

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 визначалися парези різного ступеню вираженості, інтенсивний больовий синдром.

Результати. Оперативні втручання, що проводилися 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