

УДК 616-689:045-22.014

## ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ ХРЕБТА У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ В РЕЗУЛЬТАТИ ДТП

Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Палагнюк К.В.

ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної  
допомоги та медицини катастроф МОЗ України», Київ, вул.  
Братиславська 3

**Вступ:** Щорічно в Україні понад 2500 постраждалих отримують травми спинного мозку, 87% з них - особи працездатного віку, 80-85% з них стають інвалідами I і II групи. Хребтово-спинномозкова травма є поширеною причиною смерті людей у віці від 5 до 44 років в країнах, що розвиваються. Рівень смертності серед даної групи пацієнтів становить 17-22%. Щорічно фіксується від 19 до 88 випадків переломів хребта на 100 000 чоловік і від 14 до 53 випадків травм спинного мозку на мільйон.

**Метою:** дослідження було покращення результатів лікування постраждалих з пошкодженнями хребта та політравмою на ранньому госпітальному етапі.

**Матеріали і методи:** Для виконання дослідження нами було проаналізовано лікування 58 постраждалих з пошкодженнями хребта та політравмою, що знаходились на лікуванні у Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги в період 2012-2016 роки.

**Результати та їх обговорення:** У разі виявлення стабільних компресійних переломи тіл грудних і поперекових хребців типів A1 (особливо множинних) з кіфотичною деформацією понад 25 °, але не більше 40° для грудного відділу і не більше 10-15° - для поперекового відділу хребта, при відсутності здавлення спинного мозку, ми використовували одномоментну закриту реклінацію на валику або за допомогою різного типу

реклінаторів. В подальшому рекомендували постільний режим терміном на 2-4 тижні і тораколумбосакральну зовнішню фіксацію терміном на 1-3 міс. МРТ контроль через 3, 6 і 12 місяців для виключення наростання кіфотичної деформації і пізньої компресії спинного мозку. У постраждалих з політравмою та пошкодженням хребців типу А2 альтернативою стала вертебропластика, кіфопластика і стентування хребців, особливо у осіб з остеопорозом. При переломах хребців типу А2 і зниженням висоти тіла хребця на 50 і більше відсотків ми використовували передню реклінацію за допомогою ліфтових систем (протезів тіла хребця) і спонділодез аутокісткою та титановою пластиною або передньої системою на основі стрижнів або протягом перших 3-х - 7 діб у молодих і 3-х - 12 діб у літніх - задній транспедикулярний спонділодез з реклінацією зламаного хребця а також комбінацію цих методів з одним із варіантів кіфопластики.

**Висновки:** Запропонована модель лікування дозволила знизити показник інвалідності серед постраждалих з пошкодженням хребта та політравмою на 6,1% та рівень летальності на 2,2%.