

Після травми хребта понад 80% хворих залишаються жити і потребують кваліфікаційної медичної допомоги. Системи транспедикулярної стабілізації хребта пройшли довгий шлях і вперше були запропоновані в 1964 році.

Найбільш загально відомі в наш час системи фірми “Stryker” система “Cotrel-Dubousset”, система TSRH та інші. Нами використовувалась система “Мост” (Харків).

З ураженнями грудного відділу хребта було оперовано 9 хворих, з ураженнями поперекового відділу хребта — 15 хворих.

Функціональний стан хворих оцінювався за Франкелем.

- Гр. А — 3
- Гр. В — 3
- Гр. С — 7
- Гр. Д — 6
- Гр. Е — 5

Після лікування з покращеннями виписано 18 хворих, 6 — без динаміки на момент виписки із стаціонару.

Погіршення стану хворих не відмічено.

У 2-х хворих відмічено запальні ускладнення у вигляді лігатурних ходів.

Катамнез досліджено у 21 випадку і в жодному з них не відмічено погіршення стану хворих.

При виконанні оперативних втручань нами використовувалась операційна оптика 3,3 Д освітлення, налобним прожектором, мікрохірургічний інструментарій, стандартний набір для установки системи “Мост”.

Інтраопераційно виконувалися рентгенологічні знімки з мітками для напрямку постановки шурупів. Після операції встановлювалася система активної аспірації крові з порожнини рани, з метою профілактики формування гематом в післяопераційному періоді.

Система транспедикулярної фіксації “Мост” призначена для установки при гострій травмі, травматичних ураженнях давністю до 4–6 місяців, при захворюваннях хребта з компресією корінців та “кінського хвоста” в будь який час при відсутності загально прийнятих протипоказань.

Установка системи транспедикулярної фіксації дозволяє активізувати хворих з 2–3-го дня після оперативного втручання та проведення ранніх реабілітаційних заходів.

Сучасні методи стабілізації травматичних пошкоджень краніо-вертебрального з'єднання, результати оперативних втручань

Слинько Є.І., Пастушин А.І., Бурик В.М., Вербов В.В.

Інститут нейрохірургії ім.акад. А.П. Ромоданова АМН України, Київ

Серед травматичних пошкоджень краніо-вертебрального з'єднання (КВЗ) виділяють: переломи потиличних мищелків, різні варіанти переломів атланта (тип Jefferson), переломи зубовидного відростку С2, переломи тіла С2, травматичний спондилолітез С2 хребця (перелом Hangman) та інші поєднані остео-лігаментарні ушкодження. Ізольоване пошкодження зв'язок також викликає атланта-окципітальну та атланта-аксілярну дислокацію. Травматичне пошкодження КВЗ дуже часто є фатальним на місці події, проте навіть у пацієнтів що пережили таку травму, існує високий ризик виникнення повторного зміщення та додаткової компресії спинного мозку.

Сучасні оперативні втручання при такій патології направлені на декомпресію нервових структур та створення надійної стабілізації краніоцервікальної ділянки. Традиційно такі пошкодження оперувалися з застосуванням громіздких систем які охоплювали потиличну кістку, С1,С2,С3 і навіть С4 хребці. Фіксація в основному виконувалася за дуги шийних хребців. Останнім часом відмічається тенденція до мінімізації розмірів стабілізуючої системи, стабілізації тільки пошкоджених хребців. Так, широко стало використовуватися трансартикулярне, транспедикулярне закріплення стабілізуючих систем шурупами. Почали впроваджуватися стабілізації за мищелки С1, С2 хребців, стабілізації переломів зуба гвинтом проведеним через тіло С2.

Методи і матеріали. Ми проаналізували результати лікування 23 хворих, які були прооперовані з використанням сучасних стабілізуючих систем у 2001–2005 роках в 1-спінальному відділенні Інституту Нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова з приводу травматичної нестабільності КВЗ.

Серед основних клінічних проявів був інтенсивний больовий синдром, з радикальною С1,С2 іррадіацією, у 7 хворих тетрапарез різного ступеню вираженості.

Оперативні втручання, що проводились пацієнтам, виконувалися з застосуванням передніх та задніх фіксуючих систем.

У 14 хворих було проведено задня окципіто-цервікальна стабілізація. Використовувались різні фіксуючі системи: 4—титановий рамковий фіксатор, з субокципітальною та субламінарною фіксацією дротом; 4—стрижневий титановий фіксатор з субокципітальною фіксацією гвинтами та ламінарною фіксацією гачками; 6—задня трансартикулярна атлантаоаксіальна гвинтова стабілізація з додатковою фіксацією пластинами.

8 пацієнтів були прооперовані переднім доступом: 3— трансоральна резекція зубовидного відростку С2 та атлантаоаксіальна фіксація титановою пластиною та гвинтами; 5—трансдентальна гвинтова фіксація.

Одній хворій було проведено оперативне втручання в 2 етапа: трансоральна резекція зубовидного відростку С2 та другим етапом—задня окципітоцервікальна стабілізація.

В післяопераційному періоді визначається достовірно зниження больового синдрому у 18 хворих і регрес рухового неврологічного дефіциту у хворих з тетрапарезом.

У 16 хворих, яких було оглянуто в віддалений післяопераційний період, через 6–12 місяців після оперативного втручання, на рентгенівських контрольних знімках нестабільність відсутня, визначається формування кісткової мозолі.

Хронічна нестабільність, що зумовлена патологією з повільним перебігом: вади розвитку, пухлини чи запальні процеси, також веде до незворотного поглиблення неврологічного дефіциту.

Висновки: застосування сучасних стабілізуючих систем дозволяє суттєво покращити результати лікування хворих з травматичним ураженням краніовертебрального з'єднання, запобігти виникненню повторного зміщення та додаткової компресії спинного мозку.

Рання інструментальна стабілізація також дозволяє суттєво зменшити термін перебування хворого в медичному закладі та сприяє значному прискоренню відновлення працездатності.

Результати лікування хворих із травмою грудного та поперекового відділу хребта із використанням поліаксіальних транспедикулярних систем фіксації

Слинько Є.І., Вербов В.В., Муравський А.В.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України, м. Київ

Системи стабілізації хребта із використанням транспедикулярних гвинтів, ламінарних та поперечних гачків в даний момент є золотим стандартом при хірургічному лікуванні різних видів патології хребта і спинного мозку, травми хребта у зв'язку із виникаючою в післяопераційному періоді оліго- чи полісегментарною нестабільністю хребта. Стабілізація хребта, яка виконана із заднього доступу у порівнянні із стабілізацією, виконаною із використанням переднього доступу, технічно виконується більш просто, супроводжується меншою операційною травматизацією структур, які оточують хребет.

У клініці патології хребта та спинного мозку Інституту нейрохірургії проведена розробка, адаптація та впровадження транспедикулярних систем марки "Coolkeeper F" та "Coolkeeper U" при різних патологіях, що потребують транспедикулярної фіксації грудо-поперекового відділу хребта — травматичних або пухлинних пошкодженнях переднього та середнього стовпів хребта, їх поєднанні, дислокації хребців, любих нестабільних пошкодженнях грудо-поперекового відділу хребта, стабільних переломах и перелома-вивихах при необхідності проведення декомпресії нервових структур хребта, спондилолістезі II-IV ступеню. Нова система "Coolkeeper U" є повністю універсальною, яку можливо зістикувати із шийною системою ламінарної, транспедикулярної чи трансартикулярної фіксації хребта.

Матеріал та методи. Був проведений аналіз результатів лікування 53 пацієнтів із травмою грудного та поперекового відділів хребта за період 2001–2005 роки. Травматичні пошкодження грудного відділу мали місце у 21 хворого, поперекового відділу хребта — у 32 хворих. Порівняно невелика кількість пацієнтів за вказаний період обумовлена положенням про госпіталізацію пацієнтів із гострою травмою каретами швидкої допомоги у ЛШМД м.Києва та відділення полі травми іншого стаціонару.

У всіх хворих отримана добра стабільність безпосередньо у післяопераційному періоді, що дозволило провести їх ранню активізацію. При проведенні контрольних МРТ досліджень були