

В усіх випадках ускладнень не наступило. В двох випадках при спонділодезі сітчастою титановою конструкцією мали місце в післяопераційному періоді протопатичні корінцеві болі з латералізацією. Гнійно-септичних ускладнень не спостерігалось. Відновлення, в залежності від ступеня і характеру ураження, поступово наступило в 6 випадках, характеризувалось появою рухів в кінцівках, як правило, з певною латералізацією.

Таким чином при ускладненій спінальній травмі, компресійних переломах тіл 4 і 5 шийних хребців найбільш доцільно в ранні терміни проведення корпоректомії

з передньо-бічного доступу та обов'язковою стабілізацією.

## **Мінінвазивний метод лікування медіанних гриж поперекового відділу хребта**

*Шутка В.Я.*

**Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці**

При медіанних грижах поперекового відділу хребта використовується операція ламінектомії. Але, на жаль, в 25–30% випадків через 3 — 5 років розвиваються явища нестабільності та спонділолітезу. Тому нами запропонована та впроваджена операція мінінвазивного хірургічного лікування, яка заключається в проведенні двох латеральних розширених інтерламінектомій при збереженні остистих паростків, дужок та міжостистих зв'язок. При використанні мікрохірургічної техніки та наборів сучасних кусачків Керісона представляється можливим провести декомпресію як латеральних рецесусів, так і центрального стенозу без широкого розкриття хребтового каналу.

На протязі трьох років нами проведено 23 операції у пацієнтів нейрохірургічного відділення в віці від 22 до 58 років. Медіанні грижі локалізувались на рівні L3-L4 — в двох хворих, L4-L5 — в 18 і L5-S1 — у трьох. В клінічній картині захворювання на перший план виступали явища попереково-крижового радикуліту з двобічною неврологічною симптоматикою у 16 хворих та однобічною — у 7, каудальний синдром розвинувся у 12 випадках, причому нетримання сечі та калу було відмічено у 8 з них, а затримка — у 4. Діагноз підтверджувався даними комп'ютерно-томографічного та магнітно-резонансного обстеження. При проведенні оперативного втручання доцільно на першому етапі провести розширені інтерламінектомії з видаленням гіпертрофованих жовтих зв'язок як з однієї так і з іншої сторони, не зважаючи на перевагу неврологічних ознак компресії нервових корінців з якоїсь конкретної сторони. В послідууючому проводиться інтраопераційна ревізія та визначається об'єм оперативного втручання, а іменно — з якої сторони більш доступно видалити медіанну грижу. При видаленні кили розсічення грижевого мішка доцільно проводити в латеральних відділах грижевого мішка, а не в центрі. У всіх спостереженнях виявлено значне розширення епідуральних вен. Видалялась як внутріканальна частина пульпозного ядра так і в міжхребцевому просторі. Показом ефективності проведеного видалення являються дані ревізії зондом та відновлення відображення пульсації і дихальних рухів твердої мозкової оболонки.

При аналізі найближчих результатів у 98% хворих наступило значне клінічне покращення в післяопераційному періоді. Больовий синдром незначно посилювався на 2 — 4 день після операції у 8 пацієнтів, що пов'язано, з розвитком набряку рани та реактивним радикулітом. Хворі вставали, сідали та активно ходили на 2 — 3 день після операції і тоді ж виписувались на амбулаторне лікування і спостереження невропатолога по місці проживання.

При вивченні віддалених наслідків на протязі 3–5 років після оперативного втручання нами в жодному випадку не виявлено ознак нестабільності та спонділолітезу.

Таким чином, вважаємо доцільним впровадження методики мінінвазивного лікування медіанних гриж поперекового відділу хребта, що дозволяє скоротити післяопераційне стаціонарне лікування та покращити його результати.