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 атлантоаксіальна гвинтова стабілізація з додатковою фіксацією пластинами.

8 пацієнтів були прооперовані переднім доступом: 3— трансоральна резекція зубовидного відростку С2 та атлантоаксіальна 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 достовірне 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 транспедикуляної 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 переломо-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

виявлені мінімальні артефакти, які викликались титаном, що дозволило повністю візуалізувати структуру спинного мозку, лікворних шляхів, кісткових структур. При проведенні контрольних рентгенографічних, КТ и МРТ досліджень через 3, 6 і 12 місяців положення поліаксиальних траспедикулярних систем було стабільним. Системи забезпечували надійну іммобілізацію стабілізованих сегментів хребта. Пошкодження систем, зміщення гвинтів у тілах хребців ми жодного разу не виявили. В одному випадку проводили повторне втручання по подовженню системи.

Висновки. Поліаксиальні системи є корисною модифікацією системи транспедикулярної фіксації хребта, особливо у випадках багаторівневої фіксації хребта, використання поліаксиальних шурупів у даних системах фіксації дозволяє варіювати положення шурупів в рані. Ця особливість мінімізує потребу в контуруванні штанг системи для адаптації до природної кривизни хребта у даному його відділі, зменшує втомлюваність металу, зменшує час операції.

Сучасні методи стабілізації шийного відділу хребта при його травматичному ушкодженні, результати хірургічного лікування

Слинько Є.І., Вербов В.В., Бурик В.М., Бринкач І.С.

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

Виділяють наступні переломи хребта з ушкодженням спинного мозку (СМ) та його корінців: А. Прямі та непрямі; Б. Відкриті (проникаючі, непроникаючі) та закриті ушкодження хребта та СМ; В. Ускладнені та неускладнені; Г. Стабільні та нестабільні. Всі хворі з нестабільністю хребта вимагають лікувальної стабілізації за допомогою комірців, шин, стяжок, хірургічного втручання.

Матеріал та методи. Нами були проаналізовані результати лікування 94 хворих, 80 з яких були прооперовані з використанням сучасних стабілізуючих систем у 2001–2005 роках у відділенні патології хребта та спинного мозку Інституту нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова з приводу травматичних ушкоджень шийного відділу хребта та спинного мозку. Основними клінічними проявами були локальна болючість і деформація, зменшення або відсутність чутливості нижче рівня ушкодження, порушення рухів у верхніх і нижніх кінцівках, порушення функції тазових органів. Клінічна картина ураження шийного відділу хребта та спинного мозку залежала від локалізації, виду ушкодження, темпу розвитку компресії спинного мозку, вікових та індивідуальних особливостей хворого.

При діагностиці ми використовували: загальносоматичний та неврологічний огляд, Ro-графія шийного відділу хребта в 2 проекціях (при підозрі на переломи поперечних відростків — 1/2 та 3/4 проекції з обох боків), люмбальна пункція, спіральна КТ шийного відділу хребта (основний метод діагностики пошкодження хребта), МРТ шийного відділу хребта (основний метод діагностики пошкодження спинного мозку), загальноклінічні аналізи.

Основною метою лікування була адекватна декомпресія спинного мозку та корінців із стабілізацією шийного відділу хребта. При стабільних переломах проводилась іммобілізація краніоторакоцервікальною пов'язкою (2 хворих) або комірцем Шанца (7 хворих), накладення галоапаратів (5 випадків), при неможливості ліквідації компресії спинного мозку або його корінців — оперативне лікування (80 пацієнтів). При нестабільних переломах проводилась передня або задня декомпресія спинного мозку та його корінців (шляхом корпоректомії, ламінектомії, фасетектомії) із задньою відкритою стабілізацією (фрагментом ауто кістки (2 випадки), задніми фіксуючими трансартикулярними пластинами із бікортикальними гвинтами (11 випадків), титановим дротом із рамками (8 випадків), поліаксиальними трансартикулярними фіксуючими системами (2 випадки), або передньою стабілізацією нерухомими протезами дисків — кейджами (15 випадків), фрагментами аутокістки із передніми пластинами із бікортикальними гвинтами (2 випадки), телескопічними титановими протезами тіл хребців (27), mesh-системами (13).

При ушкодженні тіл використовувались передні, передньо-бокові доступи, при ушкодженні дуг, суглобних відростків — задні, задньо-бокові доступи, при наявності гематом (суб-, епідуральних та інтрамедулярних) застосовувались задні або комбіновані доступи, залежно від локалізації кісткових ушкоджень.

Звичайно радикальна передня декомпресія дурального мішка потребує виконання корпоректомії. Важкість таких втручань обумовлена необхідністю наступного одночасного заміщення видаленого тіла хребця. Багато методів корпородезу, що використовувались раніше — аутокісткою, протакрилом, різними титановими конструкціями потребують багато часу на підбір необхідної