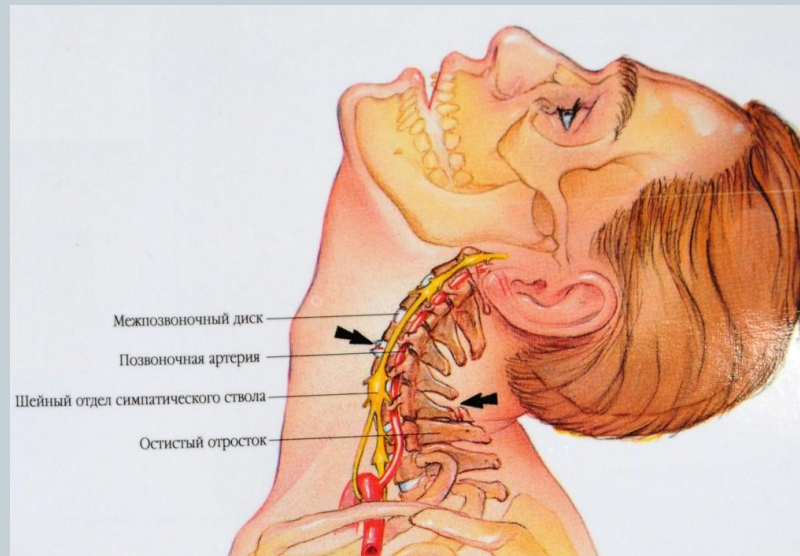


Перелом шейного отдела позвоночника



ПРЕЗЕНТАЦИЯ С.ШАЛИБАШВИЛИ



- **Нарушение целостности одного или нескольких шейных позвонков в результате травматического воздействия. Возникает вследствие удара, падения на голову, резкого сгибания или разгибания шеи. Проявляется болями в шее, ограничением движений и спастическим напряжением мышц.**





- Переломы шейных позвонков составляют около 30% от общего количества переломов позвоночника. При этом в 40-60% случаев наблюдается повреждение спинного мозга той или иной степени тяжести. Около 30% пациентов с такими переломами гибнут на месте вследствие шока, а также тяжелых нарушений дыхания и сердечной деятельности, обусловленных повреждением нервных структур. Основная часть пациентов с переломами шейного отдела позвоночника – активные люди молодого и среднего возраста.

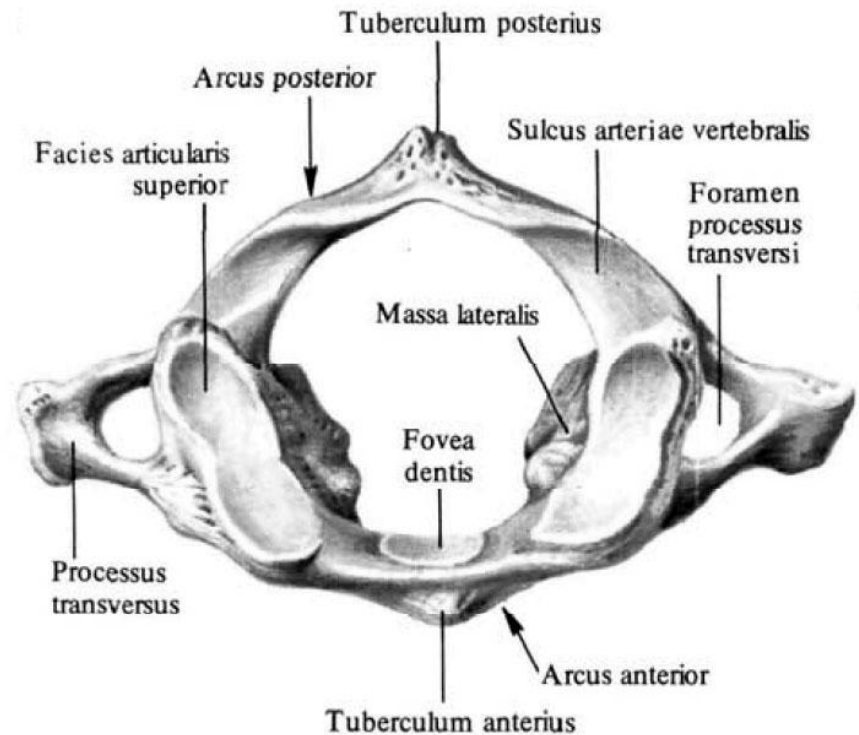
Причины



- Причиной травмы обычно становится падение на голову с высоты, ныряние в воду в недостаточно глубоких местах, резкое сгибание (реже – разгибание) шеи при внезапном торможении транспорта или удар головой о крышу автомобиля при движении по плохой дороге. Чаще всего выявляются компрессионные переломы IV, V и VI позвонков, однако наиболее тяжелые последствия возникают при переломах I и II позвонков.

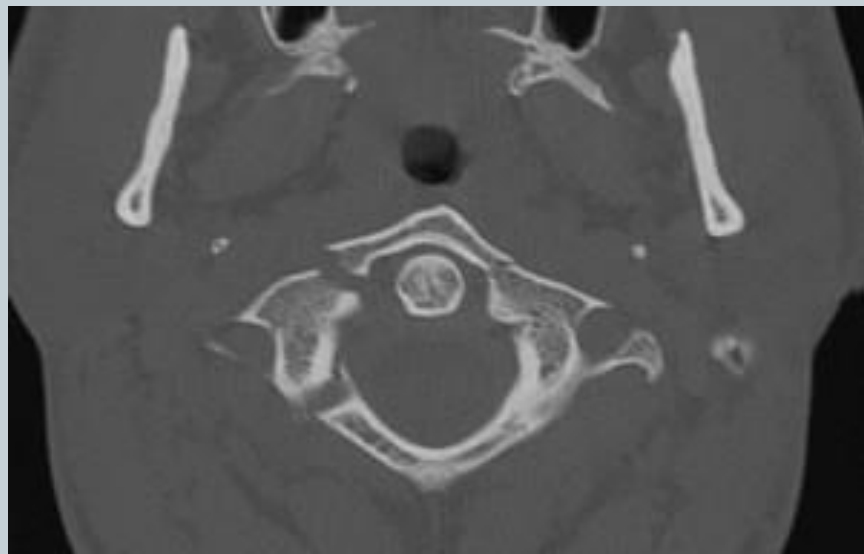
Перелом первого шейного позвонка

- I шейный позвонок (атлант) имеет вид кольца и является своеобразным «основанием», на котором держится голова. Своими вогнутыми поверхностями он сочленяется с выпуклыми мышцелками затылочной кости, образуя сустав с тонкими хрящевыми поверхностями, капсулой и связками. Между затылочной костью и I шейным позвонком нет толстой хрящевой прокладки (межпозвонкового диска), поэтому при ударе головой травмирующая сила передается на атлант без амортизации.





- Самым тяжелым повреждением атланта является «лопающийся» перелом или перелом Джефферсона, при котором целостность кольца атланта нарушается сразу в четырех точках.





- Пациента беспокоит чувство нестабильности шеи, боли в шее, темени и затылке, возможна потеря чувствительности в теменной и затылочной области. Больной придерживает голову руками. При повреждении или сдавлении нервных структур выявляется неврологическая симптоматика. Рентгенография I шейного позвонка в специальной проекции (через рот) позволяет подтвердить нарушение целостности атланта и оценить степень смещения дуг.

Перелом второго шейного позвонка

- II шейный позвонок (аксис) также имеет форму кольца. В передних отделах этого кольца находится массивный костный вырост, называемый зубом. Зуб соединяется с задней поверхностью атланта, образуя сустав Крювелье. Кроме того, атлант и аксис сочленяются между собой при помощи широких и плоских симметрично расположенных суставных поверхностей. Из-за особенностей строения верхних отделов позвоночника при травмах обычно страдает зубовидный отросток. Могут выявляться переломы зуба трех типов. Первый тип – отрывное повреждение верхушки зуба, редко встречающийся стабильный перелом. Второй тип – повреждение узкой части зуба, нестабильный перелом, наблюдается более чем в 50% случаев. Третий тип – повреждение основания зуба, в 20% случаев сопровождается неврологическими нарушениями.

Второй шейный позвонок (аксис)





- С учетом степени смещения атланта и выраженности симптоматики выделяют три степени перелома зубовидного отростка. При первой степени смещение отсутствует, больной предъявляет жалобы на неприятные ощущения в области шеи и незначительные боли при движениях головы. При второй степени атлант и отломок зуба смещаются кпереди, а задняя часть I позвонка сдавливает спинной мозг. Возможна потеря сознания во время травмы или через некоторое время после нее, выявляется неврологическая симптоматика – от незначительных нарушений чувствительности до парезов и параличей. При третьей степени из-за значительного смещения обычно возникают тяжелые повреждения нервных структур, несовместимые с жизнью.



Лечение переломов шейного отдела позвоночника



- В большинстве случаев при переломах шейных позвонков показано консервативное лечение. Пациентов госпитализируют в травматологическое отделение. При неосложненных переломах без смещения проводят иммобилизацию с использованием воротника по типу Шанца, гипсового корсета или жесткого воротника сроком до 4 месяцев. При наличии смещении и опасности повреждения спинного мозга применяют вытяжение петель Глиссона в сочетании с корректирующими подушками или валиками.





- При сгибательных переломах подушку под голову не кладут, под плечи подкладывают валик. При разгибательных повреждениях используют две подушки, подложенные под голову пациента, после устранения компрессии подушки убирают. Через 15-30 суток вытяжение снимают и накладывают жесткий воротник или гипсовый полукорсет сроком на 3-4 месяца. Больным назначают обезболивающие, физиотерапевтические процедуры и лечебную гимнастику.



- Хирургические вмешательства проводят при нестабильных переломах и переломовывихах шейных позвонков (особенно в сочетании со сдавлением или повреждением спинного мозга), оскольчатых компрессионных переломах, а также при неэффективности консервативного лечения. Для фиксации позвонков применяют ламинарные контракторы, трансартикулярные фиксаторы или пластины. В послеоперационном периоде назначают антибиотики, анальгетики, ЛФК, массаж и физиопроцедуры, в последующем проводят реабилитационные мероприятия.

Спасибо за внимание

