

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Е.И. Винс, врач-психоневролог
Поликлиника УВД Омской области

Травмы позвоночника и спинного мозга среди сотрудников УВД встречаются не часто, они составляют 1% от общей заболеваемости и 5% среди травм нервной системы. Так, в поликлинике УВД наблюдаются 4 человека, перенесшие тяжелые травмы позвоночника с повреждением спинного мозга. Один больной получил травму во время землетрясения в Спитаке, второй – огнестрельное ранение позвоночника. Двое больных пострадали в дорожно-транспортном происшествии. Все эти больные прикованы к инвалидной коляске из-за полного отсутствия движений в ногах.

При неправильном оказании неотложной помощи больным с повреждением позвоночника можно нанести непоправимый вред здоровью человека и привести его к пожизненному нахождению в инвалидной коляске. Поэтому каждый человек, особенно сотрудник милиции, должен знать, как правильно оказывать помощь пострадавшему с повреждением позвоночника, которое чаще всего происходит при дорожно-транспортных происшествиях, падениях с высоты, огнестрельных ранениях позвоночника, падении на человека тяжелых предметов при авариях в зданиях, при тушении пожаров, землетрясениях и др.

Повреждения позвоночника и спинного мозга могут быть закрытыми и открытыми. Закрытые травмы – это травмы без повреждения кожных покровов и мягких тканей, открытые – с повреждением кожных покровов и мягких тканей. Проникающими считаются повреждения, при которых нарушается целостность твердой мозговой оболочки, непроникающие – при которых твердая мозговая оболочка не страдает. Среди закрытых травм позвоночника различают ушибы, переломы, вывихи, растяжения или разрывы связочного аппарата, отрывы замыкательных пластин. Наиболее часто повреждаются одиннадцатый-двенадцатый грудной, первый поясничный, пятый и шестой шейные позвонки. Вывихи чаще наблюдаются в поясничном и шейном отделах позвоночника. По локализации различают переломы тел позвонков, их дужек, поперечных и остистых отростков.

Среди травм спинного мозга различают следующие типы поражений:

- сотрясение спинного мозга;
- ушиб спинного мозга;
- сдавление спинного мозга с размождением или частичным нарушением его целостности;
- гематомиелия;
- эпидуральное или субдуральное кровоизлияние;
- ишемическое поражение спинного мозга;
- травматическая радикулопатия.

Двигательные нарушения, как правило, двусторонние, реже – асимметричные. Чаще это парапарезы или парапараличи. Расстройства чувствительности могут быть сегментарными или проводниковыми. Верхняя гра-

ница чувствительности в остром периоде нечеткая. Над зоной анестезии может располагаться зона гипестезии, распространяющаяся на три-шесть сегментов. Часто при повреждении спинного мозга и его корешков появляются боли стреляющего характера. Повреждения позвоночника и спинного мозга сопровождаются нарушением мочеиспускания и дефекации. Нередко непосредственное повреждение вещества мозга механического характера сочетается с нарушением спинального кровообращения. Последнее приводит к развитию очага размягчения, значительно отстоящего от места травмы. При обследовании у больного обнаруживается два уровня поражения спинного мозга.

При повреждении верхнего шейного отдела позвоночника развивается спастический паралич всех конечностей, утрата всех видов чувствительности, корешковые боли в области шеи и затылка, тазовые расстройства. При вовлечении в процесс стволовых отделов мозга развиваются расстройства дыхания и сердечно-сосудистой системы, рвота, икота, нарушение глотания, гипотермия и др. При повреждении самых высоких отделов спинного мозга может возникнуть спинальная гипертермия. Температура может достигать 41-42°.

При повреждении нижнешейного отдела позвоночника развивается вялый паралич верхних конечностей и спастический паралич нижних конечностей, исчезают рефлексы с верхних конечностей, исчезает чувствительность всех видов ниже очага поражения, появляются корешковые боли в верхних конечностях. При повреждении седьмого-восьмого шейных и первого грудного сегментов появляется односторонний или двусторонний синдром Горнера, могут нарушаться дыхание и сердечно-сосудистая система.

При повреждении на грудном уровне развивается нижняя спастическая параплегия, проводниковая анестезия ниже уровня поражения, нарушение функции тазовых органов.

При повреждении поясничного утолщения развивается вялый паралич нижних конечностей, исчезают рефлексы, утрачивается чувствительность ниже пупартовой связки, в области промежности, появляются тазовые расстройства. Рано присоединяются цистит и пролежни.

При повреждении конуса спинного мозга развивается анестезия в аногенитальной области, тазовые расстройства в виде недержания мочи и кала. Двигательные функции нижних конечностей сохранены.

Повреждения конского хвоста сопровождаются периферическим параличом нижних конечностей, утратой чувствительности на них, корешковыми болями в ногах, тазовыми нарушениями, циститом, пролежнями.

Клинические формы поражения спинного мозга

Сотрясение спинного мозга характеризуется обратимостью патологических явлений, отсутствием структурных повреждений мозга. Наблюдаются преходящие парезы и расстройства чувствительности. Патологические изменения регрессируют в течение нескольких часов или двух-трех недель.

При ушибе спинного мозга в момент травмы независимо от уровня поражения развиваются вялые параличи, выпадения чувствительности, нарушения функции тазовых органов. Клиническая картина зависит от уров-

ня поражения спинного мозга. В спинномозговой жидкости может быть кровь при наличии субарахноидального кровоизлияния. При ушибе спинного мозга симптоматика держится в течение месяца, затем постепенно регрессирует, но могут оставаться резидуальные дефекты.

Сдавление спинного мозга может быть вызвано переломом позвоночника со смещением отломков дужек или тел позвонков, эпидуральной гематомой, грыжевым выпячиванием межпозвонковых дисков, инородными телами. Клиническая картина сдавления спинного мозга может развиваться через несколько часов после травмы или через несколько месяцев. Развивается клиническая картина, соответствующая уровню поражения спинного мозга. Эпидуральная гематома встречается редко, она развивается вследствие разрыва эпидуральных вен и сочетается обычно с повреждением позвоночника. Непосредственно после травмы развивается светлый промежуток, затем в течение нескольких часов постепенно появляются корешковые боли, парестезии, нарастают чувствительные и двигательные расстройства, нарушения тазовых органов с последующим развитием поперечного сдавления спинного мозга.

Оказание неотложной помощи

При оказании неотложной помощи основным является правильная транспортировка больного. В лечебное учреждение больного, получившего, предположительно, травму позвоночника, транспортируют таким образом, чтобы не усилить деформации позвоночника и не вызвать вторичных повреждений спинного мозга. Если имеется подозрение на перелом позвоночника, окружающие не должны пытаться оказать помощь больному до прибытия обученного медицинского персонала. Попытка повернуть больного или дать ему пить (при этом он неминуемо повернет голову в сторону) может превратить обратимое повреждение спинного мозга в необратимое. Прибывшие медики осторожно укладывают пострадавшего на одеяло, хорошо натянутое на шит, плотные носилки или снятую с петель дверь таким

образом, чтобы не смещались продольная и боковые оси туловища, головы и конечностей. Поднимают пострадавшего и укладывают его на шит трое санитаров, находящихся с одной стороны, четвертый осторожно поддерживает голову больного соответственно оси туловища. При повреждении шейного отдела позвоночника необходимо положение на спине. Под шейный и поясничный отдел позвоночника подкладывают подушечки, голову фиксируют с помощью двух мешочков, наполненных песком. При этом один из санитаров удерживает голову пострадавшего, несколько вытягивая его шею. При повреждении грудного и поясничного отделов показано положение на животе, причем под грудь подкладывают мягкий валик. Пострадавшего, находящегося в бессознательном состоянии, нельзя укладывать на живот, так как он может задохнуться. При транспортировке и переключении больного необходимо соблюдать строго горизонтальное положение и полностью исключить сгибательные, вращательные или боковые движения.

Противошоковые мероприятия должны быть начаты уже на месте получения травмы. При наличии болей вводятся обезболивающие препараты, но необходимо помнить, что при повреждении шейного отдела позвоночника нельзя вводить препараты морфина. При расстройстве сердечно-сосудистой системы используют сердечные препараты: камфору, кордиамин, при нарушении дыхания – цититон, лобелин. Необходимо исследование мочевого пузыря и при его наполнении – катетеризация. В случае переломов позвоночника и сдавления спинного мозга костными отломками показано срочное хирургическое лечение. При сотрясении и ушибе спинного мозга необходимо проведение дегидратации с помощью мочегонных средств, назначение сосудорасширяющих препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иргер И.М. Нейрохирургия. – М.: Медицина, 1971.
2. Мельничук П.В. Неотложная помощь при неврологических заболеваниях. – М.: Медицина, 1978.