ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА

Д.А. Рублевская, 4 курс

Научный руководитель – О.В. Гаврилович, старший преподаватель

Полесский государственный университет

Актуальность. Травмы позвоночника – это серьезные повреждения, которые могут привести к инвалидности и даже смерти. Травматические поражения спинного мозга обычно связаны с повреждением позвоночника вследствие спортивных травм (17%), несчастных случаев на дорогах (39%), производственных травм (24%), вследствие нападений (24%). Позвоночно-спинномозговые травмы, имеют высокие показатели летальности и инвалидизации, а так же отсутствием общепринятых подходов к комплексному лечению и реабилитации данной категории людей.

Повреждения спинного мозга приводят к множеству неврологических, ортопедических, психологических, трофических и висцеральных нарушений, причем, чем выше уровень и больше степень повреждения, тем более длительной и экономически затратной является реабилитация. У значительной части больных с повреждением позвоночного столба особенно с шейным и грудным уровнями поражения, развиваются депрессия, которая приводит к существенному замедлению процессов восстановления[3, с.14].

При позвоночно-спинномозговой травме повреждающий агент с большой силой вызывает механическое повреждение позвоночника и/или содержимого позвоночного канала (спинного мозга, его оболочек и сосудов, спинномозговых нервов). Повреждение возникает не только в месте приложения силы, но и на расстоянии вследствие нарушений в сосудистом коллекторе (стазы, тромбозы, расстройства микроциркуляции). Иногда зона ишемии распространяется на довольно большую территорию[1, с.237].

Таблица 1. – Периоды при повреждении позвоночного столба и спинного мозга

Период	Длительность	Описание
Острый период	первые 2-3 суток	Некротические изменения в спинном мозге за счет непосредственного повреждения, а также отека, расстройства кровотока и лимфообращения
Ранний период	2-3-я неделя	Характеризуется очищением очагов первичного травматического некроза, признаками деструктивных изменений в нервных волокнах и нервных пучках, первыми признаками репаративных процессов.
Промежуточный период	3-4-й месяцы	Наблюдаются организация дефекта, начальное формирование соединительнотканного рубца и кист, признаки регенерации нервных волокон.
Поздний период	от 3-4 месяца до 2-3 лет после травмы	Характеризуется заключительной фазой рубцевания и формирования кист, продолжающимися деструктивными и репаративными процессами в нервной ткани.
Резидуальный период	через 2-3 года после травмы	проявляются последствия травмы и остаточные явления, а также формирование нового уровня неврологических функций, которые будут постоянными

Клиническая картина позвоночно-спинномозговой травмы включает следующие нарушения:

1) Моторные - параличи или парезы с изменением тонуса мышц и сухожильных рефлексов. В результате этого существенно страдают функции опоры, ходьбы и хватания, формирование сложных сочетаний движений.

2) Сенсорные - выпадение чувствительности, в том числе мышечно-суставного чувства.

3) Трофические - мышечные гипо- и атрофии, пролежни, трофические язвы.

4) Тазовые расстройства по типу задержки или недержания отправления, половая дисфункция [5, с.160].

Классификация травм позвоночника и спинного мозга

В локальном статусе в области травмы можно наблюдать отёк, деформацию, наличие подкожной гематомы. При пальпации остистых отростков и паравертебральных точек может быть резкая болезненность. Основные виды повреждений спинного мозга и позвоночного столба можно разделить на 4 механизма:

- сгибательный;
- разгибательный;
- сгибательно-вращательный;
- компрессионный.

В зависимости от механизма возникновения травмы развивается различная клиническая картина и морфология повреждений[4,с.160].

В зависимости от тяжести и локализации повреждения травма спинного мозга вызывает различные нарушения. Наиболее распространённым последствием является изменение походки, чувствительности и сенсомоторной функции, приводящее к нарушениям функций ног, рук или всего тела. Неполное повреждение означает сохранение сенсорной или моторной функции ниже уровня повреждения[6].

Таблица 2. – Виды травм повреждения позвоночного столба

Виды травм	Описание травмы
Ушиб позвоночника	Такие повреждения являются самыми легкими. После них возникают боль и дискомфорт во время сидения на жестких основаниях
Частичный или полный разрыв Капсульно-связочного Аппарата позвоночного двигательного сегмента	Могут быть как прямые травматические воздействия на позвоночник, так и опосредованная его травма при падении с высоты, при дорожно-транспортных происшествиях, насильственном сгибании при завалах
Самовправившийся вывих позвонка	Это вид позвоночно – спинальной травмы, который представляет собой смещение позвонка по отношению к нижележащим позвонкам в момент травмы и возвращение в анатомическое положение к моменту исследования.
Разрыв межпозвонкового диска;	Также называемый грыжей или проскальзыванием диска – происходит, когда часть позвоночного диска выпячивается или разрывается, соскальзывая со своего места. Это раздражает окружающие нервы, вызывая боль, дискомфорт, онемение и слабость во всем теле.
Вывихи позвонков	Смещение позвонков относительно друг друга. Подвывих представляет собой неполную травму, при которой подвижность сохраняется. Наиболее часто случаются вывихи позвоночника в шейном и поясничном отделах (они являются самыми лабильными), иногда в грудном.
Переломы позвонков	Являются самыми опасными. Они приводят к обездвиженности, выраженному болевому синдрому и другим проявлениям дискомфорта. Зачастую после данной травмы человек оказывается прикованным к постели на несколько месяцев

Прежде всего при выборе лечения необходимо провести диагностику возможностей пациента к выполнению действий по самообслуживанию и ходьбе. Оценить функции верхних и нижних конечностей. Необходимо развить способность действовать пальцами, кистью, толкать или тянуть предмет, передвигаться самостоятельно или с помощью технических средств, передвигать предмет, действовать обеими руками, пользование столовыми приборами, умывание, причёсывание и др. Особенно важно научить пациента безопасному использованию бытовой и сложной техники[2, с.184].

Вывод. Для профилактики развития патологий позвоночника не менее важно правильно питаться, вести активный образ жизни. Если по условиям труда человек вынужден проводить рабочий день в сидячем положении, спину нужно опереть, чтобы она располагалась прямо. Это предупредит развитие остеохондроза, других дегенеративных и дистрофических изменений, грозящих сильными болями, ограничением подвижности. При длительном пребывании стоя, лучше перио-

дически менять позу. Для профилактики травмирования шейного отдела позвоночника при резких маневрах требуется наличие подголовника. При переноске тяжелых предметов сохраняют вертикальное положение, для правильной нагрузки на позвоночный столб. Если бытовые действия предполагают наклон корпуса, нагрузку на спину можно сократить, если опереться свободной рукой на какой-либо предмет[3, с.17].

Полезно заниматься физкультурой, с регулярными упражнениями для развития мускулатуры, улучшения подвижности позвоночного столба. Разумная профилактика предупредит развитие нарушений.

Список использованных источников

1. Амелина, О. А. Травма спинного мозга. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы / О. А. Амелина. – Спб., 1998. – С. 232–248.
2. Григоренко, В. Г. Педагогические основы физической и социальной реабилитации инвалидов с нарушениями функций спинного мозга / В. Г. Григоренко. – М.: Советский спорт, 1991. – Ч. I – 204с.; Ч. II – 184 с.
3. Крылов В. В., Гринь А. Л. Травматическая болезнь спинного мозга. Этиология и патогенез, клиническая картина повреждения спинного мозга. Хирургическое лечение повреждений позвоночника и спинного мозга // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга. М., 2010. С. 14-19.
4. Морозов, И.Н., Млявых, С.Г. Эпидемиология позвоночно-спинномозговой травмы (обзор). – Медицинский альманах. – 2011. - №4. – с.157-159.
5. Повреждения позвоночника и спинного мозга / Под ред. Н.Е. Полищука, Н. А. Коржа, В. Я. Фищенко. – Киев: "КНИГА плюс", 2001