

# ПРЕИМУЩЕСТВА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ НЕОСЛОЖНЁННЫХ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ В ГРУДОПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ

Тураханов А.О., Абдухаликов О.К.

Республиканский научный центр вертебологии МЗ РУз., Андижан

При повреждениях нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника отмечается высокий уровень тяжелых последствий. Так, при неосложненных переломах данных отделов позвоночника процентный индекс инвалидности среди всех переломов опорнодвигательного аппарата составляет 14,3% случаев.

**Целью работы** является повышение эффективности хирургического лечения переломов тел позвонков нижнегрудного и поясничного отделов путем разработки обоснованных показаний к использованию транспедикулярных фиксаторов.

**Материал и методы исследования.** Мы изучили результаты обследования 126 пациентов с последствиями компрессионных переломов тел нижнегрудных и поясничных позвонков, для верификации клинического диагноза и уточнения характера повреждения позвоночника с оценкой риска прогрессирования деформаций позвоночника и развития тяжелых неврологических расстройств.

Наибольшую группу составляли лица в возрасте от 20 до 40 лет – 67,1% от общего числа лечившихся. В основном травматизм носил бытовой характер, производственные травмы отмечены лишь у 10 % больных.

Разработаны МР-томографические критерии диагностики повреждений костных и диско-связочных структур нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника. На основании полученных данных хирург получает возможность правильного выбора показаний к определенному виду дорсальной фиксации.

Проведены следующие методы лечения:

-при нестабильности травмированного отдела позвоночника, сколиозы и кифозы позвоночника (особенно склонные к прогрессированию кифотической деформации с углом кифоза, превышающим 10 градусов) производили стабилизацию позвоночника:

- а) транспедикулярная фиксация-11 больным (8,1%)
- б) фиксацию металлическими пластинами-15 больным(12,1%)

-дегенеративные изменения в межпозвонковых суставах, и связках позвоночника - при деформирующем спондилоартрозе

- а) дерассепцию с дипроспаном
- б) манипуляции с введением новокаино-спиртового раствора

- При невыраженных дегенеративных изменениях диска

а) для купирования боли и нормализации функционального состояния паравертебральных симпатических ганглиев, для устранения спазма мышц, вызывающих анталгический сколиоз, грубые нарушения осанки и функции позвоночника продолжали консервативное лечение (массаж, физиотерапевтические процедуры ,скелетное вытяжение позвоночника, паравертебральные блокады, медикаментозное лечение).

б) - при дегенеративно-дистрофических изменениях с большими пролапсами межпозвонковых дисков – дискэктомии.

Полученные результаты хирургического лечения пациентов позволяют рекомендовать применение в клинической практике транспедикулярных систем с учетом выработанных показаний.

Основным методом восстановления функциональной активности пациентов была лечебная физкультура (ЛФК). При применении данного метода соблюдали следующие основные принципы лечения:

1) адекватность физических нагрузок индивидуальным возможностям пациента и безболезненность при выполнении упражнений;

2) последовательность расширения комплекса ЛФК и возрастания физических нагрузок на позвоночник больного;

3) функционально оправданная комбинация лечебной гимнастики, физиотерапевтических процедур и массажа в зависимости от этапа реабилитации.

В основе комплекса ЛФК лежит функциональный метод ранней активизации, в который были внесены некоторые изменения. Данные изменения связаны с возможностью увеличения интенсивности упражнений и физических нагрузок в условиях оперативной стабилизации ПДС.

В среднем с 4-5 дня после операции значительно снижаются боли в области послеоперационной раны, уменьшается ощущение «скованности позвоночника» у больных. Именно значительным снижением «скованности позвоночника» и уменьшением болей в области операции определяется подъем пациента на ноги. Важным критерием служит отсутствие болевого синдрома при стоянии больного на коленях в течение 5 минут. В среднем вертикализацию больных производили на 4-5 сутки после операции. Встать рекомендовали из положения на животе: подтянуться к краю кровати и прогнуть спину, опираясь на выпрямленные руки, затем опустить вначале одну ногу и постепенно выпрямляя туловище до вертикального положения, опустить вторую ногу. Ложился пациент, выполняя эти движения в обратном порядке.

#### **Выводы:**

1) Дифференциальная тактика обеспечивает положительный результат лечения (с последствиями стабильных переломов обеспечивается 96% положительный результат, а при вертеброгенных синдромах вследствие стабильных переломов-90,6%.

2) Проведение КТ и МРТ исследований до и после лечения повышает эффективность диагностики и лечения, больных с вертеброгенными синдромами при последствиях переломов тел груднопоясничного отдела позвоночника.

3) ТПФ является методом оперативного лечения, позволяющим произвести эффективную редукцию тела сломанного позвонка, устранить все компоненты травматической деформации и стабильно фиксировать поврежденный сегмент позвоночника.

4) На базе функционального метода ранней активизации разработан комплекс лечебной гимнастики с возможностью проведения интенсивных упражнений и физических нагрузок в условиях хирургической стабилизации поврежденного сегмента позвоночника.