

Хирургическое лечение спондилолистеза.

Загородний Н.В., Доценко В.В., Сергеев С. А., Круглов И.А.

Российский университет дружбы народов, г.Москва, РФ

На основании клинического опыта (65 больных) предложена клиничко-рентгенологическая классификация спондилолистезов, которая включает 4 их типа, что позволяет определять тактику хирургического лечения.

Тип А. Стабильное смещение с умеренным компрессионным неврологическим синдромом. Динамическое наблюдение в течение некоторого времени и отсутствие прогрессирующего смещения являются благоприятным прогностическим признаком. Таким пациентам не показано оперативное лечение.

Тип В. Нестабильное смещение с умеренным компрессионным неврологическим синдромом. У пациентов этой группы неврологическая симптоматика отсутствует или выражена незначительно. Поэтому важно не получить неврологический дефицит после операции. Для этого необходимо соблюдение двух правил: нельзя выполнять редукцию (особенно при выраженных смещениях) и нельзя вскрывать позвоночный канал.

Тип С. Стабильное смещение с выраженным компрессионным неврологическим синдромом. При этой форме спондилолистеза в первую очередь необходима декомпрессия нервных корешков. Способ декомпрессии зависит от варианта сдавления спинальных корешков. При задней компрессии необходимо применять дорзальный доступ, соответствен при передней компрессии — вентральный.

Тип D. Нестабильное смещение с выраженным компрессионным неврологическим синдромом. Данный вариант спондилолистеза объединяет в себе клинические проявления листеза типа В и типа С. Чем большая степень смещения устраняется, тем более надёжной должна быть стабилизация.

При тяжелых степенях смещений позвонков перед хирургом стоит непростая задача стабилизации сползающего позвонка. На сегодняшний день операцией выбора является сочетание задней винтовой фиксации и переднего межтелового спондилодеза. У нас в клинике разработан и внедрён новый способ передней стабилизации смещенного позвонка на основе принципа аутокость + пластина. Операция выполняется одним этапом из ретроперитонеального переднего мини-доступа. Создается дополнительная опорная площадка для соскальзывающего позвонка из аутокости, которая фиксируется индивидуальной пластиной. Степень надёжности стабилизации не уступает круговому спондилодезу. Подготовительный период при таких операциях имеет решающее значение. Мы используем новый метод исследования позвоночника — объёмную лазерную спондилитографию. Далее на основе модели изготавливается индивидуальная пластина из титана, и каждый винт имеет строго заданное направление и длину, что позволяет избежать попадания их в позвоночный канал, а также обуславливает их высокую несущую способность. Этапы операции отрабатываются на модели. Только затем пациент берётся в операционную. Мы отдаем предпочтение отечественным конструкциям высокого качества, в частности, которые выпускает производственное объединение «КОНМЕТ».

Катамнез прослежен от 6 месяцев до 5 лет. Оценку результатов проводили на основании клинических признаков. Хорошие результаты были получены у 61 пациента. Плохие результаты были получены у 4 больных, все они были повторно оперированы после одной или нескольких операций из заднего доступа.