
ИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА

© С.Т. Ветрилэ, С.В. Колесов, 1995

С.Т. Ветрилэ, С.В. Колесов

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛОГО ТРАНСДЕНТАЛЬНОГО ВЫВИХА АТЛАНТА С ПОМОЩЬЮ ГАЛО-АППАРАТА

Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва

Застарелые трансдентальные вывихи атланта относятся к наиболее тяжелым повреждениям позвоночника. В этой области позвоночные артерии, спинной мозг, черепные нервы находятся в тесном контакте. По данным литературы [3], в 25% случаев при переломах зубовидного отростка С2 позвонка развивается тяжелая неврологическая симптоматика.

Трудность лечения застарелых дислокаций в верхнешейном отделе связана со сложностью репозиции и опасностью формирования ложного сустава. Особенно высока вероятность образования ложного сустава при переломе в области шейки зубовидного отростка [4], при дислокации отломков более чем на одну треть.

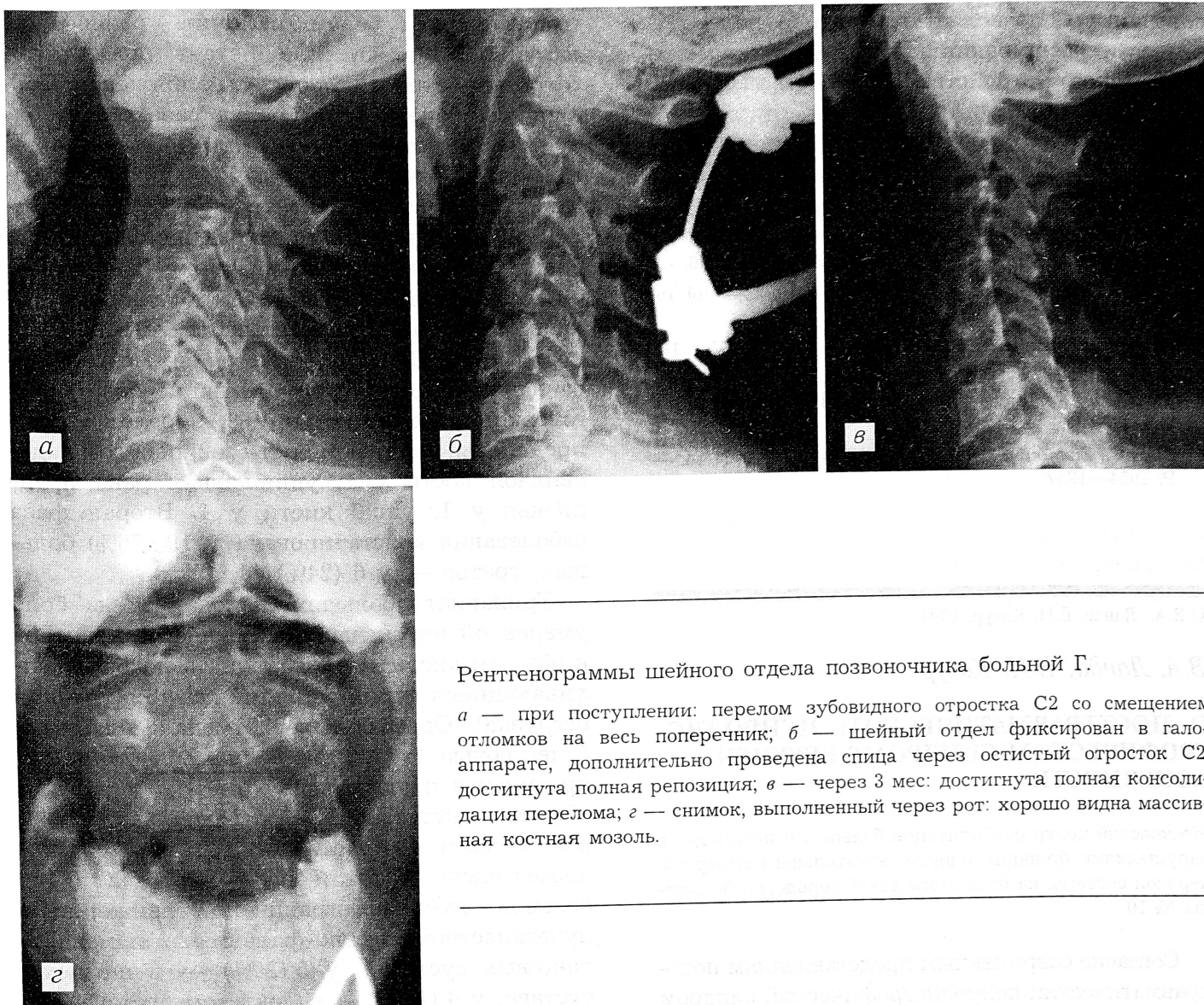
Единого подхода к лечению больных с застарелыми переломами зубовидного отростка до настоящего времени нет. А.А. Луцик [1] рекомендует выполнять из трансорального доступа переднюю декомпрессию спинного мозга и передний окципитоспондилодез. Я.Л. Цивьян [2] подходит к верхнешейному отделу позвоночника из переднебокового доступа и производит «черепицеобразный» передний спондилодез. Зарубежные авторы отдают предпочтение заднему окципитоспондилодезу, а в последние годы появились работы, в которых описывается новая техника остеосинтеза неконсолидирующихся переломов



зубовидного отростка винтом под контролем ЭОП [4—6]. Все эти оперативные вмешательства требуют высокой хирургической техники, весьма сложны и довольно тяжело переносятся больными.

Мы располагаем наблюдением, в котором при застарелом переломе зубовидного отростка с передним трансдентальным вывихом атланта полная репозиция и консолидация перелома была достигнута при помощи гало-аппарата. Преимущество гало-аппарата состоит в жесткой стабилизации шейного отдела позвоночника в сочетании с возможностью динамической дозированной коррекции деформации при сохранении мобильности больного.

Б о л ь н а я Г., 27 лет, получила травму шейного отдела позвоночника в автоаварии. Машинной скорой помощи была доставлена в городскую больницу. Произведена рентгенография шейного отдела позвоночника, перелом зубовидного отростка не выявлен, и больная с наложенным воротником Шанца отпущена домой для наблюдения по месту жительства. Через 2 нед самостоятельно сняла воротник и длительное время ходила без всякой иммобилизации. Постепенно боли в шейном отделе позвоночника стали усиливаться, нарастало ограничение движений в нем. В связи с этим спустя 2 мес после травмы больная обратилась в травматологический пункт. Повторно произведена рентгенография шейного отдела позвоночника и диагностирован перелом зубовидного отростка с передним трансдентальным вывихом атланта (см. рисунок, а).



Рентгенограммы шейного отдела позвоночника больной Г.

а — при поступлении: перелом зубовидного отростка С2 со смещением отломков на весь поперечник; *б* — шейный отдел фиксирован в гало-аппарате, дополнительно проведена спица через остистый отросток С2, достигнута полная репозиция; *в* — через 3 мес: достигнута полная консолидация перелома; *г* — снимок, выполненный через рот: хорошо видна массивная костная мозоль.

Больная была госпитализирована в отделение патологии позвоночника ЦИТО. К этому времени с момента травмы прошло 9 нед. При осмотре отмечены вынужденное положение головы (слегка наклонена вправо и ротирована влево), значительное ограничение движений в шейном отделе позвоночника. Пальпация шейного отдела болезненна на уровне С1 и С2 позвонков. Наблюдается резкое выстояние остистого отростка С2 позвонка. Мышечная сила верхних и нижних конечностей сохранена, расстройств чувствительности не выявлено. Рефлексы на руках и ногах оживлены.

На рентгенограммах шейного отдела позвоночника определяется застарелый перелом основания зубовидного отростка С2 позвонка. Атлант вместе с отломком зубовидного отростка смещен кпереди на весь поперечник.

Больной был наложен аппарат для гало-тракции и в течение 2 нед осуществлялось дозированное вытяжение шейного отдела позвоночника. От-

ломки были растянuty, но оставалось смещение по ширине. Вторым этапом через остистый отросток С2 проведена спица, которая затем натянута в скобе, скоба подсоединена к штангам гало-аппарата. За счет создания упора в остистый отросток и тяги за него достигнута полная репозиция отломка (см. рисунок, б). Гало-аппарат зафиксирован в этом положении. Через 3 мес на контрольных рентгенограммах выявлена полная консолидация перелома (см. рисунок, в, г). Аппарат снят. В течение 2 нед больная ходила в головодержателе из вспененного полиэтилена. Контрольный осмотр через месяц: жалоб нет, отмечается лишь небольшое ограничение движений в шейном отделе позвоночника.

Представленное наблюдение наглядно демонстрирует высокую эффективность использования гало-аппарата при лечении застарелого повреждения верхнешейного отдела поз-

воночника и позволяет говорить о целесообразности расширения показаний к применению данного устройства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Луцук А.А. Вертеброгенные шейные миелопатии и их нейрохирургическое лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1979.
2. Цивьян Я.Л. Хирургия позвоночника. — М., 1966.
3. Della T., Rinonapoli E. //Int. Orthop. — 1992. — Vol. 16, N 3. — P. 227—231.
4. Heggens M., Doherty B. //Spine. — 1993. — Vol. 18, N 14. — P. 1945—1949.
5. McCleary A. //Ibid. — 1993. — Vol. 18, N 17. — P. 932—935.
6. Starr J., Eismont F. //Ibid. — 1994. — Vol. 18, N 14. — P. 1954—1957.

© В.А. Ланда, Е.И. Качур, 1995

В.А. Ланда, Е.И. Качур

О ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Московский центр реабилитации больных и инвалидов с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата, нервной системы на базе Московской городской больницы № 10

Согласно современным представлениям посттравматический нейродистрофический синдром (ПТНДС) может рассматриваться как сложный рефлекторный процесс, в формировании которого обязательно участвуют центральная нервная система (определенные сегменты головного мозга), пограничный симпатический нервный ствол и периферическая нервная система (магистральные нервные стволы верхней и нижней конечности). Основным патоморфологическим механизмом является синдром регионарной капиллярно-трофической недостаточности [1—3, 5]. В соответствии с классификацией В.Ф. Павлова [4] в клинической картине выделяют три фазы: так называемое коллатеральное воспаление, дистрофическую и атрофическую фазы. Известно, что первая фаза проявляется значительно выраженным болевым синдромом в области поврежденного сегмента конечности, определяются гиперемия кожи кисти и предплечья, отек этой области. Для второй фазы характерно уменьшение

интенсивности болей, наличие трофических нарушений (кожа приобретает цианотично-багровый оттенок, лоснится, напряжена, выражен отек конечности). Третья фаза характеризуется отсутствием болей (или они выражены в малой степени), нормализацией трофики, формированием стойких контрактур суставов.

Под нашим наблюдением находилось 25 больных с повреждениями верхней конечности, осложненными ПТНДС (5 мужчин и 20 женщин, средний возраст соответственно 57,4 и 57,7 года). Перелом дистального метаэпифиза лучевой кости был у 18 пациентов, вывих головки плечевой кости у 2, перелом костей предплечья в верхней трети у 2, перелом ладьевидной кости у 1, ушибленная рана предплечья у 1, ушиб кисти у 1. Вторая фаза заболевания констатирована у 19 (76%) больных, третья — у 6 (24%).

Тринадцать больных жаловались на боли умеренной интенсивности ноющего характера в области кисти, возникающие в покое и усиливающиеся при движениях (физическая нагрузка). Одна больная отмечала усиление болей ночью, 3 (12%) — боли в области плеча, предплечья и кисти, одну беспокоили боли в области шейного отдела позвоночника, плечевого и локтевого сустава, т.е. развились синдромы плечо—кисть и шея—рука. У 21 (84%) больного имелись ограничения движений в лучезапястном, пястно-фаланговых и межфаланговых суставах, у 5 (20%) — в плечевом суставе, у 4 (16%) — в локтевом суставе. Все больные жаловались на снижение силы кисти, 20 (80%) — на нарушение схвата кисти.

При осмотре у больных с переломом дистального метаэпифиза лучевой кости обращала на себя внимание штыкообразная деформация нижней трети предплечья, у больных с последствиями вывиха плеча отмечалась выраженная гипотрофия мышц надплечья и плеча. Неврологические нарушения имелись у 8 (32%) больных: невропатия лучевого, локтевого, срединного нерва — у 1, локтевого и срединного нерва — у 3, локтевого нерва — у 4. Рентгенологически у всех больных диагностирован пятнистый остеопороз дистальных отделов конечности. При реовазографическом исследовании у всех больных отмечены уменьшение пульсового кровенаполнения кисти и предплечья, повышение артериального тонуса, у 13 — затруднение венозного оттока и снижение венозного тонуса. Электромиография