

## ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ ГРУДНОГО И СМЕЖНЫХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

*М.М. Беков, В.А. Лобода, А.В. Верещако  
СПБМАПО Росздрава, Санкт-Петербург, Россия*

**Введение:** Повреждения позвоночника встречается достаточно часто. По данным разных авторов они занимают от 0,5 до 20% всех повреждений скелета. Переломы позвоночника относятся к разряду тяжелых травм. Тяжесть обуславливается грубыми повреждениями нервных структур, располагающихся в непосредственной близости к телам позвонков. Повреждения спинного мозга приводят к серьезным неврологическим проблемам, и примерно в 80% случаев заканчиваются параплегией (А.В. Басков, О. Н. Древаль с соавт. 2007). Инвалидность вследствие перенесенной позвоночно-спинномозговой травмы колеблется около 80%. Среди инвалидов 2/3 представляют лица работоспособного возраста (Гэлли Р.Л. с соавт., 1995; Рябуха Н.П. с соавт., 1995; Лобода В.А., 2000). Травма грудного отдела позвоночника является наименее распространенной среди травм других отделов позвоночника, всвязи с чем ей уделяется меньшее внимание.

Внедрение в практику нейрохирургических отделений вентральных спондилотомов особенно пористыми имплантатами в последние годы заметно улучшило результаты лечения пострадавших с позвоночно-спинномозговой травмой.

Несмотря на значительные успехи в лечение больных с травмой позвоночника и спинного мозга, проблема лечения данной категории пациентов остается актуальной. Вопросы о сроках, объеме, тактике очередности хирургического вмешательства до сих пор дискуссионны.

**Материалы и методы:** Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 40 больных с переломом позвоночника в грудном и смежных отделах в разные периоды травматической болезни спинного мозга, проводимом на базе Елизаветинской больницы СПб 2007 – 2009 гг. Всем больным проводилась спиральная КТ, и/или МРТ исследование. Степень компрессии дурального мешка проводился при помощи позитивной миелографии в предоперационном периоде. При поступлении в стационар все пациенты были оценены по неврологической шкале ASIA, и клинической диагностики нестабильности по критериям White, Panjabi, 6 пациентов были отнесены по неврологической шкале ASIA к группе А, 10 были включены в категорию В, в категорию С, D, E, включены соответственно 24 пациента.

В хирургическом лечении пациентов использовались 3 варианта тактики. 11 больным проводилось оперативное лечение в виде задней транспедикулярной фиксации, 14 пациентам проводилось оперативное лечение в виде задней транспедикулярной фиксации и ламинэктомии, задняя транспедикулярная фиксация с последующей переднебоковой декомпрессией с замещением тела костным аутотрансплантатом или металлическим кейджем выполнена у 15 больных.. На всех этапах операции осуществлялся рентген-контроль с использованием электронно-оптического преобразователя «Phillips». С целью визуализации степени репозиции костных отломков и контроля положения металлоконструкций, всем больным в послеоперационном периоде проводили контрольное рентгеновское исследование.

**Результаты:** Осложнений связанных с проведением транспедикулярных винтов не отмечалось, случаев повреждения дурального мешка и корешков спинного мозга не выявлено. При отсутствии у пострадавших глубоких парезов им позволялось ходить в полужестком корсете уже на 5-6 сутки после хирургического вмешательства, с последующим расширением активного режима, занятием ЛФК, проведении массажа и кинезотерапии. Пациенты выписывались из стационара на 15-20-е сутки после хирургического вмешательства со значительным регрессом неврологических расстройств.

Через 1.5 месяца после оперативного вмешательства у 26 пациентов из 40 с неврологическими расстройствами, произошел полный регресс нарушений чувствительности и функции тазовых органов, отмечено нарастание мышечной силы до 4-5 баллов. У 12 больных сохранились нарушения в виде грубого нижнего парапареза и нарушений тазовых органов. Двое больных скончались в связи с тяжелой сочетанной травмой. На контрольных спондилограммах через месяцев у 18 пациентов с травмой грудного отдела позвоночника сохраняется прежнее положение сблокированных позвонков и металлоконструкций.

**Выводы:** Таким образом, мы считаем что при повреждении более 2-х колон спинномозгового сегмента, одним из способов хирургического лечения позвоночно-спинномозговых повреждений в условиях многопрофильного стационара

является транспедикулярный остеосинтез с последующей переднебоковой декомпрессией и замещением тела аутотрансплантатом или металлическим кейджем. Активная хирургическая

тактика в остром периоде травмы позволяет улучшить результаты лечения, сократить сроки госпитализации и инвалидизацию больных с позвоночно-спинномозговой травмой.

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ВЗРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

*Ш.А. Баймагамбетов, Х.М. Мухамеджанов, Б.М. Карибаев, О.С. Бекарисов  
НИИ травматологии и ортопедии, Астана, Казахстан*

Проблема лечения грудного и поясничного отделов позвоночника является актуальной и связано с преобладанием среди пострадавших лиц молодого и среднего возраста, высокой затратностью лечения и длительной утратой трудоспособности.

Нами изучены результаты оперативного лечения нестабильных взрывных переломов груднопоясничного отдела позвоночника у 49 больных и проведена оценка эффективности применения транспедикулярной системы фиксации (ТПФ).

Мужчин было 35, женщин – 14. Средний возраст составил 37,4 года. Повреждения грудного отдела наблюдались у 15 больных, груднопоясничного – у 27, поясничного – у 7.

Взрывные переломы тела позвонка со смещением дорсального фрагмента в позвоночный канал на 1/3 без неврологических расстройств имелся у 25 пациентов, на 2/3 – у 20, с неврологическими расстройствами – у 4. Всем пострадавшим проводилась спондилография, миелография, компьютерная и магнитно-резонансная томография. В зависимости от характера вмешательств репозиционно-стабилизирующие операции проведены были 25 пострадавшим т.е. им осуществлена

непрямая декомпрессия. Декомпрессивно-стабилизирующие операции путем выполнения задней или задне-боковой декомпрессии с последующим межтеловым корпородезом произведена 24 пациентам.

Ближайшие и отдаленные результаты интраоперационной коррекции посттравматического стеноза позвоночного канала при взрывных переломах грудных и поясничных позвонков с применением ТПФ обеспечила многоплоскостную репозицию и устранение стеноза у 25 больных на 95%, у 19 – на 80%, у 5 – на 30%. В результате достигнутой реконструкции позвоночного канала путем прямой и не прямой декомпрессии наблюдался регресс неврологических расстройств. Хорошие результаты получены у 33 больных, удовлетворительные – у 12, неудовлетворительные – у 4.

Таким образом ТПФ позволяет устранить смещение дорсального фрагмента в позвоночном канале при взрывных переломах, а достаточно прочная фиксация поврежденных сегментов создает оптимальные условия для ранней активизации пациентов в послеоперационном периоде.