

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СРЕДНЕ-НИЖНЕШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ

С.К. Кенжебаев, Н.И. Турсынов, В.В. Балковой, Г.Д. Махамбаев, М.С. Антоненко, Б.Ш. Ескожин, Р.М. Баймуханов, Ж.К. Калкабаев, О.М. Ли, С.С. Макаров
Областной Медицинский Центр, Караганда, Казахстан
Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Караганда, Казахстан

Актуальность. Травма шейного отдела в общей структуре травмы позвоночника составляет 40-50%. На долю травмы С3-С7 позвонков приходится около 75% травмы на шейном уровне. До сих пор нет единого мнения о тактике хирургического лечения этих больных, единой концепции выбора доступа для декомпрессии спинного мозга и последующей стабилизации позвоночника, сроках операции.

Материалы и методы. Нами, за период с 2004-2008гг., проанализированы результаты лечения 153 больных с травмой на уровне С3-С7 позвонков, проходивших лечение в отделениях нейрохирургии ОМЦ, проведено 125 операций.

Большинство (около 82%) пострадавших были в возрасте 18-40 лет. Нами использовалась функциональная классификация по Frankel, что позволило распределить больных по степени неврологических нарушений: группа А – 18,3 %, группа В – 6,5 %, группа С - 11,7 %, группа Д - 18,3 %, группа Е – 45,1 %. На основании данных обследования были диагностированы следующие повреждения позвоночника: вывихи – 38 (24,8 %); подвывихи – 49 (32,0 %); переломовывихи – 22 (14,4 %); компрессионные переломы тел – 29 (18,9 %); взрывные переломы тел – 12 (7,8 %); посттравматические грыжи диска -3(1,9%). Хирургическое лечение производили дифференцированно, основываясь на данных клиники, ликвородинамики, магнитно-резонансной и компьютерной томографии, рентгенограммах.

Показанием к выполнению операции из переднего доступа являлись, повреждения позвонков с передней компрессией спинного мозга разрушенным межпозвоночным диском или телом сломанного позвонка. В большинстве случаев для спондилодеза использовался винтовой пористый имплантат из никелид титана, который устанавливался горизонтально между тел по типу вкручивания. Данный вид операции применен в 52 случаях. При компрессионно-оскольчатых переломах с кифотической деформацией и взрывных переломах тел при отсутствии заднего сдавления проводилась резекция тел позвонков, передняя декомпрессия, опорный корпородез имплантатами из никелид титана с восстановлением высоты тела позвонка. Всего проведено 27 операций.

Наиболее эффективным методом достижения декомпрессии нервных структур при

вывихах и перелома-вывихах явилась их полная анатомо-физиологическая репозиция. При полном повреждении опорных структур с разрывом связок и грубом повреждении спинного мозга в 31 случае использовался комбинированный доступ. Он выполнялся в два этапа или одномоментно. Первым этапом проводилась открытое вправление вывиха и фиксация вправленного позвонка за дужку проволокой, в последующем проводился передний межтеловой спондилодез винтовым трансплантатом.

Результаты и обсуждение. В исследуемой группе при данном виде повреждений умерло 11 больных. Все умершие больные поступили в стационар с клиникой полного нарушения проводимости спинного мозга, с клиникой спинального шока. Послеоперационная летальность составила 8,8%.

Зафиксировано 7 случаев послеоперационного осложнения: 2 случая ликвореи и 1 - нагноения раны, в 1 случае после заднего спондилодеза проводилась повторная операция в связи рецидивом вывиха, в 3 случаях после опорного корпородеза проведены повторные операции в связи с миграцией имплантата.

Анализ результатов хирургического лечения: стабилизация и декомпрессия осуществлена во всех случаях (кроме 4, возникших в связи с грубыми нарушениями режима больными); частичный регресс неврологической симптоматики, расцененный нами как хороший результат лечения, отмечался в 61% случаев (76 больных), «переход» больных на 2-е группы и более по Frankel (отличные результаты) – в 7% (9 пациентов), удовлетворительные (неврологическая симптоматика сохранялась на дооперационном уровне) – в 23.2% (29 пациентов).

Выводы.

1. Выбор правильной тактики хирургического лечения нестабильных повреждений шейного отдела позвоночника способствует восстановлению опорной функции позвоночника, предотвращает развитие вторичных смещений, позволяет осуществить декомпрессию спинного мозга.

2. Применение имплантатов из пористого никелида титана с упорной резьбой для межтелового спондилодеза позволяет решить проблему надежной стабилизации поврежденного сегмента позвоночника, не требует дополнительных методов внутренней фиксации.