

Основные характеристики лечебного процесса

Группы	Длительность операции	Наличие дополнительной фиксации	Срок активизации пациента	Длительность пребывания в стационаре
1	3 часа	да	7-12 сутки	12- 24 дней
2	1,5 часа	нет	2 сутки	8-10 дней

Результаты. Предварительный анализ результатов лечения больных с переломами бедра и голени традиционными методами и методом закрытого интрамедуллярного остеосинтеза с блокированием позволяет отметить, что применение новой технологии позволяет сократить длительность оперативного приема, а, следовательно, тяжесть оперативного вмешательства, избежать применения дополнительной фиксации, рано активизировать пациентов и значительно сократить длительность пребывания больных в стационаре. Кроме того, 12 пациентов, занимающихся трудом, не связанным с физическими нагрузками (средний и старший руководящий состав, менеджеры, бухгалтеры и т.д.), приступили к выполнению своих должностных обязанностей непосредственно после выписки из отделения. Таким образом, применение данного метода оперативного лечения является эффективным и позволяет на качественно новом уровне решать актуальные вопросы травматологии.

****БЕРДЮГИН К.А., АНТОНИАДИ Ю.В.***

ТРАНСПЕДИКУЛЯРНАЯ ФИКСАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДНЫХ И ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ В ПРАКТИКЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

****Уральская государственная медицинская академия***

Переломы грудного и поясничного отделов позвоночника составляют от 7,5 до 8,8% от общего числа травм опорно-двигательного аппарата, из них переломы грудного отдела составляют 36,6%, поясничного – 63,4% [1]. Несмотря на небольшое количество переломов позвоночника в структуре общего травматизма, данная проблема является социально-значимой. Это связано, в первую очередь, с длительно-

стью пребывания пациентов на больничном листе; с высоким процентом и длительностью инвалидизации; с высокой летальностью в группе больных с осложненным течением спинальной болезни – до 50% [2]. Опыт лечения повреждений позвоночника показал недостаточную эффективность консервативного метода в связи с высоким процентом неудовлетворительных результатов – от 11 до 57,2% [3]. Таким образом, дальнейшее совершенствование методов лечения переломов позвоночника – актуальная и значимая проблема [4].

Цель работы. Оптимизация результатов лечения больных с переломами грудного и поясничного отделов позвоночника на основе метода транспедикулярной фиксации.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования стала группа из 13 больных, прошедших оперативное лечение по поводу перелома позвоночника, из них у 3 пациентов повреждение носило осложненный характер.

В группу вошли 10 мужчин и 3 женщины, в возрасте от 20 до 59 лет (средний возраст 39,5 лет).

Основным методом исследования стал клинический осмотр. Всеми больными предъявлялись жалобы на интенсивные боли в проекции сломанного позвонка, одним больным – на отсутствие активных движений в нижних конечностях, двумя больными на нарушение функции тазовых органов по типу задержки. Из анамнеза болезни выявлен вид травматизма: переломы из-за падения с высоты – 70%, автодорожная травма – 30%.

Клиническая картина больных однородна. Выявлено, что жалобы на боль в области перелома предъявляли 100 % пациентов, при осмотре вынужденное положение (симптом Томпсона) определялось у 80%, изменение физиологических изгибов позвоночника за счет усиления грудного кифоза, уплощения поясничного лордоза у 100% больных, напряжение длиннейших мышц спины – у 100%. При пальпации – выстояние остистого отростка сломанного позвонка – отмечено у 85% больных, симптом «звонка», боль при пальпации паравертебральных точек на уровне перелома у 100%. Осевая нагрузка усиливала боль в проекции сломанного позвонка у 80% пациентов. Положительные симптомы натяжения Ласега и Казакевича – у 85% больных. Неврологическая симптоматика была представлена в 1 случае нижней параплегией, в 2 случаях гипорефлексией и гиперестезией с нарушением функции тазовых органов, в 3 случаях – гипестезией в соответствии с зоной иннервации поврежденного позвоночного двигательного сегмента, в 5 случаях – гиперестезией.

Рентгенологическое исследование проводилось в стандартных проекциях – прямой и боковой у всех пациентов. У всех больных величина клиновидной деформации позвонка превышала 14°, при этом клин Урбана определялся у 9 пациентов.

Компьютерная томография проводилась у 100% больных в основной группе, и основным значением проведения данного исследования стало выявление вертебро-медуллярного конфликта, в виде взаимодействия отломков позвонка и содержимого позвоночного канала. Вертебро-медуллярный конфликт второй степени (компрессия дурального мешка до 25%) выявлен у 7 пациентов, третья степень вертебро-медуллярного конфликта (компрессия дурального мешка до 50%) определялась у 6 больных.

По локализации переломы Th12 составили 10%, L1 – 70%, L2 – 10%, L3,4 – 10%.

Для постановки диагноза нами использовалась классификация переломов позвоночника по Цивьяну, классификация АО почти не использовалась. Связано это с громоздкостью и сложностью построения последней, невозможностью идентификации повреждения без глубокого знания данного раздела травматологии.

Результаты исследования. Показаниями к оперативному лечению стали: вертебро-медуллярный конфликт 2-3 степени, значительная кифотическая деформация (более 14°) позвоночника на уровне повреждения, выраженная неврологическая симптоматика. Необходимым элементом оперативного лечения стало оснащение операционного блока МУ ЦГБ №24 электронно-оптическим преобразователем, приобретение больницы набора инструментов для остеосинтеза позвоночника, наличие квалифицированных кадров.

Оперативное лечение складывается из следующих этапов: одномоментная репозиция на разновысоких подушках (по типу Уотсон-Джонса-Белера) после проведения наркозной поддержки, позволяющей добиться естественного расслабления мышц и обезболивания, а следовательно и качественной репозиции перелома; минимальный доступ около 12 см с использованием электроножа и электрокоагуляции, что позволяет сократить кровопотерю на операции до 100-200 мл; транспедикулярное введение винтов в стандартные точки с учетом локализации перелома; осуществление репозиции сломанного позвонка; стабилизация конструкции в достигнутом положении; ушивание раны с установкой активного дренажа. Вся операция проводится под контролем электронно-оптического преобразователя, длительность операции в среднем составляет 1 час 35 минут.

По данным рентгенологического исследования практически полная коррекция клиновидной деформации позвонка достигнута у 5 больных, у 8 пациентов степень компрессии уменьшилась с третьей до первой-второй. У всех пациентов полностью устранена локальная кифотическая деформация или ее значения не превышают физиологических величин.

В послеоперационном периоде удаление дренажа на 2–3 сутки, активизация пациента в реклинирующем корсете на 5–7 сутки, выписка из стационара после снятия швов на 12–14 сутки. Средний койко-день составил 18 суток, с учетом предоперационного койко-дня. Всем пациентам разрешено присаживаться через 3 месяца после операции, сидеть через 4 месяца. Данное положение чрезвычайно важно для ряда больных, не занимающихся физическими нагрузками, а выполняющих руководящие функции. Через 1,5 месяца после операции 4 пациента приступили к труду. 1 пациент, работающий каменщиком, приступил к труду в срок 6 месяцев после операции. У одного пациента повторная травматизация поясничного отдела позвоночника при падении в состоянии алкогольного опьянения в срок 3 месяца после операции привела к повторному обращению в клинику.

При проведении рентгенологического исследования выяснено, что конструкция стабильна, деформации позвоночного двигательного сегмента не выявлено. К сожалению, следует констатировать тот факт, что у 1 больного с осложненным переломом L3,4 несмотря на восстановление физиологических изгибов позвоночника регресса неврологической симптоматики не достигнуто. Связано это с органическим повреждением корешков «конского хвоста», поздним сроком проведения операции, связанным с наличием тяжелой сочетанной травмы – ушиб почек, грудной клетки, сердца, а также с постоянным грубым нарушением режима и указаний лечащего врача.

Выводы

1. Проведение оперативного лечения возможно при наличии электронно-оптического преобразователя, набора инструментов для остеосинтеза позвоночника, а также квалифицированных кадров.
2. Транспедикулярная фиксация позвоночника является эффективным способом восстановления нормальных анатомических взаимоотношений в позвоночном двигательном сегменте и позволяет надежно фиксировать позвонок в состоянии достигнутой коррекции.
3. Оперативное лечение позволяет провести раннюю активизацию пациента, в среднем через 5 суток после операции.
4. Ранняя активизация пациента позволяет сократить пребывание в стационаре за счет выписки больного после снятия швов (на 14

сутки после операции).

5. Оперативное лечение позволяет значительно повысить качество жизни пациента за счет возможности выполнения профессиональных обязанностей в максимально ранние сроки после оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнилов Н.В. Повреждения позвоночника: тактика хирургического лечения. – СПб.: МОРСАР АВ, 2000. – 231с.
2. Попов М.И. Изменения позвоночника после компрессионных переломов//Травматология, ортопедия и протезирование.-2002.-№.10-С.10-13.
3. Лавруков А.М., Томилов А.Б. Остеосинтез аппаратом внешней фиксации у больных с повреждениями и заболеваниями позвоночника. – Екатеринбург: Изд-во УрО РАН, 2002. – 208с.
4. Лавруков А.М., Томилов А.Б., Бердюгин К.А. Новый подход к диагностике и лечению «неосложненных» переломов грудного и поясничного отделов позвоночника // Травматология и ортопедия России. – 2000. – № 1. – С.12-16.

****БЕРДЮГИН К.А., АНТОНИАДИ Ю.В.***

ЗАДНИЕ СМЕЩЕНИЯ ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ В КЛАССИФИКАЦИЯХ ОСТЕОХОНДРОЗА (обзор литературы)

**Уральская государственная медицинская академия*

В общей проблеме остеохондроза наименее изученным вопросом являются задние смещения поясничных позвонков. Несмотря на констатацию факта смещения одного или нескольких позвонков кзади, отношение к этой проблеме до настоящего времени остается неоднозначным. Некоторые ученые считали задние смещения «оптической иллюзией». Не существовало единой терминологии данного патологического состояния, и многие авторы давали собственные названия, обозначающие смещение позвонков кзади: *retropositio*, *Backward-Displacement*, задний парадоксальный спондилолистез, *dorsal-dislocation*, ретроспондилолистез, задний дегенеративно-статический спондилолистез, ретроградный спондилолистез. Тем не менее, данные работы имели только описательный характер, изучаемое в них явление нередко носило характер случайной находки.

Наибольшее внимание изучению проблемы задних смещений поясничных позвонков уделили в своих работах И.Л.Тагер и И.С.Мазо давшие определение «ретролистез» данному виду смещений. Ими