

2. Процесс восстановления неврологических выпадений наиболее быстро и эффективно наблюдается у пациентов в условиях анатомического контакта поврежденных участков спинного мозга.
3. В случаях ОТЗПСТ формируются протяженные поперечные участки «травматических инфарктов» (тип-0, тип-1, тип-2, тип-3), препятствующие проводимости спинного мозга из-за анатомических диастазов морфологически и функционально «сохранных» концов спинного мозга, в связи с чем, традиционные операции,

направленные на декомпрессию позвоночного канала и стабилизацию травмированных сегментов в плане восстановления утраченных функций спинного мозга бесперспективны.

4. Декомпрессиивно-стабилизирующие операции с «укорачивающим» спондилодезом, направленные на приведение концевых участков спинного мозга в состояние анатомического контакта дают основание надеяться на более эффективное восстановление неврологических нарушений у пациентов с ОТЗПСТ.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНКОВ С1 И С2

Некрасов М.А., Некрасов А.К.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

НИИ скорой помощи им. Склифосовского, г. Москва

Целью работы явилось усовершенствование подхода к лечению больных с переломами верхнешейного отдела позвоночника.

За период с 14.02.89 по 01.12.05 госпитализировано 97 больных с переломами позвонков С1 и С2. Больным проводили стандартное и функциональное рентгенографические обследования; КТ позвонков С1-С3, МРТ шейного отдела. Переломы зубовидного отростка II типа были у 26 больных, III типа — у 25; сочетанное повреждение зубовидного отростка и заднего полукольца позвонка С1 — у 4. Перелом «палача» у 29; сочетание перелома «палача» с переломом Джефферсона у 4; перелом Джефферсона — у 7; транслигаментозный вывих С1 — у 2. Из 97 больных оперировано 65. У 30 пациентов выполнена наружная жесткая фиксация с репозицией Halo-аппаратом фирмы «Медбиотех». Двум больным проведена наружная

трассфарингеальной резекцией зубовидного отростка или без нее,

- 2) трансдентальная винтовая фиксация,
- 3) трансартикулярная винтовая фиксация,
- 4) окципитоспондилодез
- 5) передний спондилодез с использованием пластин, кейджов,
- 6) комбинирование вышеизложенных методов с предшествующей Halo-репозицией и фиксацией,
- 7) изолированная Halo-репозиция и фиксация.

У 90 больных (97%) получен хороший результат, у двух (2%) — удовлетворительный. Летальность составила 5% (5 больных).

Таким образом, активная хирургическая тактика при повреждениях верхнешейного отдела позвоночника позволяет достичь оптимальных клинических, ортопедических результатов. Необходим дифференцированный подход при выборе метода декомпрессии и стабилизации в зависимости от типа повреждения верхнешейных позвонков.

В зависимости от характера повреждения, больным выполнено:

- 1) задний комбинированный спондилодез С1-С2 позвонков (стяжки Халифакса) в сочетании с

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ СПИННОГО МОЗГА

Некрасов М.А., Некрасов А.К.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

НИИ скорой помощи им. Склифосовского, г. Москва

Проведен анализ динамики неврологического дефицита у 23 пациентов с ЗПСТ после осевого, аксиально-ротационного, или комбинированного насилия на уровне 4—9 грудных позвонков, а также у 21 пострадавшего с открытыми, проникающими позвоночно-спинальными ранениями (ОППСР) колото-режущего характера в остром периоде позвоночно-спинальной травмы (ПСТ) на уровне 7 шейного — 5 грудного позвонков.

Все 23 пациента с острой тяжелой закрытой ПСТ, имевшие грубый неврологический дефицит в виде тотального аксонального уровневого перерыва и

рентгенологические, КТ, ЯМРТ изменения, характера компрессионно-осколчатых переломов с губным дефицитом просвета позвоночного канала, типичными визуалистическими острыми посттравматическими изменениями спинного мозга на уровне травмы, оперированы в сроки от 6 часов до 2 суток.

При ревизии субдурального пространства (ляминэктомия на уровне поврежденного сегмента) обнаружены повреждения спинного мозга в виде:

- 1) участков поперечного мозгового детрита, «рождающегося» в разрез арахноидальной