

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 лямініктомією 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.

Інститут нейрохірургії

ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,

г.Київ, 04050, вул. 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

стабілізації позвоночника которых использован метод чрезкожной транспедикулярной фиксации системой "Sextant". Вторую группу — больные, которым проводилось "открытое" оперативное вмешательство с фиксацией позвоночника обычной транспедикулярной системой.

Результаты. Применение чрезкожной стабилизации позвоночника позволило сократить время проведения оперативного вмешательства в среднем до 84,5±9,12 мин, снизить объем кровопотери, а также значительно уменьшить выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде и длительность временной нетрудоспособности. Средняя продолжительность пребывания больных первой группы на больничной койке в послеоперационном периоде достоверно ниже и составила 4 дня.

Выводы.

1. Чрезкожная транспедикулярная стабилизация позвоночника системой "Sextant" — эффективное малоинвазивное оперативное вмешательство, позволяющее сократить сроки госпитализации, время оперативного вмешательства и свести объем кровопотери к минимуму.

2. Недостатками системы "Sextant" является техническая сложность ее установки на трех уровнях и более, а также отсутствие поперечной штанги, что снижает устойчивость системы к ротационным нагрузкам.

Методика оперативного лікування кіст крижового каналу у дорослих

Лешко М.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

Кісти, які локалізуються в крижовому каналі, є маловідомою та складною патологією. Вони не однорідні за своїм розташуванням, типом та походженням. Патогенетичні механізми утворення таких кіст до цього часу дискутуються, проте остаточно не визначено вадами розвитку чи набутією патологією являються ці кісти. Між собою сакральні кісти поєднують клінічна картина компресії нервових корінців, які проходять в крижовому каналі. Компресія нервових структур в більшості випадків потребує хірургічного лікування. При хірургічному лікуванні кіст крижового каналу виникають значні складності, так як до цього часу відсутні єдині підходи до вибору хірургічної тактики, не розроблена хірургічна техніка, не вивчені найближчі та віддалені результати лікування.

З метою уточнення діагностичних критеріїв, розробки хірургічної тактики, аналізу результатів лікування, проведено ретроспективне вивчення клінічних проявів, діагностичних даних та результатів хірургічного лікування 29 дорослих хворих з кістами крижового каналу.

Матеріал та методи дослідження. Проаналізовано 29 хворих яким проводилися оперативні втручання з приводу кіст крижового каналу, віком від 40 до 55 років (19 жінок та 10 чоловіків). Виділені варіанти кіст: 1) Периневральні або Тарловські кісти (16 хворих); 2) Екстрадуральні менингеальні кісти (6 хворих); 3) Менингеальні дивертикули (2 хворих); 4) Інтрадуральні лептоменингеальні кісти (2 хворих); 5) Сакральні-пресакральні кісти в складі Currarino триади (3 хворих). Всі хворі оперовані.

Результати та їх обговорення. Безпосередньо після втручання регрес неврологічної симптоматики досягнуто у 26 хворих. За даними останнього контрольного обстеження яке вдалося провести у хворих (перед випискою, якщо хворий більше не звертався, чи повторних оглядах) у всіх хворих зник радикальний больовий синдром, майже в усіх випадках суттєво зменшилися прояви радикулопатії. Порушення функції тазових органів та потенції (нетримання сечі, дисменореї, імпотенції) частково регресували в усіх оперованих хворих. Було виявлено виражену позитивну кореляцію між наявністю радикальних симптомів та відмінним результатом операцій.

Заключення. Кісти сакрального каналу є рідкою групою патології яка включає периневральні, екстрадуральні менингеальні кісти, менингеальні дивертикули, інтрадуральні лептоменингеальні кісти, сакральні-пресакральні кісти в складі Currarino триади. Більшість симптомних кіст потребують хірургічного лікування. Хірургічна тактика направлена на видалення кісти, герметизацію дурального мішка, та в разі необхідності — пластику її стінок. В більшості випадків вдається досягти суттєвого регресу неврологічної симптоматики.

Новітні технології фіксації хребта в нейрохірургічній практиці

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

Інститут нейрохірургії

ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,

м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32

тел. +380 44 4869503,

e-mail: vladbur@medscape.com

Київська медична академія

післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

Мета. Травма хребта та спинного мозку (ускладнена) складає велику соціальну проблему. Щорічно на Україні ускладнена хребетно-спинномозкова травма (УХСМТ) має місце у 2000–3000 потерпілих, близько 78% таких хворих знаходяться в важкому стані, потребують інтенсивного лікування, оперативних втручань. Серед всіх постраждалих з УХСМТ близько 76% стають інвалідами I–II групи. С усіх видів травмування 55% викликані ДТП, 45% — іншими видами травми. Хронічна нестабільність, що зумовлена патологією з повільним перебігом: вади розвитку, пухлини чи запальні процеси, також веде до незворотного поглиблення неврологічного дефіциту.

Сучасні оперативні втручання при такій патології направлені на декомпресію нервових структур та створення надійної стабілізації пошкодженої ділянки. Традиційно такі пошкодження оперувалися з застосуванням неефективних та громіздких систем, які були біомеханічно не виправдані. Фіксація в основному виконувалася за задні елементи хребців. Використання новітніх засобів фіксації хребта характеризується тенденцією до мінімізації розмірів стабілізуючої системи, стабілізації тільки пошкоджених хребців. Так, широко стало використовуватися транспедикулярне закріплення стабілізуючих систем шурупами при задніх способах фіксації хребта. Почали широко впроваджуватися передні способи фіксації на різних рівнях хребта. В цілому хірургічні доступи визначаються характером ушкодження хребта і спинного мозку. При роздроблених ушкодженнях тіл хребців використовуються