ТЕМА: ПОВРЕЖДЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА, СПИННОГО МОЗГА И ТАЗА

План лекции:

1. Повреждения позвоночника

2. Вывихи позвонков

3. Осложненные переломы позвоночника

4. Заболевания позвоночника . Сколиоз

5. Заболевания спинного мозга. Спинномозговые грыжи

6. Опухоли спинного мозга и его оболочек

1. Повреждения позвоночника могут быть закрытыми (ушибы, растяжения связочного аппарата, переломы, вывихи) и откры­тыми при ранении холодным и огнестрельным оружием. Повреждения позвоночника вместе с другими органами называются сочетанными повреждениями позвоночника.

Переломы позвоночника. Типичным механизмом при перело­ме позвоночника является чрезмерное насильственное сгибание туловища, выходящее за пределы физиологической подвижности позвоночника.

Вторым механизмом перелома бывает чрезмерное сжатие тел позвонков при падении на голову или на ноги. Реже причиной служит прямая травма.

Различают изолированные переломы тел позвонков (ком­прессионные), переломы дужек и отростков (поперечных, ости­стых, суставных). Иногда наблюдается комбинация этих пере­ломов или сочетание перелома с вывихом позвонка. Изолиро­ванные вывихи встречаются чаще в шейном отделе позвоночника. Перелом может сочетаться с повреждением спинного мозга или его корешков.

Компрессионные переломы. Для таких переломов характерно клиновидное сплющивание спонгиозного вещества позвонка пре­имущественно в переднем, вентральном отделе. Степень ком­прессии может быть различной: от еле заметной до резкой кли­новидной деформации, вызывающей нарушение оси позвоночника. Наиболее частая локализация — нижнегрудной и верхнепояснич­ные отделы позвоночника.
Клиническая картина. Наблюдаются резкая болез­ненность в зоне остистого отростка поврежденного позвонка, де­формация в виде отчетливого горба или выстояния остистого отростка, напряжение спинных мышц, отсутствие функции, т. е. движений в этом отделе позвоночника. Для уточнения диагноза необходимо произвести рентгенографию данного отдела позво­ночника в двух проекциях.

Первая помощь и транспортировка. Больного укладывают вниз животом на жесткие носилки. Доставку его в лечебное учреждение и перекладывание производят осторожно, чтобы не вызвать дополнительного смещения позвонков и на­рушения целостности спинного мозга.



Лечение. При выраженных компрессионных переломах тел позвонков основой лечения является расправление сжатого по­звонка (реклинация). Ре к ли нация может быть осуществ­лена одномоментно. Больного при этом укладывают на два столика (рис. 155) для рук и ног; средняя часть туловища провисает. При постепенной реклинации больного в по­ложении на спине укладывают на щит, помещенный на кровать. Под зону перелома подкладывают мешочки с песком или специ­альную подставку, при помощи которой можно постепенно дозированно увеличивать рекли-нацию. Небольшие компрес­сионные переломы не требу­ют реклинации. Послерекли-нации накладывают гипсо­вый корсет (рис. 156) или применяют функциональный метод лечения. Последний заключается в создании «мы­шечного корсета» при выпол­нении специальных упраж­нений, направленных на ук­репление и развитие мышц спины.

Трудоспособность боль­ных, не занимающихся тя­желым физическим трудом, восстанавливается через 6—8 мес, при тяжелой физи­ческой нагрузке — через 8—12 мес.





2. Вывихи позвонков. Наиболее часто вывихи встречаются в шейном отделе позвоночника. В зависимости от смещения cv ставных поверхностей вышележащих позвонков различают вы­вихи: передние двусторонние, передние правые или левые зад­ние двусторонние, задние правые или левые.
Клиническая картина. При передних двусторонних вывихах голова как бы выдвигается вперед и несколько опу­скается. При переднем правом вывихе — повернута влево при переднем левом —вправо, при задних двусторонних — несколько запрокинута, при заднем правом —повернута вправо, при зад­нем левом — влево.

При всех видах вывихов в шейном отделе позвоночника ак­тивные движения отсутствуют, пассивные-весьма ограничены Выражена боль в шейном отделе позвоночника Для уточнения диагноза необходима рентгенограмма в двух проекциях

Лечение. Наиболее распространенным методом является вытяжение с помощью петли Глиссона на кровати с приподня­тым головным концом (рис. 157). В ряде случаев можно при­менить одновременное вправление. В основе этого вида вправле­ния лежит постепенная продольная тракция за голову с поворо­том головы в сторону, противоположную вывиху.
Переломы отростков и дужек позвонков. Механизм перело­ма—чаще прямая травма. В большинстве случаев наблюдаются переломы поперечных отростков.

Клиническая картина. При переломах отростков от­мечаются локальная болезненность по паравертебральной линии, затрудненное сгибание в противоположную сторону от зоны пе­релома. При переломах остистых отростков выявляются локаль­ная болезненность и видимая гематома. Могут наблюдаться кре­питация костных отломков и патологическая подвижность остистого отростка. При переломах дужек болезненность локаль­ная. Для уточнения диагноза необходима рентгенография в двух проекциях.
Лечение. Постельный режим на кровати со щитом в тече­ние 2—3 нед. Дозированные гимнастические упражнения.

3. Осложненные переломы позвоночника. Переломы позвоноч­ника, осложненные повреждением спинного мозга, его оболочек и корешков, довольно часты. Особенно часто спинной мозг по­вреждается при переломо-вывихах позвонков.

Клиническая картина зависит от степени и вида по­вреждения: наблюдаются эпидуральные, субдуральные и суб-арахноидальные гематомы, гематомиелия (кровоизлияние в ве­щество мозга), частичное или полное разрушение мозгового вещества. Возникают двигательные и чувствительные расстрой­ства, задержка акта мочеиспускания и дефекации, трофические расстройства в виде пролежней и отека конечностей. В первые часы и дни после повреждения у больного может развиться шок.

Лечение. В первые часы после травмы проводят противо­шоковую терапию. Как и при неосложненных переломах, осу­ществляют реклинацию, но одномоментная реклинация не реко­мендуется. При явлениях нарастания сдавления спинного мозга показано оперативное лечение — ламинэктомия с устранением причин сдавления спинного мозга. При полных разрывах спинно­го мозга операция неэффективна. Обычно операцию делают в первые дни после травмы.

При частичных повреждениях спинного мозга прогноз, как правило, благоприятный. При полных перерывах спинного мозга в дальнейшем больной, как правило, погибает вследствие при­соединившейся инфекции мочевых путей (восходящий уро-сепсис).

4. Заболевания позвоночника. Сколиоз. Сколиозом называется боковое искривление позво­ночника. Он может развиться в любом возрасте. Чаще встре­чается у девочек. Сколиозы могут быть врожденными и приоб­ретенными. Основой врожденных сколиозов чаще всего является расщепление тел или дужек, образование клиновидных позвон­ков и т. д. Приобретенные сколиозы по этиологии делятся на рахитические, статические, паралитические, травматические, руб-цовые, школьные и т. д.

Независимо от этиологического момента, сколиоз может ло­кализоваться в одном из отделов позвоночника (частичный) или захватывать весь позвоночник (тотальный). По характеру ис­кривления и его форме принято различать односторонний S-об-разный и тройной сколиоз.



Наблюдаются три степени сколиоза. При I степени больной может самостоятельно выпрямить позвоночник, придав туловищу соответствующее положение. При II степени происходит частич­ное исправление позвоночника. При III степени позвоночник полностью фиксирован в порочном положении.
Клиническая картина. Отмечаются отклонение позво­ночника от средней линии в сторону, слабость мышц, укороче­ние надплечья на стороне искривления, асимметричное располо­жение лопаток. Больные жалуются на быструю утомляемость и боли в спине. При изгибе в сагиттальной плоскости (кифоз) и торсии позвоночника образуется реберный горб (рис. 158).
Профилактика направлена на устранение причин ско­лиоза. Необходимо следить за физическим развитием ребенка, правильной посадкой его за столом и партой, своевременно ле­чить ожоговые контрактуры и повреждения позвоночника.

Лечение. Обычно применяют комплекс мероприятий, на­правленных на укрепление мышц спины и живота (лечебная гимнастика, массаж, плавание). Запрещают ношение больших' тяжестей. В течение дня больной несколько раз должен прини­мать горизонтальное положение. В ряде случаев указанные ме­роприятия сочетают с ношением корригирующих корсетов. При прогрессировании процесса, а также при более тяжелых формах сколиоза прибегают к оперативному лечению — фиксации позво­ночника костными трансплантатами или специальными металли­ческими фиксаторами и резекции ребер для устранения ребер­ного горба.

5. Заболевания спинного мозга. Спинномозговые грыжи. Различают три вида грыж — мениго-целе, миелоцистоцеле и миелоцеле. При незаращении дужек по­звонков грыжевое выпячивание выходит через образовавшийся костный дефект.

Клиническая картина. Соответственно месту распо­ложения дефекта позвоночника (чаще в пояснично-крестцовом отделе) определяется значительных размеров опухолевидное об­разование. При его пальпации иногда обнаруживается флюктуа­ция. В ряде случаев наблюдаются изъязвление кожных покровов над выпячиванием и истечение спинномозговой жидкости. При спинномозговых грыжах смертность на первом году жизни со­ставляет 80—90%.

Лечение оперативное. Операция заключается в иссечении измененного участка кожи, вскрытии грыжевого мешка, освобож­дении заключенных в нем нервных элементов от сращений и по­гружении их в нормальное ложе. Костный дефект закрывают близлежащими мышцами или костным трансплантатом.

6. Опухоли спинного мозга и его оболочек. Чаще встречаются менингиомы, невриномы и глиомы. В зависимости от отношения опухоли к веществу мозга или оболочкам следует различать: 1) экстрадуральные опухоли, расположенные между костным позвоночным каналом и твердой мозговой оболочкой; 2) субду-ральные — между твердой мозговой оболочкой и тканью мозга; 3) интрамедуллярные — в толще вещества спинного мозга.

Клиническая картина. Первым признаком являются боли, которые носят опоясывающий характер. В дальнейшем соответственно месту сдавления возникает зона гиперестезии, сменяющейся гипостезией. Развиваются гиперкинезы, контракту­ры, затем двигательные параличи и позже потеря чувствитель­ности. При полном поперечном сдавлении спинного мозга проис­ходят глубокие трофические расстройства и нарушение функции тазовых органов.

Ценным диагностическим приемом является миелогра-фия — рентгенография после введения в спинномозговой канал воздуха или контрастного вещества. Полная непроходимость (блокада) субарахноидального пространства вследствие сдав­ления опухолью может быть определена при пробе Кви-кенштеда. Больному в сидячем положении производят люм-бальную пункцию. Давление ликвора измеряют при помощи манометра. Производят сдавление яремных вен на шее. При сво­бодном подпаутинном пространстве давление ликвора значитель­но увеличивается, при блокаде—не меняется. При опухолях спин­ного мозга в ликворе обнаруживаются ксантохромия (желтова­тая окраска), повышение содержания белка, особенно глобулина (положительные реакции Нонне — Апельта и Панди), плеоцитоз отсутствует (нормальное количество форменных элементов).

Лечение оперативное. Сущность операции — удаление опу­холи. В ряде случаев помогает лучевая и химиотерапия.

**Литература:**

1. Дмитриева, З. В. Теоретические основы сестринского дела в хирургии / З.В. Дмитриева, А.И. Теплова. - М.: СпецЛит, 2016. - 328 c.
2. Коваль О.В. Сестринский уход в хирургии . Ростов-на-Дону: Феникс, 2016.— 157 c
3. Кулешова, Л. И. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии [Текст] : учебник / Л. И. Кулешова, Е. В. Пустоветова ; под общ. ред. В. В. Морозова. - Изд. 6-е. - Ростов н/Д : Феникс, 2015. - 734 с
4. Лычев, В. Г. Тактика медицинской сестры при неотоложных заболеваниях и состояниях [Текст] : учеб. пособие / В. Г. Лычев, В. М. Савельев, В. К. Карманов. - 2-е изд. - Москва : ФОРУМ : ИНФРА-М, 2016. - 352 с.
5. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций [Текст] : учеб. пособие / Н. В. Широкова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 160 с.

**Электронные ресурсы:**

1. Коваль О.В. Сестринский уход в хирургии [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://www.iprbookshop.ru/39669.html.— ЭБС «IPRbooks»

2. Вязьмитина А.В., Сестринский уход в хирургии: [Электронный ресурс]-Режимдоступа: http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785222264744.html