

На момент виписки хворих зі стаціонару покращення в неврологічному стані відзначено в 3 спостереженнях, без змін — 6, погіршення — 1 (наросли чутливі та рухові розлади).

Висновок. Преривчаста мієлотомія є життєздатною альтернативою при хірургії інтрамедулярних пухлин спинного мозку, коли через задньосередню лінію проходять великі судини і здійснення мієлотомії звичайним способом є неможливим.

Декомпресивно-стабілізуючі операції при позвоночно-спинномозговій травмі

Бублик Л.А., Стегний С.А., Гохфельд И.Г., Митюшин И.И., Лихолетов А.Н.

**НИИ травматологии и ортопедии
Донецкого государственного медицинского
университета им. М. Горького,
г. Донецк, 83048, ул. Артема, 106**

Тел. +380 50 9653999, e-mail: Lublik@inbox.ru

Целью работы явилось усовершенствование технологии декомпресивно-стабилизирующих операций при позвоночно-спинномозговой травме острым и раннем периодах.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 96 пострадавших с повреждением шейного отдела позвоночника и спинного мозга и 98 пострадавших с травмой грудного и поясничного отделов позвоночника. Производилась спондилография, магнитно-резонансная или компьютерная томография. Степень неврологических нарушений оценивали по ASIA. Типы структурных повреждений позвоночника — по Magerl. В качестве критериев оценки эффективности лечения использовались динамика неврологического статуса, определение величины патологического кифоза и признаки формирования межтелового синостоза.

В шейном отделе производилась передняя декомпрессия, спондилодез и стабилизация межтеловыми пластинами. Для переднего стабильно-функционального спондилодеза нами предложена конструкция имплантата, позволяющая восстановить объем движений в позвоночно-двигательном сегменте. В груднопоясничном отделе выполнялась декомпрессия и транспедикулярная стабилизация различными системами: МОСТ, рамочная конструкция ХНИИОТ, Cotrel-Dubouset system (Horisont), Stryker, Конмет, Roy-Camille.

Результаты. Анализ осложнений при операциях передним доступом и стабилизацией пластинами показал, что они имели единичный характер: повреждения сосудов и нервов у 1 больного (позвоночная артерия у больного с болезнью Бехтерева); синдром Горнера — также у 1; осложнения в послеоперационной ране на шее (подкожная гематома) у — 3. Осложнения транспедикулярной фиксации: неудачное проведение стержней, недостаточно точная оценка степени структурных повреждений позвоночника и ошибочный выбор объема и системы фиксации.

Выводы. Таким образом, технология декомпрессии и стабилизации позвоночника позволяет добиться регресса неврологических нарушений, создает оптимальные условия для формирования костного блока в поврежденном сегменте, разрешает исключить внешнюю фиксацию позвоночника и обеспечить достаточную мобильность больным.

Анализ проведения декомпресивно-стабилизирующих операций при острой позвоночно-спинномозговой травме (ПСМТ)

Ольхов В.М., Обертинский В.А., Горбатюк К.И., Кириченко В.В., Венцовский И.Л.

**Винницкая областная психоневрологическая
больница им.акад.О.И.Ющенко,
г. Винница, 21005, ул. Пирогова, 109
тел. +380 432 321580, e-mail: kastafan@inbox.ru**

Цель. Оптимизировать результаты лечения больных с ПСМТ.

Материалы и методы. Проведён анализ выполнения декомпресивно-стабилизирующих операций при травматических повреждениях позвоночника и спинного мозга в областном нейрохирургическом отделении за период с 2003 по 2005 гг.

Результаты и их обсуждение. В течении последних трёх лет более активного внедрения стабилизирующих систем, было выполнено 84 оперативных вмешательств 115-ти поступившим больным с ПСМТ. Хирургическая активность — 73%.

При повреждении шейного отдела позвоночника, передняя декомпрессия спинного мозга сочеталась с применением системы «маймаи» у 29 больных, а у 4-ых пациентов — пластинами и аутооттрансплантатами.

При осложненной ПСМТ грудного и поясничного отделов декомпрессионная ламинэктомия дополнялась транспедикулярной фиксирующей системой (ТФЭИ-ШД) у 51 больных. После оперативного вмешательства контрольно выполнялись ликвородинамические пробы, которые свидетельствовали о полном восстановлении проходимости субарахноидального пространства.

После операции умерло 4 больных, все умершие пострадавшие с осложненной ПСМТ шейного отдела позвоночника (послеоперационная летальность — 5,8%).

Особую группу составили пострадавшие с сочетанной ПСМТ, которых по нашим данным было 13%. Наибольшее сочетания повреждения позвоночника и спинного мозга, отмечены с повреждением органов грудной полости (6 больных), и со скелетной травмой (9 больных).

При повреждении органов грудной полости с развитием гемо-, пневмоторакса, вначале проводилось налаживание системы по Бюлау. После улучшения состояния больных, как правило, на 2–3 сутки выполнялась декомпресивно-стабилизирующая операция на позвоночнике.

При сочетанном повреждении опорно-двигательного аппарата, позвоночника и спинного мозга, проводились либо одномоментно, либо с нитервалом в 1–2 дня стабилизация перелома кости (ключица, плечо, бедро) и декомпресивно-стабилизирующая операция на позвоночнике.

Выводы. Мы придерживаемся точки зрения, что больным с ПСМТ в остром периоде, следует госпитализировать в специализированное нейрохирургическое отделение — лечебное учреждение третичного уровня. Именно в областном отделении имеются условия для проведения более информативных методов диагностики (КТ, МРТ), и выполнения декомпресивно-стабилизирующих операций, что достоверно улучшает прогноз и реабилитацию при осложненной травме позвоночника и спинного мозга.