



Rycina 96.22. Złamanie drugiego kręgu szyjnego (C2).

Złamanie zęba kręgu C2 jest wynikiem mechanizmu wyprostnego. Często prowadzi do zwichnięcia kręgu szczytowego (ryc. 96.22). Złamanie typu „wisielczego” to złamanie kręgu C2, a dokładniej jego łuków. Przyczyną najczęściej są wypadki komunikacyjne, skoki na głowę do płytkiej wody lub próby samobójcze przez powieszenie. Obydwa powyższe typy złamań są niestabilne oraz wymagają unieruchomienia zewnętrznego za pomocą kołnierza albo ortozy typu Halo.

Uszkodzenia kręgów C3–C7 to najczęściej urazy stawów międzywyrostkowych – jedno- lub obustronne. Są to urazy niestabilne mogące doprowadzić do uciśnięcia rdzenia kręgowego. Po wykonaniu diagnostyki obrazowej preferowanym postępowaniem jest nastawienie uszkodzonych kręgów metodą zamkniętą, za pomocą wyciągu za kłamerę lub obręcz Halo. W przypadku uszkodzenia kręgosłupa na wysokości kręgu C4 może dojść do wspomnianego wcześniej niebezpiecznego dla życia porażenia nerwu przeponowego, którego przeważająca większość włókien pochodzi właśnie od korzeni nerwów C4.

Odcinek piersiowy oraz lędźwiowy kręgosłupa

Rzadziej podlegają urazom, gdyż częściowe wsparcie dla odcinka piersiowego stanowią żebra, natomiast w odcinku lędźwiowym masywność i wielkość kręgów stanowi istotną ochronę. Zakłada się, że ryzyko chodzenia w zaopatrzeniu ortopedycznym dotyczy chorych z całkowitym uszkodzeniu rdzenia poniżej poziomu Th8. Poniżej poziomu Th12 szanse zdecydowanie rosną z powodu

możliwości zachowanej częściowo funkcji mięśni lędźwiowo biodrowego i czworobocznego lędźwi.

Charakterystyczne dla tych odcinków kręgosłupa jest złamanie kompresyjne trzonu. Może dojść do niego przy niskoenergetycznych upadkach u pacjentów w podeszłym wieku, z osteoporozą lub z zaburzeniami hormonalnymi. Często pozostaje niezauważone. Pacjenci skarżą się na ból, jednak nie stwierdza się u nich ubytków neurologicznych.

W odcinku lędźwiowym, typowym dla wypadków komunikacyjnych urazem jest złamanie Chance’a. Do urazu tego najczęściej dochodzi w wyniku działania zapiętych pasów bezpieczeństwa na pasażera pojazdu. Rdzeń kręgowy przeważnie pozostaje nienaruszony.

Wybór postępowania leczniczego zależy od rozległości urazu i ewentualnych ubytków neurologicznych oraz dolegliwości bólowych pacjenta. Jeśli uszkodzenie jest stabilne można ograniczyć się do podtrzymującej ortozy. Stabilizacja chirurgiczna najczęściej wymagana jest gdy dochodzi do złamań niestabilnych (przy naruszeniu co najmniej dwóch kolumn kręgosłupa) lub gdy występuje istotne zwężenie kanału kręgowego (ryc. 96.23–96.26).

Odcinek krzyżowy oraz guziczny kręgosłupa

Urazy w tych segmentach kręgosłupa nie niosą za sobą poważnych konsekwencji neurologicznych ze względu na brak rdzenia kręgowego na tej wysokości. Przy uszkodzeniu korzeni nerwów na poziomie S2–S4 może dojść do zaburzenia funkcji zwieraczy i nietrzymania moczu



Rycina 96.23. Rozległy uraz kręgosłupa w wyniku upadku z wysokości.



Rycina 96.24. Rozległy uraz kręgosłupa w wyniku upadku z wysokości.



Rycina 96.25. Zaopatrzenie chirurgiczne uszkodzenia (stabilizacja transpedikularna z repozycją zwinięcia, laminectomią oraz szyciem rozerwanego worka oponowego), obraz śródoperacyjny.



Rycina 96.26. Zaopatrzenie chirurgiczne uszkodzenia (stabilizacja transpedikularna z repozycją zwinięcia, laminectomią oraz szyciem rozerwanego worka oponowego), obraz RTG.