

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

передні, передньо-бокові доступи, при компресійних переломах тіл хребців чи ушкодженні дуг, суглобних відростків — задні, задньо-бокові доступи, при наявності гематом (суб-, епідуральних та інтрамедулярних) застосовуються задні або комбіновані доступи, залежно від локалізації кісткових ушкоджень. Операція завжди закінчується стабілізацією хребта. Основний принцип лікування здавлювання спинного мозку — рання відкрита або закрита його декомпресія з наступною надійною стабілізацією ушкодженого сегмента хребта.

**Матеріали і методи.** Ми проаналізували результати лікування 53 хворих, які були прооперовані з використанням сучасних стабілізуючих систем хребта у 2004–2005 роках в 1-му спінальному відділенні Інституту нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова. Серед них з травмою хребта на різних рівнях — 38 хворих, пухлини хребта — 15. Серед основних клінічних проявів були провідникові моторні та чутливі розлади, у 46 хворих визначались парези різного ступеню вираженості, інтенсивний больовий синдром.

**Результати.** Оперативні втручання, що проводились пацієнтам, виконувалися з застосуванням передніх та задніх фіксуючих систем.

У 35 хворих було проведено встановлення різних модифікацій задніх транспедикулярних систем фіксації з жорстким кріпленням шурупів чи кривчиків до штанг.

18 пацієнтів були прооперовані переднім доступом: серед них 7 трансторакальним доступом з використанням розсувних кейджів, 11 ретропаріетальним доступом також з використанням титанових розсувних кейджів.

В післяопераційному періоді у 39 хворих визначається регрес рухового неврологічного дефіциту, а також достовірне зниження больового синдрому у 44 хворих.

У 26 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.

**Висновки.** Застосування сучасних стабілізуючих систем дозволяє суттєво покращити результати лікування хворих з травматичним та непластичними ураженнями хребта, 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.

### **Современные технологии стабилизирующих операций при повреждениях позвоночника**

**Корж Н.А., Радченко В.А., Барыш А.Е.**

*Институт патологии позвоночника и суставов  
им. проф. М.И.Ситенко АМН Украины,  
г. Харьков, 61024, ул. Пушкинская, 80  
+380 57 7157506, e-mail: alexbarysh@yahoo.com*

**Целью** данного сообщения является анализ результатов хирургического лечения больных с повреждениями различных отделов позвоночника с помощью разработанных в ИППС технологий.

**Материал и методы.** С 2001 по 2006 гг. в ИППС проводилось хирургическое лечение 167 пациентам с

повреждениями позвоночника (45 (26,9%) — на уровне шейного отдела и 122 (73,1%) — на уровне грудного и поясничного отделов). Всем больным выполняли стабилизирующие или декомпрессиивно-стабилизирующие оперативные вмешательства из различных доступов в соответствии с разработанными в ИППС технологиями. На уровне шейного отдела позвоночника 27 (60%) пациентам выполняли передний межтеловой спондилодез различной протяженности, 14 (31,1%) — задний спондилодез, и 4 (8,9%) пациентам — комбинированный переднезадний спондилодез. Для поврежденного грудного и поясничного отделов позвоночника соотношение выполненных оперативных вмешательств было несколько иным: передний межтеловой спондилодез выполняли 16 (13,1%) больным, задний спондилодез — 66 (54,1%), и комбинированный переднезадний спондилодез — 40 (32,8%) больным. Клиническую и рентгенологическую оценку результатов хирургического лечения данной группы пациентов осуществляли в соответствии с известными и предложенными нами критериями. Сроки наблюдения составили от 3 до 58 месяцев.

**Результаты и их обсуждение.** У 153 (91%) больных отмечали положительные результаты лечения, отсутствие регресса неврологической симптоматики было обусловлено тяжестью самого повреждения. Полноценный костный блок или начальные признаки сращения отмечали в 164 (98,2%) случаев. У 1 пациента после выполнения переднего межтелового цервикоспондилодеза имела место нестабильность фиксирующей конструкции, что потребовало повторного оперативного вмешательства. У 2 пациентов после операций на груднопоясничном отделе позвоночника в отдаленном п/о периоде отмечали поломку металлоконструкций, что явилось показанием для их удаления.

**Выводы.** Таким образом, разработанные в ИППС технологии хирургического лечения больных с повреждениями позвоночника различной локализации являются эффективными для улучшения результатов лечения данной категории пациентов.

### **Концепция “Damage control” при лечении тяжелых сочетанных травм позвоночника**

**Коростелев К.Е., Бадалов В.И., Сенько И.В.**

*Военно-медицинская академия,  
кафедра военно-полевой хирургии,  
Россия, г.Санкт-Петербург, 194044,  
ул.Боткинская, 20*

*тел.+7 812 2483404, e-mail: neuro-koto@mail.ru*

Суть концепции заключается в том, что у пострадавших с сочетанной травмой позвоночника, имеющих тяжелые травмы другой локализации, сопровождающиеся острой массивной кровопотерей, травматическим шоком, острой дыхательной и сердечной недостаточностью, травматической мозговой комой, на первом этапе лечения по срочным показаниям выполняется операция наименее травматичным доступом, задачей которой является декомпрессия структур позвоночного канала и фиксация поврежденного сегмента. Для травмы шейного отдела доступ выбора при первой операции определяется в зависимости от вида компрессии спинного мозга — передняя или задняя декомпрессия. При травмах