

ПЕРЕЛОМ ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА СII ПОЗВОНКА: ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Б.М. Исаков¹, О.И. Кузибоев², Б.М. Максудов², К.Б. Исаков¹

Андижанский государственный медицинский институт
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Аннотация

Приведены данные обследования и лечения 16 больных с повреждениями зубовидного отростка СII позвонка, в возрасте от 25 до 45 лет. Основным видом травмы являлись ДТП и падение с высоты. Из 16 обследованных больных 12 больным проведено иммобилизация шейного отдела позвоночника при помощи Halo аппарата. 4 больным произведено хирургическое лечение – фиксация перелома зубовидного отростка СII позвонка спонгиозным винтом. Во всех случаях получен хороший результат. Выводы: при переломах зубовидного отростка без смещения может быть проведено консервативное лечение при помощи Halo аппарата. Переломы со смещением являются показанием к хирургическому лечению – фиксация перелома спонгиозным винтом.

Ключевые слова. перелом, зубовидный отросток СII, позвоночник, Halo аппарат, фиксация.

СII БЎЙИН УМУРТҚАСИ ТИШСИМОН ЎСИМТАСИ СИНИШИ: ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ТИЗИМИ ШАРОИТИДА ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Б.М. Исаков¹, О.И. Кузибоев², Б.М. Максудов², К.Б. Исаков¹

Андижон давлат тиббиёт институти
Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази

Аннотация

Мақолада СII бўйин умуртқасининг тишсимон ўсимтаси шикастланиши билан бўлган 16 нафар беморни текшириш ва даволаш натижалари келтирилган. Беморларнинг ёши 25 дан 45 ёшгача. Шикастланиш келиб чиқишининг асосий сабаби ЙТХ ва баландликдан йиқилиш бўлган. Даволанган 16 нафар бемордан 12 нафарига Halo аппарат ёрдамида бўйин умуртқалари фиксация қилинган, 4 нафари спонгиоз винтлар ёрдамида жаррохлик усулида фиксация қилинган. Даволанган беморларнинг барчасида яхши натижаларга эришилган. Хулоса: СII бўйин умуртқасининг тишсимон ўсимтасини синиб силжимаган холатларида консерватив даво муолажалари қўлланиши мумкин. Тишсимон ўсимтанинг синиб силжиган холатлари жаррохлик даволаш усулига кўрсатма бўлиб хизмат қилади ва бунда спонгиоз винт ёрдамида фиксация қилиш зарур ҳисобланади.

Калит сўзлар: синиш, СII умуртқа тишсимон ўсимтаси, умуртқа, Halo аппарат, фиксация.

FRACTURE OF THE ODONTIC PROCESS OF THE CII VERTEBRATE: PRINCIPLES OF TREATMENT IN EMERGENCY MEDICAL CARE CONDITIONS

B.M. Isakov¹, O.I. Kuziboev², B.M. Maksudov², K.B. Isakov¹

Andijan State Medical Institute

Republican scientific center of emergency medicine

Abstract

Data from the examination and treatment of 16 patients with injuries to the odontoid process of the CII vertebra, aged from 25 to 45 years, are presented. The main types of injury were road accidents and falls from height. Of the 16 patients examined, 12 patients underwent immobilization of the cervical spine using the Halo device. 4 patients underwent surgical treatment - fixation of the fracture of the odontoid process of the CII vertebra with a cancellous screw. In all cases, good results were obtained. Conclusions: non-displaced odontoid fractures can be treated conservatively using the Halo device. Displaced fractures are an indication for surgical treatment - fixation of the fracture with a cancellous screw.

Key words: fracture, odontoid process CII, spine, Halo apparatus, fixation.

Актуальность. Повреждения краниовертебрального отдела считается одной из самых тяжелых травм позвоночника (3). По данным многих авторов (1,2,4), переломы зубовидного отростка CII позвонка встречаются от 8 до 18% случаев от всех переломов шейного отдела позвоночника.

Причинами перелома зубовидного отростка являются падение с высоты, удар по лобной области, чрезмерное сгибание и разгибание шейного отдела позвоночника (при ДТП) и ротационный механизм развития повреждений.

Переломы зубовидного отростка CII позвонка наиболее часто встречаются в молодом возрасте, у лиц трудоспособного возраста – от 25 до 45 лет. При переломах без смещения обычно неврологическая симптоматика включает боли в верхнешейном отделе позвоночника, ограничение движений. Переломы зубовидного отростка при смещении костных отломков приводят к сдавлению каудальных отделов продолговатого мозга, что становится причиной развития грубой неврологической симптоматики, а в некоторых случаях летального исхода.

Диагностическими методами исследования являются рентгенография, МСКТ и МРТ шейного отдела позвоночника. С целью определения типа перелома широко применяются предложенные классификации L.D.Anderson и R.T.Alonzo (1974) и А.А. Луцика, Н.К. Раткина (1998), которые делят переломы зубовидного отростка на типы с учетом наличия или отсутствия смещения и направление смещения.

Таким образом, высокая частота встречаемости перелома зубовидного отростка СII позвонка со смещением костных отломков часто приводит к летальному исходу. В связи с этим, своевременная диагностика с применением современных методов исследования и внедрение в нейрохирургическую практику новых хирургических методов лечения является одной из актуальных проблем нейрохирургии.

Материалы и методы исследования. В нейрохирургическом отделении Андиганского филиала РНЦЭМП находились 16 больных с переломом зубовидного отростка СII позвонка. Возраст больных от 20 до 45 лет. Среди обследованных больных мужчин – 12 (75,0%) и женщин – 4 (25,0%) больных. При распределении по механизму травмы: автодорожная травма в результате столкновения было выявлено у 11 (68,7%) и падение с высоты у 5 (31,2%) больных. При клинико-неврологическом обследовании у 2 (12,5%) больных были признаки функционального нарушения функции спинного мозга, которое проявлялось тетрапарезом. В остальных 14 (87,5%) случаях основными жалобами больных были боли в шейном отделе позвоночника, усиление болей при активных движениях и ограничение движений в шейном отделе позвоночника. При пальпации отмечались боли на уровне повреждения, напряжение паравертебральных мышц.

Всем больным при поступлении с стационар проводилось МСКТ исследование шейного отдела позвоночника, при котором было выявлено перелом зубовидного отростка СII позвонка. В 2 (12,5%) случаях

было отмечено незначительное смещение зубовидного отростка, а в остальных 14 (87,5%) случаях перелом без смещения.

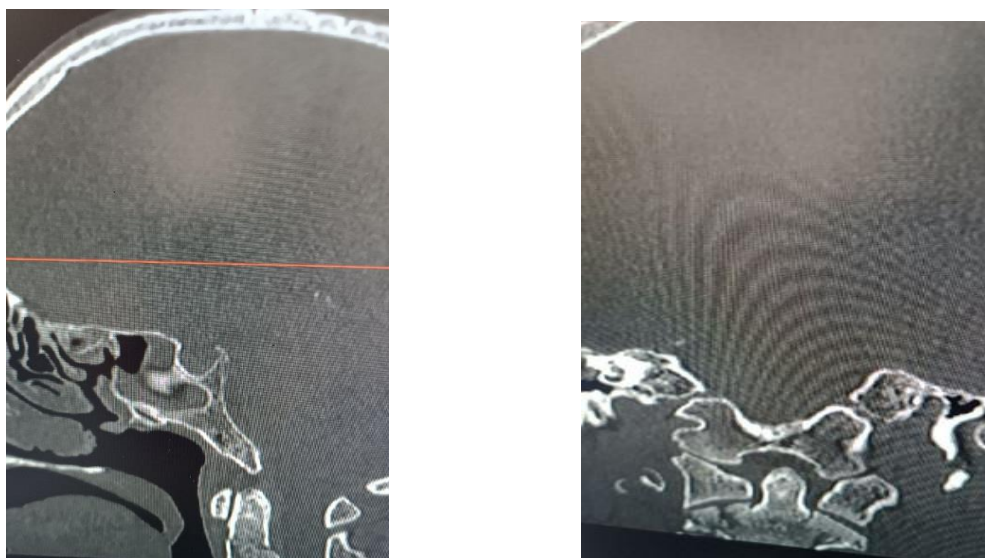


Рис.1. МСКТ картина перелома зубовидного отростка CII позвонка без смещения.

Таблица 1.

Результаты МСКТ исследования больных.

МСКТ признаки перелома	мужчины		женщины		всего	
	abs	в %	abs	в %	abs	в %
Перелом без смещения	11	68,7	3	18,8	14	87,5
Перелом со смещением	1	6,2	1	6,2	2	12,4

Лечение. На основании полученных данных исследования проводилось консервативное и хирургическое лечение. Консервативное лечение путем установления Halo аппарата проведено 12 (75,0%) больным, со сроком иммобилизации на 3 месяца.

Оперативное лечение проведено 4 (25,0%) больным. Показаниями к операции служили:

1. Признаки перелома зубовидного отростка CII позвонка;
2. Неврологические нарушения;
3. Перелом со смещением;

4. Возможное усугубление неврологических нарушений.

С 2023 года в нейрохирургическую практику внедрен способ фиксации перелома зубовидного отростка спонгиозным винтом.

Методика проведения операции: под общим обезболиванием, после соответствующей обработки кожи, производится поперечный разрез кожи по передней поверхности шеи, длиной до 4 см. Тупым путем производится отслойка мягких тканей и доходят до переднего края II-III шейного позвонков. Под интроскопическим контролем при помощи ЭОП спонгиозный винт через тело позвонка проводится в зубовидный отросток и производится фиксация перелома. Швы на рану. Иод. Асептическая повязка.

Пример: больной Ю, 27 лет. Был доставлен в приемное отделение АФ РНЦЭМП с жалобами на боли и ограничение движений в шейном отделе позвоночника.

Из анамнеза: травма шейного отдела позвоночника в результате ДТП. С места происшествия сотрудниками СМП доставлен в стационар. В приемном отделении больной осмотрен нейрохирургом, невропатологом. Проведено МСКТ исследование шейного отдела позвоночника. по результатам МСКТ исследования выявлен перелом зубовидного отростка СII позвонка. Больной госпитализирован в нейрохирургическое отделение.

Объективное обследование: в момент осмотра больной в сознании. Кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета. Костно-суставная система без изменений. Дыхание самостоятельное, ЧДД – 18-20 раз в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс – 84 уд/мин. А/Д – 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: в сознании, правильно отвечает на поставленные вопросы. Ориентирован во времени и в пространстве.

Зрачки OD=OS, фотореакция сохранена. Мимика сохранена. Фокация не нарушена. Чувствительных нарушений не выявлено. Сила мышц в конечностях = 4-4,5 балла. Сухожильные рефлексy BR, TR, PR, AR D=S, вызываются. Патологических стопных знаков нет.

Местно: кожа по задней поверхности шеи чистая. Пальпаторно отмечается боль на уровне CII-CIII позвонков. Шейный лордоз сглажен. Отмечается напряжение паравертебральных мышц.

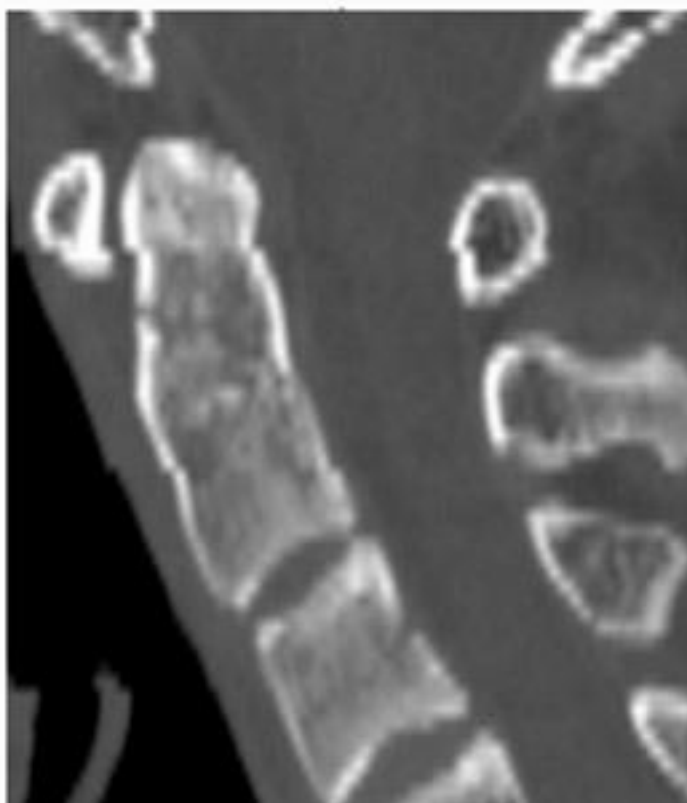


Рис.2. Перелом основания зубовидного отростка CII позвонка без смещения. По классификации Anderson и Alonzo (1974), перелом соответствует II типу.

После проведенного обследования больной оперирован. Операция – фиксация перелома зубовидного отростка CII позвонка спонгиозным винтом.

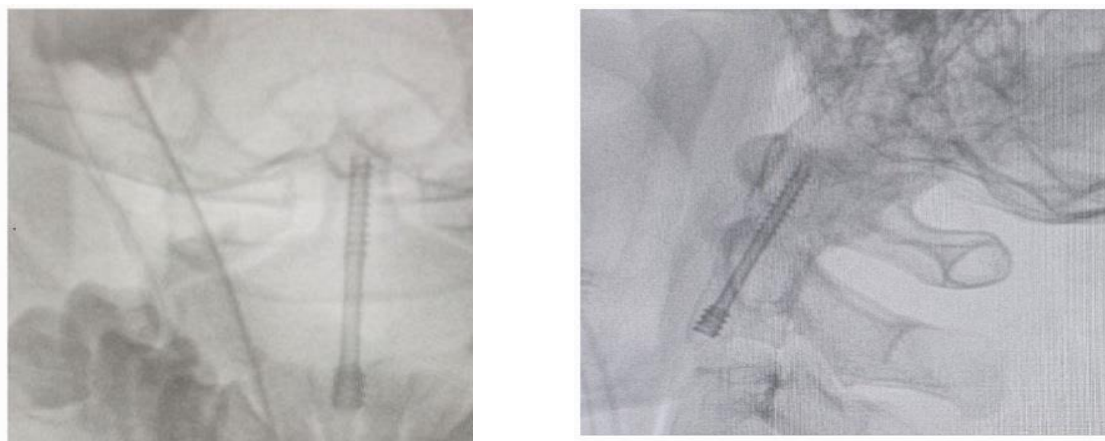


Рис. 3. Вид после операции фиксации перелома зубовидного отростка СII позвонка спонгиозным винтом (прямая и боковая проекция).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной на 8 сутки выписан домой, для продолжения лечения по месту жительства под наблюдением врача невропатолога.

Результаты. У всех оперированных больных послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Больным в послеоперационном периоде назначали антибиотики, сосудистые, обезболивающие и общеукрепляющие препараты. Отмечен полное исчезновение болевого синдрома. Регресс неврологических нарушений (группа Е по Frankel, 12 баллов по шкале JOA). Больные активизированы на 2-3 сутки после операции. По заживлении послеоперационной раны швы сняты на 7-8 сутки и больные выписаны для продолжения лечения в амбулаторных условиях по месту жительства. Контрольные МСКТ исследования через 3 и 6 месяцев показали удовлетворительное стояние винтов.

Выводы.

1. Все больные с подозрением на повреждение позвоночника должны быть доставлены в специализированные нейрохирургические отделения.

2. Больные должны быть исследованы путем применения МСКТ и МРТ с целью определения характера и вида перелома позвоночника.

3. При переломах зубовидного отростка СII позвонка без смещения и неврологического дефицита можно использовать Halo аппарат с целью иммобилизации со сроком на 3 месяца.

4. Фиксация перелома зубовидного отростка спонгиозным винтом обеспечивает надежную фиксацию перелома, предотвращает возможные неврологические осложнения и сокращает сроки стационарного лечения больных.

Использованная литература:

1. Климов В.С., Шулев Ю.А. Клинико-эпидемиологический анализ острой травмы шейного отдела позвоночника и спинного мозга в Тульской области. //Нейрохирургия. 2008. № 3. С. 68-72.
2. Луцик А.А., Раткин И.К., Никитин М.Н. Краниовертебральные повреждения и заболевания. – Новосибирск: Издатель. 1998. – 557 с.- ISBN588399-003-7.
3. Макаревич С.В., Бобрик П.А., Зарецкий С.В., Бабкин А.В., Мазуренко А.Н., Сацкевич Д.Г., Пустовойтов К.И. Гало-коррекция при травмах и заболеваниях шейного отдела позвоночника у детей и взрослых.//Травматология и ортопедия России. 2008. № 3(49). С. 94-95.
4. Anderson L. Fractures of odontoid process of the axis. In Bailey R.,Sherk H, Dunn E (eds). The Cervical Spine, Philadelphia. J.B.Lippincott. 1983. 206-223.
5. Anderson LD, DAlonzo RT. Fractures of the odontoid process of the axis. J Bone Joint Surg Am 1974; 56: 1663-1674ю ВЦШ: 10.2106/00004623-197456080-00017.