

грудного и поясничного отделов позвоночника первоначально выполняется доступ к задним структурам вне зависимости от вида компрессии спинного мозга (передней или задней). Во всех случаях декомпрессия обязательно должна завершаться фиксацией поврежденного сегмента позвоночника: при заднем доступе к шейному и грудному отделу — ламинарной системой, при переднем доступе к шейному отделу — цервикальной пластиной, при заднем доступе к нижнегрудному и поясничному отделу — транспедикулярной системой. При первой операции компрессия должна быть подтверждено устранена! По мере стабилизации жизненно-важных функций, в сроки 14–21 сутки выполняется вторая операция, направленная на достижение надежного переднего спондилодеза (в случае выполнения первой операции задним доступом) и окончательную стабилизацию перелома позвоночника. При этом выполняется корпородез аутокостью, титановым или биокристаллическим протезом с переднебоковой фиксацией позвоночника системой вентральной фиксации. За последние 5 лет в клинику военно-полевой хирургии поступило 64 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой позвоночника, хирургическое лечение которых осуществлялось на основе концепции "Damage control". Таким образом, применение концепции у пострадавших с тяжелыми сочетанными травмами позволяет в остром периоде травматической болезни своевременно устранить сдавление спинного мозга, стабилизировать поврежденный сегмент и, тем самым, создать условия для восстановления функции спинного мозга. Это позволяет отсрочить выполнение окончательной фиксации поврежденного сегмента позвоночника до полной стабилизации жизненно-важных функций пострадавшего, сделать пострадавшего "мобильным" для выполнения различных лечебных мероприятий, связанных с травмами других анатомических областей тела и осуществлять адекватный уход.

### **Хирургическое лечение опухолей позвоночника с компрессией спинного мозга**

*Бублик Л.А., Семенов А.П.*

*НИИ травматологии и ортопедии  
Донецкого государственного медицинского  
университета им. М. Горького,  
г. Донецк, 83048, ул. Артема, 106  
тел. +380 50 9653999, e-mail: Lbublik@inbox.ru*

Около 40% из костных метастазов локализуются в позвоночнике, при этом у 5% больных развивается клиника компрессии спинного мозга.

**Цель** исследования — разработка и совершенствование методов радикального хирургического удаления первичных и метастатических опухолей позвоночника.

**Материалы и методы.** Произведен анализ 37 пациента, оперированных в клинике института с опухолевым процессом позвоночника. Мужчин было 15 (40,5%), а женщин — 22 (59,5%) человек. Возраст пациентов колебался от 20 до 75 лет. У всех больных имел место вертеброгенный синдром и неврологический дефицит. Состояние пациентов оценивалось по классификации Birke.

Декомпрессия спинного мозга достигалась вскрытием позвоночного канала (ламинэктомия). У

больных с доброкачественными опухолями позвоночника выполнялось тотальное удаление опухоли. Для замещения межтелового дефекта выполнялись костнопластические операции и внутренняя фиксация. Стабилизация позвоночника произведена следующими методиками: транспедикулярная фиксация — 8 больных; передняя стабилизация пластиной — 3; межтеловая стабилизация костью или пористой керамикой — у 4 больных.

Тактика лечения первично злокачественных опухолей во многом определялась технической возможностью их радикального удаления и состоянием больного. Декомпрессионная ламинэктомия без дополнительной фиксации проведена наиболее тяжелому контингенту больных и носила паллиативный характер.

**Результаты.** В результате положительной динамики в послеоперационном периоде состояние 24 (65%) больных можно было отнести к группам 0 и 1 по вышеперечисленной классификации, при этом группа 3 отмечалась у 6 (16%), группа 4 — 7 (19%) оставалась стабильной. После произведенных операций в срок до 3 месяцев летальных исходов отмечено не было.

**Выводы.** Таким образом, хирургического лечения опухолей позвоночника с компрессией спинного мозга зависит от гистологического вида новообразования, его распространенности, выраженности клинических проявлений заболевания, соматического состояния пациента и технической возможности выполнения радикальной операции на позвоночнике.

### **Хірургічне лікування трьох випадків аневризматичних кісткових кіст верхньошийного 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*

**Вступ.** Аневризматичні кісткові кісти (АКК) — доброякісне остеолітичне враження кісток, яке характеризується утворенням остеолітичних порожнин різного розміру розділених сполучнотканинними перетинками, що містять трабекули або остеїдну тканину з гігантськими кістковими клітинами. Ці порожнини заповнені кров'ю.

Будучи доброякісною АКК може швидко збільшуватися, руйнуючи навколишню кісткову тканину. Експансивний характер росту АКК приводить до збільшення в об'ємі уражених кісток, компресії спинного мозку і корінців, патологічним переломам.

**Матеріали і методи.** За період 1989–2005 роки у 3 хворих діагностовано АКК локалізовані на рівні С1–С3 хребців. Для діагностики АКК застосовані: рентгенографія, МРТ, МРТ-ангіографія, спіральна КТ, вертебральна ангіографія. Всесторонньо вивчалася неврологічна симптоматика. В одному випадку був застосований екстремально-латеральний доступ (враховувався ризик пошкодження хребтової артерії) з подальшим переднім спонділодезом, і в двох інших випадках використовувався задній доступ із застосуванням окципітоспонділодезу. Результати оперативного лікування оцінювалися перед виписуванням хворих і при повторних зверненнях. В післяопераційному періоді проводилися контрольне