

и на основании этого выработке оптимальной хирургической тактики в зависимости от типа аномалии.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 93 больных с различными видами аномалии Киари оперированных в 1995–2005 годах. Среди 93 больных аномалия Киари 0 отмечена у 5 больных, аномалия Киари I у 57 больных, аномалия Киари 1,5 — у 16 больных, аномалия Киари II — у 13 больных, аномалия Киари III отмечена не была, аномалия Киари IV — отмечена у 2 больных.

Результаты и их обсуждение. Применены три вида хирургических методик: а) сиринго-субарахноидальное шунтирование; б) декомпрессия костных структур краниовертебрального перехода в комбинации с сиринго-субарахноидальным шунтированием; в) декомпрессия нижних отделов мозжечка, увеличение общего объема задней черепной ямы и/или краниовертебрального перехода, восстановление ликворотока в области краниовертебрального перехода. По данным МРТ только с применением последней хирургической тактики во всех случаях удавалось восстановить объем большой затылочной цистерны, обеспечить ликвороток на краниовертебральном уровне. У больных последней группы отмечен также и наиболее существенный регресс неврологической симптоматики, внутричерепной гипертензии и цефалгии.

Заключение. Для правильного выбора хирургической тактики необходимо полное представление о типе аномалии Киари, степени смещения структур з.ч.я. в спинномозговой канал. Для достижения наилучшего результата хирургическое вмешательство должно быть направлено на лечение аномалии Киари и соответственно: декомпрессию нижних отделов мозжечка, восстановление ликворотока в области краниовертебрального перехода, увеличение общего объема задней черепной ямы и/или краниовертебрального перехода.

Хірургічні технології лікування гриж міжхребцевих дисків грудного відділу хребта

Слинько Є.І., Золотоверх А.М.

Інститут нейрохірургії

ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,

м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32

тел. +380 44 4869503, e-mail: outing7@yahoo.com

Мета: оцінка ефективності різних доступів при грижах грудного відділу хребта і виробітка диференційованих показань до їх застосування, оцінка клінічних результатів їх застосування.

Матеріали і методи. За період з 1990 по 2003 58 хворим проведено хірургічне лікування гриж грудного відділу хребта. З 58 хворих у 2 мали місце грижі на рівні Th1–2, 1 — Th2–3, 1 — Th4–5, 3 — Th5–6, 6 — Th6–7, 8 — Th7–8, 5 — Th8–9, 7 — Th9–10, 10 — Th9–10, 7 — Th10–11, 8 — Th11–12. Діагностика проводилася на підставі клінічної картини, електро-нейроміографії, мієлографії, КТ і МРТ. З 58 хворих у 22 хворих грижі були малі (зменшення хребетного каналу на 0–10%), у — 25 середні (> 10–20%), і у 11 великі (> 20%). Серед 58 хворих у 7 мала місце, серединна грижа, у 19 парамедіанна, у 32 латеральна грижа грудних дисків. Тривалість скарг менше 6 місяців відзначена у 8 хворих, 6 — 12 місяців у 23 хворих, 12 — 24 місяці у 17 хворих, більше 24 місяців

у 10 хворих. До операції больовий синдром відзначений у 41 хворого, провідникові рухові розлади у 37, провідникові чутливі розлади у 43, розлади сечовипускання у 11, сегментарні і корінцеві розлади у 18 хворих.

Результати. Хірургічна техніка: Стандартний задній доступ з лямінектомією виконаний у 21 хворого, транссторакальний доступ виконаний у 2 хворих, латеральний екстракавітарний доступ у 5 хворих, трансфасетний педикулозберігаючий доступ у 7 хворих, бічний транспедункулярний підхід виконаний у 23 хворих. Для доступу до гриж дисків грудного відділу хребта ми застосували ряд щадних втручань з мінімальним видаленням кісткових структур, що не порушують істотно біомеханіку хребетного стовпа. Найперспективнішими з урахуванням анатомічних особливостей грудного відділу хребта є латеральний транспедункулярний підхід і трансфасетний із збереженням кореня дуги (педикулозберігаючий) доступи. Ці доступи обходять дуральний мішок з латеральної або вентральної сторони, не вимагають тракції спинного мозку і резекції суглобових відростків. Вибір доступу залежить в основному від 3 особливостей гриж: а) розташування (медіальна, парамедіанна, латеральна); б) розмірів гриж і ступеня компресії мозку; в) консистенції гриж (оссифікована, м'якотканна).

Після операції зменшення або зникнення болю відмічено — у 40 хворих, зменшення рухових розладів — у 31 хворого, поліпшення чутливості — у 39 хворих, поліпшення функції тазових органів — у 8 хворих.

Висновки. Застосування ретельного доопераційного обстеження з уточненням розташування і консистенції грижі, вибір адекватних хірургічних доступів, використання мікрохірургічних методик дозволяє поліпшити результати оперативних втручань у хворих з даною патологією.

Малоинвазивная чрезкожная транспедикулярная стабилизирующая система “Sextant” в лечении компрессионных переломов позвоночника

Гармиш А.Р., Педаченко Е.Г.

Институт нейрохирургии

им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины,

г.Киев, 04050, ул. Мануїльського, 32

тел. +380 44 4893045, e-mail: garmich@mail.ru

Современные тенденции развития хирургии позвоночника связаны с разработкой малоинвазивных методов лечения, в том числе и стабилизирующих систем.

Цель: выявить преимущества чрезкожной транспедикулярной фиксации позвоночника системой “Sextant” при компрессионных переломах позвонков.

Материалы и методы исследования. Обследовано 10 пациентов (7 женщин и 3 мужчины) с патологическими и посттравматическими компрессионными переломами тел позвонков. Возраст пациентов от 28 до 63 лет (в среднем 47,95±1,59 лет). Всем больным проведено комплексное обследование, включающее спондилографию, компьютерную и магнитно-резонансную томографию. В зависимости от характера оперативного вмешательства больные разделены на две группы. Первую группу составили 5 больных, для