

Пункционная вертебропластика в лечении переломов позвоночника при остеопорозе

Зорин Н.А., Овчаренко Д.В., Курпа Ю.И.

Государственная медицинская академия,
г.Днепропетровск, 49044, Октябрьская пл., 14
тел. +380 562 464336,
e-mail: zorin@technikov.dp.ua

Проблема остеопороза (ОП) в последние десятилетия приобрела особое значение в связи с увеличением в популяции пожилых людей и, в частности, женщин в постменопаузальном периоде. Наиболее опасные осложнения ОП — нетравматические переломы тел позвонков. Эффективным методом лечения переломов является пункционная вертебропластика (ПВП).

Материал и методы. ПВП применяется в нашей клинике в течении трех лет. За этот период оперировано 32 больных в возрасте от 55 до 82 лет. Больные разделялись на 3 группы в зависимости от выраженности болевого синдрома. Группа А (9 человек, 28,1%) — пациенты с незначительной постоянной болью, группа В (19 человек, 59,3%) — пациенты с постоянной умеренной болью и группа С (4 человека, 12,6%) — с выраженным болевым синдромом. Больным производилась спондилография, денситометрия и спиральная томография. У 25 больных выявлен перелом одного позвонка, у 7 пациентов — 2-х и более позвонков.

ПВП проводилась амбулаторно. Пункция тела позвонка выполнялась специальной иглой, которая вводилась транспедикулярно. Используемый костный цемент "Palacos" позволял достичь консолидации перелома, а термическое воздействие приводило к дерезеции периста. Контрольный осмотр пациентов проводился через 2, 4 и 8 недель.

Результаты и их обсуждение. 22 пациента (68,7%) отмечали практически полное исчезновение боли; 9 пациентов (28,1%) отмечали значительное уменьшение боли, и только у трех пациентов боль в спине сохранялась.

Выводы. Таким образом, ПВП является малоинвазивным и эффективным методом лечения больных с остеопоротическими переломами.

Відновлювальні операції у віддалений період хребетно-спинномозкової травми

Слинько Є.І., Троян О.І.,
Муравський А.В., Дмитерко І.П.

Інститут нейрохірургії
і.м. акад.А.П. Ромоданова АМН України,
м.Київ, 04050, вул.Мануйльського, 32
тел. +380 44 4869503, e-mail: brain@neuro.kiev.ua

Лікування потерпілих із хребетно-спинномозковою травмою (ХСМТ) є надзвичайно актуальним питанням сучасної медицини. ХСМТ відносять до найбільш складних травм людського організму, оскільки цей вид патології дає високу летальність і призводить до тяжкої інвалідизації серед потерпілих. Щороку в Україні ХСМТ отримують близько 2000 чоловік (Поліщук М.С. та співавт., 1999), при чому здебільшого це особи працездатного віку, які

стають інвалідами I (80%) та II груп. У США щорічно реєструється 8000–10000 випадків цього виду травм (Villanueva, 1998). Дана проблема є не тільки медичною, а і соціальною. Тому проблема пошуку нових та удосконалення вже існуючих методів хірургічного лікування, створення умов для відновлення функцій ушкодженого спинного мозку, особливо в контексті збільшення можливостей хворих до самообслуговування, спонукає до пошуку нових шляхів її вирішення. З огляду на проблему, важливим є проведення цілеспрямованої інтенсивної терапії в гострий період ХСМТ з урахуванням тих патологічних змін, які виникають у спинному мозку (Борщенко І.А., Басков А.В. 2000; Георгиева С.А. и соавт., 1993), що поруч з проведенням різноманітних декомпресійно — стабілізуючих операцій (Зозуля Ю.П., Поліщук М.С., 1997; Сипитий В.И. и соавт., 1998) вимагає застосування адекватного, патогенетично обгрунтованого лікування з метою запобігання вторинним післятравматичним змінам мозку, зменшення летальності. Важливе значення надається лікуванню хворих у віддалені терміни після травми, створенню оптимальних умов для відновлення функцій спинного мозку. Для відновлення функцій, пов'язаних із пошкодженням мозкових структур (здебільшого — рухових), використовують центральну електростимуляцію. Механізм позитивного впливу центральної електростимуляції полягає у включенні в активну діяльність тих нейронів, які морфологічно збережені, але знаходяться у функціонально пригніченому стані, в стані функціональної асинапсії.

Перспективи електростимуляційних методів великі — це використання стимуляторів із заданою програмою, а електростимуляцію хворий може проводити самостійно за допомогою електростимулятора з антеною, яка прикладається до приймача.

Мета: поліпшити результати лікування хворих з ХСМТ, прискорити відновлення втрачених функцій.

Матеріали і методи. Проліковано 32 хворих, яким у віддалений період ХСМТ була проведена електростимуляція спинного мозку (ЕСМ) у відділенні патології хребта та спинного мозку №1 інституту нейрохірургії АМН України в період з 2001–2005 рр. Чоловіків було 22 (68%), жінок — 10 (32%). Середній вік хворих становив 40 років. Всім хворим було проведено комплексне обстеження: спондилографія, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія, електронейроміографія. Спастичний тетрапарез відмічався у 14 хворих, у 18 хворих був діагностований нижній спастичний парапарез. ЕСМ проводили за допомогою вітчизняних імплантуємих систем з 2 монополярними електродами, які імплантували у дорзальні відділи епідурального простору на рівні сегментів поперекового потовщення. Параметри електростимуляції: амплітуда імпульсів — 0,5–2,5V, частота — 70–150 Гц.

Результати та їх обговорення. На тлі ЕСМ зміни тону м'язів виникали поступово і були виражені в меншій мірі, ніж у доопераційний період. У більшості хворих в результаті центральної електростимуляції збільшився об'єм рухів у нижніх кінцівках (60%), було констатовано регресування болювого синдрому (40%). Практично у всіх хворих зменшилась спастичність. 38% пацієнтів відмітили поліпшення чутливості у паралізованих кінцівках, регресування сенсорних розладів в них. Як впливає з отриманих даних, епідуральна електростимуляція є досить ефективним і малотравматичним методом лікування хворих з ХСМТ. Проте більш логічним було б поєд-

нання методу ЕСМ з реконструктивними операціями з арсеналу ортопедії, спрямованих на поліпшення рухової функції (міотомії, тенотомії та ін.). Новим напрямком у відновленні втрачених функцій мозку є нейротрансплантація ембріональної мозкової тканини. Слід зазначити, що нейротрансплантацію можна проводити тільки в спеціалізованих центрах, де є підготовлені фахівці, за відповідним дозволом МОЗ України.

Висновки. Відновлювальні операції при ХСМТ мають великі перспективи, що пов'язано не тільки з впровадженням новітніх технологій діагностики та лікування, а і їх поєднанням (електростимуляція, нейротрансплантація, деструктивні та реконструктивні) з уже відомими нейрохірургічними втручаннями.

Хирургические доступы, используемые для удаления вентральных опухолей шейного отдела спинного мозга

Аль-Кашиш Ияд Исхак

Институт нейрохирургии

и.м. акад. А.П.Ромоданова АМН Украины,

г.Киев, 04050, ул.Мануильского, 32

тел. +380 44 4869503, e-mail: brain@neuro.kiev.ua

Целью работы явилось повышение эффективности хирургического лечения больных с опухолями шейного отдела спинного мозга вентральной локализации путем разработки дифференцированных показаний для использования различных хирургических доступов, разработки техники радикального хирургического удаления этих опухолей.

Материалы и методы. На протяжении последних 4-х лет в первом спинальном отделении института нейрохирургии им. акад. Ромоданова, было исследовано 22 больных с экстремедуллярными опухолями вентральных шейного отдела спинного мозга. Возраст больных варьировал в пределах от 25 до 70 лет. У 10 — больных опухоли располагались на уровне верхнешейного отдела (С0–С3), у 12 — на уровне нижнешейного отдела (С4–С7).

Результаты. При оперативном вмешательстве были использованы различные оперативные доступы: заднебоковой доступ — у 15 больных, экстремально-латеральный доступ — у 3 больных, переднебоковой доступ — у 4 больных. К вариантам заднебокового доступа мы относили экстремально-латеральный доступ на уровне С0–С1. Заднебоковой подход включал ламинэктомию и фасетэктомию со стороны опухоли. В последние два года нами активно использован переднебоковой доступ для удаления вентральных опухолей на уровне С3–С7, и экстремально-латеральный доступ для удаления вентральных опухолей на уровне С0–С1. В результате применения такой хирургической технологии, удалось добиться полной визуализации опухоли, удалить ее под прямым визуальным контролем. Опухоли были удалены тотально во всех наблюдениях.

Выводы. Заднебоковой доступ показан при вентральных опухолях на уровне С2–С7. Переднебоковой доступ показан при опухолях вентральной локализации на уровне С3–С7, или невриномах вентролатеральной локализации со значительным ростом паравертебрально кпереди. Экстремально-латеральный доступ показан при вентральных субдуральных, экстремедуллярных опухолях на уровне С0–С1.

Хирургическое лечение экстремедуллярных опухолей, расположенных впереди спинного мозга

Аль-Кашиш Ияд Исхак

Институт нейрохирургии

и.м. акад. А.П.Ромоданова АМН Украины,

г.Киев, 04050, ул.Мануильского, 32

тел. +380 44 4869503, e-mail: brain@neuro.kiev.ua

Цель. Разработать необходимые нейрорадиологические комплексы для вентральных и вентролатеральных опухолей спинного мозга, изучить микроанатомотопографические особенности локализации вентральных и вентролатеральных опухолей на разных уровнях спинного мозга и на этой основе определить показания для применения хирургических доступов, разработать новые хирургические методы радикальной резекции опухолей с минимальной травматизацией спинного мозга, изучить результаты оперативного лечения.

Материалы и методы. В первом спинальном отделении института нейрохирургии им. акад. Ромоданова на протяжении 2000–2006г. было прооперировано 90 больных с экстремедуллярными опухолями спинного мозга. Возраст больных варьировал в пределах от 20 до 75 лет. Средний возраст больных с менигиомами составил — 55 лет, а больных с невриномами — 45 лет. Внеозговые спинальные опухоли по уровню локализации мы классифицировали следующим образом: 1) верхнешейной локализации (С0–С3); опухоли нижнешейной локализации (С4–С7); 3) опухоли верхнегрудной локализации (Th1–Th5); 4) нижнегрудной локализации (Th6–Th10); 4) опухоли груднопоясничной локализации (Th11–L2). Согласно этой классификации, нами изучены вентральные и вентролатеральные опухоли: на уровне верхнешейной локализации (С0–С3) — 26, из них 11 -менигиом и 15 -невринома; на уровне нижнешейного отдела (С1–С7) — 10, из них 5 — менигиом и 5 — неврином; на уровне верхнегрудной локализации (Th1–Th5) — 25, из них 18 — менигиом и 7 — неврином; на уровне нижнегрудной локализации (Th6–Th10) — 14, из них 7 — менигиом и 7 — неврином; на уровне груднопоясничной локализации (Th11–L2) — 15, из них 6 менигиом, 9 неврином. Из всех изученных опухолей менигиомы составляли — 60%, а невриномы — 40%. Было установлено, что у 69 (76.6%) больных опухоли располагались вентролатерально и у 21 (23.4%) больных — вентрально.

Результаты. Диагностика расположения опухоли проводилась МРТ, КТ, МРТ с в/в усилением. Доступ выбирался исходя из нейровизуализирующих данных о локализации опухоли. Использованы различные оперативные доступы: задний доступ выполнен у 5 больных, заднебоковой доступ — 58 больных, передний доступ — 4 больных, переднебоковой доступ — 6 больных, Far lateral доступ — 13, Extremal lateral доступ — 4 больных. Преимущество отдавалось доступам, которые позволяли визуализировать опухоль под прямым углом, с минимальной тракцией мозга или его корешков. Опухоли были удалены тотально во всех наблюдениях. Результаты хирургического лечения были лучше в случае следующих факторов: ранние сроки установления диагноза, молодой возраст больных, незначительная степень компрессии спинного мозга, адекватный хирургический доступ, тотальное удаление опухоли, использование микрохирургической техники.

Выводы. Заднебоковой доступ является наиболее оптимальным при вентролатеральных опухолях.