

ниці: безпечність, повноцінна декомпресія нервових елементів та збереження стабільності в хребтовому сегменті. Всі хворі були прооперовані такими методами: із заднього доступу (з використанням модифікованої ламінектомії дозволяючими максимально зберегти елементи хребта, забезпечуючи адекватну декомпресію з наступним застосуванням транспедикулярної фіксуєної металокоплекції), бокового і комбінованого доступів. Всі види оперативних втручань були розділені на декомпресивні, стабілізуючі, декомпресивно-стабілізуючі та реконструктивно-відновлювальні.

Результати. У 6 прооперованих хворих спостерігався повний регрес неврологічної симптоматики, у 4 хворих відмічено залишкові явища больового синдрому, незначні порушення функцій нижніх кінцівок і лише в 1 хворій не вдалося отримати позитивного результату. У хворій залишився глибокий парапарез нижніх кінцівок та порушення функцій тазових органів, частково усунено больовий синдром. Причиною недостатньо ефективного лікування стало тривале здавлення нервових корінців та літній вік.

Висновки. Нами відмічено, що стабілізуючі операції на хребті часто переходять в розділ нейроортопедичних. Хірургічне лікування застарілих спонділолістезів з неврологічними проявами є оптимальним при лікуванні таких хворих та досягненні кращих результатів.

Результати мікрохірургічного лікування екстремедулярних інтрадуральних менингіом

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

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

Мета роботи — покращити результати хірургічного лікування екстремедулярних інтрадуральних менингіом завдяки використанню мікрохірургічної техніки.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 94 хворих з екстремедулярними інтрадуральними менингіомами, оперованими в інституті нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України в період з 1997 по 2005 рр. Вік хворих коливався від 26 до 76 років, середній вік — 45,4 роки. Передопераційне обстеження включало: МРТ, КТ, рентгенографію хребта.

В неврологічному статусі на момент операції рухові та чутливі розлади мали місце у 92 спостереженнях, порушення функції тазових органів — у 55 хворих, больовий синдром спостерігався у 61 пацієнта.

Результати та їх обговорення. Пухлини розташовувались на рівні шийного відділу хребта в 15 спостереженнях, грудного — в 76, поперекового — в 3 спостереженнях. По відношенню до поперечника спинного мозку екстремедулярні пухлини розташовувались дорсально в 15 спостереженнях, дорсо-латерально — в 25, вентро-латерально — в 33, латерально — в 7, вентрально — в 14 спостереженнях.

Для доступу до пухлин використовувалась ламінектомія на рівні 1–4 хребців в 89 спостереженнях, при латеральній локалізації і невеликих розмірах пухлини використовувалась геміламінектомія (5 спостережень). Операції проводились з використанням мікрохірур-

гічної техніки. Пухлини були видалені радикально в усіх 94 спостереженнях. При дорсальних менингіомах проводили резекцію ТМО в ділянці матрикса пухлини, при інших локалізаціях — коагуляцію.

Оцінку результатів оперативного втручання проводили на момент виписки пацієнтів зі стаціонару в строки 2–4 тижні після втручання. В залежності від функціональних наслідків, результати операцій оцінені як добрі у 45 хворих, задовільні — у 41, незадовільні — у 8. Тимчасове наростання неврологічної симптоматики після операції мало місце у 19 спостереженнях і частіше зустрічалось при вентральній локалізації менингіом.

Висновки. Фактори, які впливали на незадовільні функціональні наслідки хірургічних втручань були: проведення оперативного втручання при наявності клініки повного поперекового ураження спинного мозку, вік пацієнтів більше 60 років, вентральне розташування пухлини та її повна петрифікація.

Сучасний нейроортопедичний підхід до лікування ускладнених пошкоджень хребта та спинного мозку грудопоперекового відділу хребта

*Костицький М.М., Потапов О.І.,
Федак В.І., Костицька О.М.*

*Обласна клінічна лікарня,
м. Івано-Франківськ, 76000, вул. Федьковича, 91
тел. +380 342 528173, e-mail: otkos@itc.if.ua*

На сучасному етапі метою хірургічного лікування хворих з пошкодженнями хребта, ускладненими ушкодженнями або здавленням спинного мозку чи його елементів є декомпресія або реконструкція спінального каналу, усунення деформації хребта і надійна стабілізація сегментів до їх зрощення. Однак через 2–3 міс після операції через резорбцію кісткової тканини та під впливом вертикальних навантажень збільшується кіфотична деформація хребта з вершиною на рівні зламаного хребця, що вимагає пошуку нових засобів стабілізації.

Проведені результати обстежень 83 хворих, які знаходилися на обстеженні та лікуванні з приводу ускладнених переломів та перелоמו-вивихів у грудному та верхньопоперековому відділах хребта з різним ступенем ушкодження хребтових сегментів і різним ступенем важкості ушкодження спинного мозку та його елементів. За ступенем важкості ушкоджень спинного мозку згідно класифікації по Frankel виявлено: тип А - 25, В - 12, С - 18, D - 28.

Усім хворим проводилось оперативне втручання із заднього доступу, виконувалась ревізія хребетного каналу, репозиція кісткових уламків або їх видалення з наступною реклінацією на операційному столі, що завершувалося транспедикулярною фіксацією у 41 пацієнтів пластинами Рой-Камілла, в 42 пацієнтів — системою МОСТ.

Спостереження протягом від 3 міс до 3 років показали, що після застосування пластин втрата корекції досягла 20%, а в 46% спостерігали облямування шурупів, переважно нижніх. При застосуванні системи МОСТ таких ускладнень не спостерігалось.

Таким чином, наші спостереження показують, що у хворих з ускладненими пошкодженнями грудопоперекового відділу, найкращий лікувальний ефект мають операції, які поєднують у собі репозицію та максимально можливу реклінацію зламаного хребця,