

УДК 616.711-089.843.84;615.464;666.51

**В.М. Шимон, М.М. Василицець, І.М. Голубка, І.І. Пушкаш,
М.Г. Гавришко, В.В. Литвак, В.Д. Гриник**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет
Інститут «ТРАВМИ»*

ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ХРЕБТА У ХВОРИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

Наведені дані аналізу лікування пошкоджень хребта у 279 хворих з політравмою, дана характеристика пошкоджень по сегментах хребта, їх тяжкості. Наведені показання до малоінвазивного хірургічного та консервативного лікування пацієнтів з пошкодженнями хребта, інших органів та опорно-рухового апарату. Відмічено, що до проведення хірургічного лікування мають бути точні показання. Воно повинно включати в себе декомпресію елементів спинного мозку та сегментарну транспедикулярну фіксацію сегмента пошкодженого тіла хребця. Доведено, що тільки в перші 6–8 годин проведено хірургічне лікування при ускладнених переломах хребта дає надію на покращання стану хворого та на деякі відновні функції спинного мозку.

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

За останній час частота політравм все збільшується, що зумовлено в першу чергу значним зростанням кількості автотранспорту і якістю доріг. Організація допомоги травмованим з політравмами, отриманими через ДТП, є актуальним питанням сучасної травматології, а надання кваліфікованої медичної допомоги є одним з основних завдань.

Характерною рисою травми останніх років є її тяжкий поєднаний характер, з помірним збільшенням частки пошкоджень 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.

В останній період збільшується частка поєднаних пошкоджень хребта з іншими пошкодженнями. Близько 70 % травмованих з політравмою є учасниками ДТП.

Вирішенням питання організації допомоги цим травмованим, актуального для ортопедотравматологічної та хірургічної служби, є розробка діагностичних критеріїв і зумовлення якісних методів лікування.

Матеріал і методи. Проаналізовано 279 історій хвороб пацієнтів з пошкодженнями хребта, інших систем і органів черевної порожнини, які лікувалися на базі клініки хірургії та ортопедії медичного факультету за період 2006–2011 років.

Хворі були розподілені на групи за типом ушкоджень: сегментах ушкодження хребта, органів черевної порожнини, опорно-рухового апарату та ЧМТ (таблиця).

У 145 травмованих при надходженні в клініку відмічався травматичний шок різного ступеня, тому допомога потерпілим надавалася включаючи реанімаційні заходи. Їм проводили діагностичне обстеження. Складність обстеження була зумовлена недостатнім збором анамнезу, оскільки 38 хворих були без свідомості. При цьому всі діагностичні маніпуляції проводилися за принципом виключення.

Інструментальні дослідження: рентгенографію, комп'ютерну, магнітно-резонансну томографію, цистоскопію, лапароскопію — проводили на тлі реанімаційних заходів та інтенсивної терапії.

Дані, які ми отримали 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

Розподіл хворих за видами ушкодження

Супутні пошкодження	Відділи хребта		
	шийний (65)	грудний (129)	поперековий (85)
Пошкодження миски	10	4	21
Пошкодження нирок	17	15	8
Пошкодження сечового міхура	17	25	16
Пошкодження нижніх кінцівок	1	49	14
ЧМТ	16	21	11
Пошкодження печінки, селезінки	4	15	15

систем та органів проводили комп'ютерну і магнітно-резонансну томографію. Дані комп'ютерної томографії допомогли у 39 % хворих зняти підозру в пошкодженні черепа та спинного мозку, у 17 % було проведено магнітно-резонансну томографію, в деяких особливо при поєднаній травми хребта та черепа.

В даний період можливості проведення реанімаційних заходів дуже великі, що дозволяє одночасно виконувати хірургічні втручання на різних системах і органах, у тому числі й 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 як була протишоковою мірою, так і покращувала догляд за хворими завдяки більш швидкій його мобілізації.

За нашими даними, у 136 хворих хірургічне втручання на хребті було проведено в перші години травми (6–8 годин), у 85 — відстрочено, в 38 травмованих лікування було проведено через 3 тижні після травми, а у 12 хворих — консервативне лікування.

Результати та їх обговорення. У 65 травмованих з пошкодженням шийного відділу хребта відмічалися переломи-вивихи. З них 28 в ургентному порядку проведено одномоментне закриті вправлення за Ріше–Гютером, а 22 хворим — хірургічне втручання — декомпресія та стабілізація гідроксилапатитною керамікою і металевою пластиною.

Вправлення звихів у дуговідросчастих суглобах проводилося під загальним знеболюванням за методикою Ріше–Гютера з фіксацією гіпсовим корсетом або в Гало-апараті. Вправлення було досягнуто в 21 випадку.

Вправлення у 4 пацієнтів було невдалим, їх було проведено хірургічне втручання з переднього доступу.

В 1 хворого через недостатнє знеболювання зціплений двосторонній звих був переведений в односторонній верхній, який надали за допомогою Гало-апарата вдалося вправити.

У 5 травмованих на 3-й день відбулося повторне зміщення з наростанням симптоматики компресії спинного мозку, тому постала необхідність відкритого вправлення і передньої декомпресії та стабілізації біокедрамікою і пластиною за тіла хребців.

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

У 2 травмованих через тяжкість їхнього стану консервативне лікування ефекту не давало, а проведення хірургічного лікування було неможливе, на 6–7-й 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 129 пацієнтів, за локалізацією в основному в нижніх відділах.

Лікування переломів залежало від стану хворих. У 87 % лікування проводилося в ургентному порядку з декомпресією і транспедикулярною стабілізацією, в 13 % — було консервативним.

Консервативне лікування проведено тим хворим, які відмовилися від хірургічного лікування по релігійних мотивах, — 8 хворим. Також лікування проводилося на ре-

клінуючому гамачку, а в подальшому накладали гіпсовий корсет. Неефективне лікування було у 7 хворих, так, на контрольному огляді відмічалось зростання кіфотичної деформації на 29°.

Пошкодження поперекового відділу хребта відмічалось у 85 хворих. За локалізацією пацієнти були розподілені в залежності від пошкодженого сегмента: рівень L1–L3 — у 56 травмованих, L4 — у 28 хворих.

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

В ранньому періоді складно прогнозувати стан хворих і ступінь відновлення втрачених функцій. Про ефективність лікування цієї категорії хворих можна робити висновок тільки за летальними випадками, які склали 7,3 %. Основною причиною смертельних випадків був травматичний шок,

тяжка ЧМТ, пошкодження спинного мозку та недіагностовані субкапсулярні розриви селезінки.

Висновки

При лікуванні хворих з політравмою необхідно проводити на першому етапі знешкодження пошкоджених судин, селезінки, нирки, на другому етапі — хірургічне втручання на хребті.

Хірургічне лікування при політравмі має бути направлено на збереження життя потерпілого і проведено в найкоротший час. Хірургічне втручання на хребті має включати декомпресію, стабілізацію хребта і ранню активізацію хворих, а також профілактику пролежнів у хворих з ускладненими травмами.

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

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

Заходи направлені на ранню активізацію потерпілих, потребують першочергового хірургічного втручання на пошкоджених органах, а в подальшому при можливості при чіткому анестезіологічному забезпеченні — одномоментного втручання на пошкодженому хребті, особливо при ускладненій травмі, як на задніх відділах хребта, так і на передніх.

Список літератури

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 диагностики и лечения переломов позвоночника у пострадавших с политравмой / В. А. Соколов, В. А. Щеткин // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1989. — № 9. — С. 10–15.
4. Молчанов И. В. Высокочастотная искусственная вентиляция легких, острая дыхательная недостаточность / И. В. Молчанов; [под ред. В. Д. Малышева]. — М.: Медицина, 1998. — С. 49–62.
5. Концептуальные аспекты оказания неотложной помощи пострадавшим с травмой / А. А. Шалимов, Г. В. Гайко, Г. Г. Роцин [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. Малоінвазивні методи лікування пошкоджень хребта у хворих з політравмою / В. М. Шимон, С. О. Бойко, М. В. Шимон, І. І. Блинда // Травма. — 2004. — Т. 5, № 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.* Injuru scoring and trauma oucjmes / T. I. Van Vaffa // Trauma. — [4th ed.]. — N.-Y., 1999. — 300 p.

В.М. Шимон, М.М. Василицец, И.М. Голубка, И.И. Пушкаш, М.Г. Гавришко, В.В. Литвак, В.Д. Гриник

ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Приведены данные анализа лечения повреждений позвоночника у 279 больных с политравмой. Дана характеристика повреждений по сегментам позвоночника, их тяжести. Приведены показания к малоинвазивному хирургическому лечению и консервативному лечению пациентов с повреждениями позвоночника и опорно-двигательного аппарата. Отмечено, что к проведению малоинвазивного хирургического лечения должны быть строгие показания. Лечение должно включать в себя декомпрессию элементов спинного мозга и сегментарную транспедикулярную фиксацию сегмента поврежденного тела позвонка. 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.

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

V.M. Shimon, M.M. Vasilinets, I.M. Golybka, I.I. Pushkash, M.G. Gavrishko, V.V. Litvak, V.D. Grinik

TREATMENT OF SPINE INJURIES IN PATIENTS WITH POLYTRAUMA

The data of the analysis of treatment of spine injuries in 279 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.

Key words: polytrauma, spine, injures, low-methods.