ARABIC SUMMARY

الطرق المختلفه للتثبيت الداخلى لكسور العمود الفقرى الظهرى القطنى

إن إصابات العمود الفقرى الصدرى القطنى تمثل تحدياً خاصاً لجراحى العظام وبخاصة المسئولين عن التعامل مع مثل هذه الإصابات ؛ فبالرغم من متانة تركيب الفقرات فى المنطقة الصدرية القطنية من الناحية التشريحية فإن أكثر من خمسين فى المائة من كل إصابات العمود الفقرى تتم فى هذه المنطقة ؛ ويرجع هذا للتغير المفاجئ فى الصفات الميكانيكية بين نهاية الفقرات الصدرية وبداية الفقرات القطنية ؛ فمن ناحية فإن الجزء الصدرى ثابت لإتصاله بالقفص الصدرى ومحدب للخلف ومن الناحية الأخرى فإن الجزء القطنى حر الحركة ومحدب للأمام ؛ إضافة إلى ذلك فهناك إختلاف جوهرى فى محور حركتيهما .

وحتى نتخيل مدى أهمية إصابات العمود الفقرى فى المنطقة الصدرية القطنية فإن حوالى أربعين فى المائة من إصابات النخاع الشوكى تتم فى هذه المنطقة ؛ وخمسين فى المائة من هذه النسبة لا يرجع إلى الإصابة الأولى بقدر ما هو عاقبة لعدم إستقرارها ؛ كما أن عشرة فى المائة من إصابات العمود الفقرى فى هذه المنطقة غير مستقر .

وبشكل خاص تمثل الحالة العصبية والإستقرار الميكانيكى للعمود الفقرى بعد الإصابة العاملين الأساسيين لوضع تصور واضح حين معالجة هذه الإصابات ؛ وإذا جاز لنا أن نضع فلسفة علاجية لهذه الإصابات فيمكن القول : إن المريض الغير مصاب بخلل عصبى يجب أن يحافظ عليه من تدهور حالته كما أن المريض الغير المصاب بخلل عصبى يجب أن يعطى الفرصة المثلى للشفاء والتأهيل .

والمعرفة المبكرة لعدم إستقرار العمود الفقرى بعد الإصابة تمنحنا الفرصة المثلى للتدخل الجراحى المبكر مما يحمى المريض من تشوه لاحق فى عموده الفقرى قد يكون سبباً فى آلام من الصعب علاجها ؛ كما إنه يحميه أيضاً من خلل لاحق فى حالته العصبية أو تعرضه لبرنامج تأهيلى مطول ؛ ومن ناحية أخرى فإن المعرفة المبكرة لإستقرار العمود الفقرى بعد الإصابة تغنينا عن التدخل الجراحى بكل ماله من عواقب ومضاعفات .

وجملة القول فإن الهدف من الجراحة هو إسترجاع للإستقامة التشريحية للعمود الفقرى بوسيلة تثبيتية مستقرة ؛ وحتى يتثنى لنا تحقيق هذا الهدف يجب أن نعى جيداً الوجهة الأولية عن طريق فهمنا لميكانيكية الإصابة حيث إن حالة عدم الإستقرار سوف تظل دائماً فى الأتجاه الأولى للإصابة . ومن هنا فإن إختيارنا للوسيلة التثبيتية يكون بتحديد الوجهة الأولية للإصابة وبتطبيق قوى معاكسة لها .

والنقطة السابقة تجلى بوضوح أن إختلاف الجراحين حول وسائل التثبيت الداخلى لا يجب أن يكون إختلافاً تحيزياً لوسيلة دون أخرى بقدر ما يكون إختلافاً حول فهم ميكانيكية الإصابة .

كما أن هذه النقطة بالذات قد دعت جراحى العمود الفقرى لوضع تقسيمات مختلفة لإصابات العمود الفقرى كما دعتهم بالتالى لأختراع العديد من وسائل التثبيت الداخلى والخارجى لإصابات العمود الفقرى .

وقد شجعهم فى ذلك التقدم المذهل فى وسائل التشخيص من أشعة سينية ومقطعية ومغناطيسية.

وبرغم التقدم المذهل فى وسائل التقنية فحتى الآن لم تخترع وسيلة كفيلة بتحقيق هدفنا من التثبيت الداخلى .

ولكثرة هذه الوسائل التثبيتية فقد قمت فى هذه المقالة بتقسيمهم لوسائل تثبيت أمامية ووسائل تثبيت خلفية ثم رجعت فقسمت الوسائل الأمامية حسب الشكل فهناك وسائل تثبيتية تعتمد على الشرائح المعدنية وأخرى تعتمد على الأعمدة المعدنية فى تثبيت

جسم الفقرة . وأعتمدت فى تقسيمى للوسائل الخلفية على التقسيم التشريحى فهناك وسائل لتثبيت النتوء الشوكى أو الصفيحة الفقارية أو عنق للفقرة . كما أن هناك وسائل تجمع بين التثبيت الأمامى والتثبيت الخلفى معاً وقد قمت بعرض سريع لبعض الوسائل التثبيتية من حيث شكلها ودواعى إستعمالها ومميزاتها وعيوبها .

وأخيراً لا يمكن إغفال دور تثبيت الفقرات بالترقيع العظمى حيث ثبت عدم مقدرة أى وسيلة تثبيتية على إستمرارية كفاءتها بدون تثبيت الفقرات مع بعضها .

وحتى لا ننسى أن للسلاح حدين فقد قمت بعرض سريع لمضاعفات إستعمال الوسائل التثبيتية فى باب منفصل مع شرح مبسط لكيفية التغلب على هذه المضاعفات.