом вибору лікування переломів тіл поперекових хребців був хірургічний та малоінвазивний метод. Малоінвазивний метод застосовувався при неускладнених переломах та при компресії корінців спинного мозку. При наявності неврологічної симптоматики проводилася декомпресія елементів спинного мозку і стабілізація передніх відділів гідроксилапатитною керамікою і задньою сегментарною транспедикулярною фіксацією. 18 хворим з ушкодженнями таза проводилось малоінвазивне лікування.

Особливу увагу звертаємо на лікування проникних переломів тіл хребців, бо неефективне консервативне їх лікування надалі призводить до тяжких ускладнень. Лікування проникних переломів тільки хірургічне. Можливе виконання малоінвазивної методики — остеопластики кістковими цементами шляхом закритого транспедикулярного доступу.

У ранньому періоді важко прогнозувати стан хворих і ступінь відновлення втрачених функцій. Про ефективність лікування цієї ка-

тегорії хворих можливо судити тільки по летальним випадкам, які склали 7,3%. Основною причиною летальних випадків був травматичний шок, тяжка черепно-мозкова травма, пошкодження спинного мозку та недіагностовані субкапсулярні розриви селезінки.

Висновки

Виходячи з аналізу лікування хворих з політравмою, необхідно, по-перше, знешкодження пошкоджених судин, селезінки, нирки, у другому етапі — хірургічне втручання на хребті.

Хірургічне лікування при політравмі має бути спрямовано на збереження життя потерпілого і проведено в найкоротший час. Хірургічне втручання на хребті має включати декомпресію, стабілізацію хребта і ранню активізацію хворих. Особливо це необхідно при ускладненій травмі.

Хірургічне лікування пошкоджень хребта з неврологічною симптоматикою є ефективним у ранньому періоді і повинно виконуватись за точними показаннями, якщо немає пошкоджень, які загрожують життю хворих. Малоінвазивні хірургічні методи, які були нами застосовані, правомочні у хворих з політравмою як менш шокогенні.

Тільки патогенетично обґрунтоване хірургічне лікування хворих з політравмою знижує показники летальності та інвалідизації серед таких пацієнтів.

Література

1. Анкин Н.Л. Оперативное лечение переломов длинных костей у больных с политравмой / Н.Л.Анкин // Клінічна хірургія. — 1998. — №7. — С. 41-44.
2. Бондаренко В.А. К вопросу об организации хирургии политравмы в Украине / В.А.Бондаренко // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1996. — №3. — С. 63-67.
3. Соколов В.А. Особенности дагностики и лечения переломов позвоночника у пострадавших с политравмой / В.А.Соколов, В.А.Щеткин // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1997. — №9. — С. 10-15.
4. Молчанов И.В. Високочастотная искусственная вентиляция легких, острая дыхательная недостаточность / Под ред. В.Д.Малышева. — М.: Медицина, 1998. — С.49-62.
5. Шалимов А.А. Концептуальные аспекты оказания неотложной помощи пострадавшим с травмой / А.А.Шалимов, Г.В.Гайко, Г.Г.Рошин [и др.] // Клінічна хірургія. — 1998. — №7. — С. 44-45.
6. Шимон В.М. Лікування пошкоджень хребта у хворих з політравмою / В.М.Шимон, Ю.Г.Літовченко, Ю.Ю.Яцина / Проблеми військової охорони здоров'я. — 2002. — Вип.. 11. — С. 278-283.

7. Шимон В.М. Малоінвазивні методи лікування пошкоджень хребта у хворих з політравмою / В.М.Шимон, С.О.Бойко, М.В.Шимон, І.І.Блинда // Травма. — 2004. — №2. — С. 167-170.
8. Шимон В.М. Лікування пошкоджень хребта у хворих з політравмою / В.М.Шимон, О.О.Болдіжар, М.В.Шимон // Biomedical and biosocial anthropology. — 2005. — №4. — С. 160-162.
9. Van Vaffa T.I. Injury scoring and trauma outcomes: Trauma, Fourth edition / T.I.Van Vaffa. — New York, 1999. — 300 p.

В.М.Шимон, В.І.Русин, А.А.Болдіжар, М.М.Василинець, І.І.Пушкаш. Особенности подхода к лечению поврежденных позвоночника у больных с политравмой. Ужгород, Украина.

Ключевые слова: политравма, позвоночник, повреждения, малоинвазивные методы.

В работе приведены данные анализа лечения повреждений позвоночника у 229 больных с политравмой. Дана характеристика повреждений по сегментам позвоночника, их тяжесть. Приведены показания к малоинвазивному хирургическому и консервативному лечению пациентов с повреждениями позвоночника и опорно-двигательного аппарата. Отмечено, что к проведению малоинвазивного хирургического лечения должны быть строгие показания. Проведенное лечение должно включать в себя декомпрессию элементов спинного мозга и сегментарную транспедикулярную фиксацию сегмента поврежденного тела позвоночника. Доказано, что только в первые 6-8 часов проведенное хирургическое лечение при осложненных переломах позвоночника дает надежду на улучшение состояния больного и на некоторые восстановительные функции спинного мозга.

V.M.Shimon, V.I.Rusin, A.A.Boldigar, M.M.Vasilinets, I.I.Pushkash. Mini-invasive treatment of spine injuries in patients with polytrauma. Uzhgorod, Ukraine.

Key words: mini-invasive, polytrauma, spine injures.

In the article the data of the analysis of treatment of spine injuries in 229 patients with polytrauma are presented. The characteristics of the injuries according to the spinal segments, the degree of complication are given. The indications towards surgical treatment and conservative treatment of patients with spinal injuries are presented. Based on the analysis of the results of the management carried out we state that severe indications should be available as to surgical treatment of patients. Early surgical management should include decompression of the segment.