

Из 6. Уманской окрбольшницы (Зав. д-р Я. Б. Динерман).

Переломы позвоночника в условиях быта и работы села.

Д-р Я. Б. Динерман.

Задача лечения перелома позвоночника двойная: первая — восстановить просвет позвоночного канала с целью устранения мозговых и нервных симптомов, и вторая — восстановить опорную прочность позвоночника. Спор о том, в достаточной ли мере ламинектомия разрешает первую задачу до сих пор не закончен и поэтому единодушия между консерваторами и радикалистами нет и поныне.

Кохер делит переломы позвоночника на две группы: частичные и полные. К первым он причисляет компрессионные переломы тела и изолированные переломы заднего отдела позвонков. Сохранение в целости одного из этих отделов позвонка защищает до известной степени мозг спинной от грубых повреждений. К полным Кохер причисляет те переломы, которые комбинируются с вывихом, с поворотом позвонка вокруг оси. Шмиден отклоняет классификацию Кохера, так как на ней трудно базировать показания к операции и предлагает свою классификацию переломов тел позвонков в зависимости от степени смещения отломков. Классификация Шмидена кладет в основу рентгенограмму, так как только она помогает в значительной мере решить вопрос, является ли паралич, вызванный переломом, прогностически благоприятным, или безнадежным. Конечно, нельзя забывать, что даже незначительное смещение отломков может дать безнадежный паралич, и наоборот, значительное смещение наблюдается иногда без сопутствующих параличей. Шмиден делит все переломы тела на четыре следующие группы: 1. Компрессионный перелом тела. 2. Косой перелом с клиновидным отломком, смещенный кпереди. 3. Типичный перелом с вывихом. 4. Тотальное смещение кпереди вышележащих позвонков благодаря полному разъединению поломанного тела позвонка.

Нужно сказать, что при меньшем смещении отломков поражение мозга меньше. Но в нижней части грудного отдела, где канал уже, достаточно небольшого смещения отломка позвонка, чтобы вызвать давление, уничтожающее всякую проводимость. Параличи при небольшом смещении отломков объяснялись раньше травматической гематомой или гематомиелией. Но это взгляд не совсем правлен. Дело в том, что в момент травмы смещение отломков происходит более резко, чем это видно впоследствии на рентгенограмме; смещение в следующий момент за травмой значительно репонируется благодаря эластичности задней продольной связки; между тем проводимость мозга уже уничтожена навсегда первичным моментальным смещением. Вот почему во многих случаях, казалось бы небольшого смещения, операция остается безрезультатной. Наша надежда на успех операции базируется на том небольшом количестве случаев, где давление отломков вызвало в спинном мозгу еще восстанавливаемое нарушение. Уметь распознать такие случаи — главная задача хирурга.

По статистике Гаумана мозговые симптомы были налицо: при переломах шейных позвонков — 94,4%, грудных — 49,9%, — поясничных 42,9%.

В общем в $\frac{2}{3}$ случаев были налицо симптомы повреждения мозга; анкетная статистика Шмидена дает несколько другие цифры: на 3014 переломов — 1105 случаев с частичными или полными параличами, и так, только 36%.

При диагностике мы должны иметь ввиду следующие факторы: при полном поперечном повреждении все виды движения и чувствительности, включая рефлексы, отсутствуют ниже места перелома,

Та же неврологическая картина выступает при одном только сдавлении мозга, при его отечности или кровотечении в его субстанцию. Те же явления полного нарушения проводимости, правда, довольно быстро ослабевающие, могут быть и при одном только сотрясении мозга. В настоящее время нет еще способа дифференцировать все эти состояния и определить точный анатомический субстрат клинической картины; тем более, что чистые типичные формы патолого-анатомических изменений (напр. кровоизлияния в оболочки, контузия, сдавления, частичная или полная порезка спинного мозга) встречаются довольно редко. Гораздо чаще мы имеем дело с комбинацией различных моментов. Гематомиелия и кровоизлияние в оболочки редко бывают в чистом виде, но весьма часто осложняют различные виды повреждения мозга. Поэтому всякий прогноз особенно в начале заболевания невозможен. Некоторые указания может дать рентген. Но и этот метод не всегда точен.

Как можно своевременно распознать степень повреждения мозга? Как можно поставить прогноз и показание к операции в случаях полного паралича? Как следует действовать при неполных параличах? Показано ли выжидание?

Большинство немецких авторов отклоняют ранние операции на том основании, что вопрос об оперативном освобождении спинного мозга возникает только через несколько недель выжидания и консервативного лечения, когда не наступило никакого улучшения или даже появилось ухудшение симптомов. Относительно срока выжидания нет прописей: каждый случай должен иметь свою оценку.

Исход операции особенно благоприятен при сдавливающих переломах дужки и оскольчатых переломах задних отделов позвонка. В этих случаях ранняя операция целиком оправдывается опасением разращения мозоли и последующим повреждением мозга. Отломки должны быть удалены, и не должно быть никаких попыток к их поднятию. Я не стану здесь входить в детали операций. Укажу только, что почти все авторы высказываются против остеопластической операции. Следует остерегаться энергичных манипуляций долотом, при которых возможно дополнительное повреждение мозга. Исследование позвоночного канала необходимо делать выше и ниже места трепанации при помощи зонда. Неправильно ограничиваться только разгрузкой задней поверхности твердой оболочки. Как раз острых осколков можно опасаться спереди. Необходимо осторожно приподнять мозг и удалить все отломки. Очень часто хирург не может устоять против попытки вскрыть *durae*. В литературе это часто рекомендуется. Вскрытие *durae* имеет весьма малое диагностическое значение, ибо при мало измененном мозге на наружной поверхности, на разрезе — бесформенная размятая масса, и потому *Матти* совершенно справедливо предостерегает против излишнего вскрытия *durae*, которое увеличивает только опасность инфекции и возможность образования свища. Вскрытие *durae* допустимо только в поздних случаях, где миелография или клинические данные указывают на наличие кист или рубцовых тяжей или где *durae* резко изменена, утолщена и обуславливает сужение. Показано также вскрытие в области конского хвоста, где необходимо сшивание разорванных пучков. Осторожное ощупывание мозга через закрытую *dura* дает иногда много, так же как и пункция: хлопья в спинномозговой жидкости указывают на разрушение мозга. После всех ламинектомий необходимо тщательно зашить все слои мягких тканей и послеоперационное лечение производить без тампона и дренажа. *Магнус* и его школа и поныне являются главным представителем консервативного направления в деле лечения перелома позвоночника. В других клиниках объектом консервативного лечения являются главным образом переломы без мозговых симптомов. Однако и в этом отношении в последнее время делаются попытки стать на более активный путь. Целью является отнюдь не кровавая репозиция отломков, а исключительно профилактика вторичного смещения, усиление фиксации. Этой цели служат операция *Ольби*. Многие авторы вполне довольны результатами. Операция эта заменяет больным корсет и укорачивает время лечения. *Мюллердер* широко применяет эту операцию и весьма доволен функциональными результатами. Понятно, операция *Ольби* имеет значение только в легких случаях — без параличей. *Мюллердер* рекомендует три-четыре недели консервативного лечения, затем операция *Ольби*. Другие авторы как *Аншютц*, *Вирхер* применяют *Ольби* в ранней стадии. В анкете *Шмидена* имеются ответы 76 хирургов, и 23 человека сочувственно относятся к этой операции. И на 3014 переломах тел позвоночника операция *Ольби* была произведена только в 50 случаях (анкета *Шмидена*). Было бы абсолютно неправильным подвергать всякий легкий случай этой операции.

Совершенно отдельно стоит вопрос о переломах поперечных отростков позвонков. В последнее время такие переломы встречаются все чаще и чаще.

За последние 9 лет через хирургическое отделение Уманской межрайонной больницы прошло 25 человек с повреждением позвоночника. Все эти больные селяне, пострадавшие при выполнении какой-либо работы, связанной с условием труда или быта. Непосредственные причины повреждения можно вместить в следующие группы: Переехала сеялка — 1 случай. Переехала телега, груженная хлебом во время уборки — 4 сл. Придавлен мешками с зерном — 1 сл. Придавлен глиной — 5 сл. Придавлен стеной разбираемого сарая — 3 сл. — Падение в колодезь — 1 сл. — Получил удар при-

водным ремнем—2 сл. Падение с дерева или с крыши—8. Мужчин было 18. Женщин—7. По возрасту больные делились: 18 лет—1, от 20—30 лет—9 чел., от 30—40 лет—10 чел., 40—50—3 чел., и от 50—55—2 человека. Наибольшее число приходилось на возраст от 20 до 40 лет, т. е. на возраст, на который падает максимальная нагрузка на селе.

Шейные позвонки были повреждены—6 раз. Грудные—4 раза. 12-й грудной и 1-й поясничный—2 раза. Поясничные—13 раз. Тело позвонка было повреждено в 20 случаях. Дужка и поперечные отростки—5 раз.

Из 20 случаев переломов тел позвонков: мозговые явления, т. е. параличи конечностей с расстройством чувствительности, мочеиспускания и дефекации были—15 раз. Исключительно корешковые явления—5 раз. Переломы дужек повлекли параличи с расстройством чувствительности—4 раза. Корешковые явления—1 раз.

Из 25 больных подвергались ламинектомии обычно через 15—20 дней после повреждения—10 чел., умерло из них—5 чел.; остальные выздоровели. Консервативному лечению подверглось—14 чел. умерло—6 чел., выздоровело—8 чел. Один больной с переломом шейного позвонка умер через несколько часов по прибытии в больницу без всякого лечения. Следует оговориться, что всем ламинектомированным и даже некоторой части консервативно лечеными нами производилось высокое надлобковое сечение пузыря с герметическим вшиванием дренажной трубки. Операция эта, спасая больных от постоянного катетеризирования, предохраняла многих от обычных пиэлитов. Меня интересовала судьба тех 13 больных, которые после продолжительного лечения в отделении (иногда по 5—6 мес.) покидали больницу под рубрикой—„выздоровевшие“. 6 человек считают себя в настоящее время полностью здоровыми, принимают участие в жизни села, работают как и раньше. Но и у этих 6 временами появляется сильная боль на месте бывшей травмы, которая проходит после нескольких дней отдыха. У других „выздоровевших“ остались более или менее серьезные расстройства. Так, напр., одна сельская активистка, ламинектомированная около 5 лет назад, сообщает, что она чувствует себя хорошо, свободно передвигается, но временами выбывает из строя на 5—6 дней из-за недержания мочи, которое также беспричинно проходит, как и появляется. Двое „выздоровевших“ передвигаются на костылях, остальные хотя и ходят, но жалуются на быструю утомляемость. Если сопоставить отдаленные результаты с историями болезни, то видно, что полностью выздоровели больные с повреждением задних отделов позвонков; повреждение же тела дало только относительное выздоровление. Какие же выводы можно сделать на основании анализа литературы и собственного материала? 1. Немедленной операции подлежат переломы только дужек, сочетанные с мозговыми симптомами. 2. Ранняя операция при переломах тел с параличами не склоняет исхода в благоприятную сторону и не снижает смертности. 3. Для ламинектомии во второй стадии, т. е. через 15—20 дней с начала заболевания больше всего подходят больные с меняющейся неврологической картиной. 4. В поздней стадии мы находим в миелографии ценное средство для суждения о соотношениях между мозгом и твердой мозговой оболочкой, и следовательно для суждений о показаниях к операции. 5. Переломы без мозговых симптомов должны быть лечены консервативно.