

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ГОСТРІЙ ТРАВМІ ХРЕБТА ТА СПИННОГО МОЗКУ

В.А.Якупов, М.О.Козлюк, Ю.Г.Гафійчук

**Міністерство оборони України,
Військово-медичний клінічний центр Південного регіону
Одеса, Україна**

Вступ

Хребетно-спинномозкова травма відноситься до категорії тяжких травм та характеризується тривалим терміном лікування з високою інвалідизацією постраждалих при ускладненій травмі [1]. Серед хворих з переломами хребта найбільшу кількість складають хворі з пошкодженнями грудо-поперекового відділу хребта (Th11-L2). Основним принципом хірургічного лікування при гострій травмі хребта та спинного мозку є: проведення невідкладного оперативного лікування, спрямованого на усунення компресії спинного мозку і його корінців, та стабілізація пошкодженого хребцевого сегмента [2, 3, 4].

Матеріали та методи дослідження

Протягом 6 років (2005-2011) під нашим наглядом у нейрохірургічному відділенні Військово-медичного центру Південного регіону знаходилось 80 хворих з хребетно-спинномозковою травмою віком від 20 до 50 років. Травма шийного відділу хребта і спинного мозку була у 36 хворих, грудного — у 25 та поперекового — у 19. Найчастіше зустрічалась травма нижнього грудного та верхнього поперекового відділу хребта: сегменти Th10 — L3 47 (58,7%).

Для визначення ступеня пошкодження хребта та спинного мозку проводилось клініко-неврологічне обстеження, спондилографія, люмбальна пункція з вимірюванням лікворного тиску та виконанням ліквородинамічних проб, КТ та МРТ.

Оцінку функціонального стану проводили за Franke:

1 група А — хворі з анестезією та плегією нижче рівня травми;

2 група В — хворі з неповним порушенням чутливості нижче рівня травми, рухи відсутні;

3 група С — хворі з неповним порушенням чутливості нижче рівня травми, є рухи, але недостатні для ходіння;

4 група Д — хворі з неповним порушенням чутливості нижче рівня травми, є рухи, сила м'язів достатня для ходіння зі сторонньою допомогою;

5 група Е — хворі без чутливих та рухових порушень нижче рівня травми.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз історій хвороб і катамнестичні дані, а також дані літератури [6-8] дали можливість зробити висновки, що найбільш обґрунтованим (з урахуванням можливих показань та протипоказань при ускладненій травмі хребта та ступеня відновлення спинного мозку у віддалений період) є хірургічний метод лікування із наступним здійсненням комплексу заходів, спрямованих на декомпресію вмісту каналу хребта, стабілізацію рухових сегментів та усунення деформації хребта.

Операції проводили в ранній, проміжний та пізній періоди хребетно-спинномозкової травми.

При травмі шийного відділу хребта зразу ж проводили скелетне витягування за тім'яні бугри. Після стабілізації стану хворих оперували. Використовували передній доступ, який дозволяє після видалення суміжного диску пошкодженого сегмента провести відкрите вправлення та внутрішню передню фіксацію, а при необхідності проводили задню стабілізацію. Лямінектомію виконували при ознаках задньої компресії спинного мозку уламками задніх структур, а також при наявності в каналі гематоми та при переломовивихах у грудному та поперековому відділах з одномоментним вправленням вивиху та резекцією клину Урбана. Операцію закінчували задньою фіксацією.

При пошкодженнях грудного та поперекового відділу хребта виповнено 32 середні декомпресії з корпородезом. Для доступу до грудного відділу хребта проводили торакотомію справа з резекцією VI ребра для середньогрудних хребців з резекцією IX ребра для нижніх по Я.Л.Цивянову [5]. При передній декомпресії спинного моз-

ку в поперековому відділі хребта використовували передній та передньобоківий доступ зліва. Для доступу в поперековий та грудний відділи хребта вибирали позаочеревинний-трансторакальний або черезплевральний доступ з діафрагмотомією.

У 8 хворих проведено одночасно передній та задній спондилодез (на шийному — у 3, на грудному — у 2 та на поперековому відділі хребта — у 3). Одночасно передній та задній спондилодез дозволяє створити надійну стабілізацію пошкодженого сегмента хребта.

Для проведення переднього корпородезу на всіх рівнях перевагу надавали пористим титановим трубчастим трансплантатам фірми «Medtronic», рідше використовували пористу кераміку та ауто-трансплантати.

У післяопераційному періоді відмічались ускладнення: правосторонній осумкований плеврит (у 2 хворих), зміщення трансплантата, який потребував хірургічної корекції (в 1 хворого).

Консервативно лікували хворих, які знаходились у вкрай тяжкому стані у зв'язку з поєднаним пошкодженням (4) та хворих, які відмовились від оперативного лікування (5).

Основний критерій ефективності хірургічного лікування — збільшення об'єму активності в сегментах паретичних кінцівок. Регрес рухових порушень відмічається у 55-64% хворих, прооперованих у гострий період травми, особливо в перші 6-12 годин. Даний показник прогресивно знижувався в подальші періоди, досягаючи всього 17% спостереження після операцій, проведених у пізній період травматичної хвороби спинного мозку.

Летальних випадків було 4. Вони були обумовлені тяжкою хребетно-мозковою травмою з розвитком ускладнень: тромбоемболією — у 2 хворих та пневмонією і набряком м'яких тканин — у 2 хворих.

Висновок

Правильно обрана тактика постраждалому і максимально повна ліквідація стиснення спинного мозку в ранні терміни після травми, особливо перші 6-12 годин, та надійна внутрішня фіксація ушкодженого хребцевого сегмента дозволяє активізувати хворого, що дозволяє попередити розвиток тяжких ускладнень та забезпечує максимально можливий регрес неврологічних порушень.

Література

1. **Фадеев Г.И., Голобородько С.А.** Летальность при осложненных повреждениях позвоночника // Ортопедия и травматология. — 1983. — №7 — С. 24-25.
2. **Полищук Н.Е., Корж Н.А., Фищенко В.Я.** Повреждения позвоночника и спинного мозга. — Киев, 2001.
3. **Лебедев В.В., Быковников Л.Д.** Руководство по неотложной нейрохирургии. — М., 1987.
4. **Угрюмов Л.И., Бабыченко Е.И.** Закрытые повреждение позвоночника и спинного мозга. — Л., 1973.
5. **Цивьян Я.Л.** Повреждение позвоночника. — М.: Медицина, 1971. — 312 с.
6. **Abumi K., Ifoh H., Taneichi H., Kaneda K.** Trans-pedicular screw fixation in cases of the injury of the middle and lower section of the spinal column // J.Spinal Disord. (Unated States). — 1994. — Vol. 7 (1). — P. 19-28.
7. **Alho A.** Sergery treatment as a component of complex treatment of patients with injury of the thoracal and lumbar sections of the spinal column. Paraplegia (England). — 1994. — Vol. 32 (8). — P. 509-516.
8. **Boltze W.H.** Treatment strategy in cases of injury of the cervical section of the spinal column with tetraplegia // Neurosurg. Rev. (Germany). — 1994. — Vol. 17 (2). — P. 127-130.