

ративного вмешательства влияли: размеры и плотность опухоли, степень компрессии и направление смещения мозга, распространение опухоли по аксису (C0, C1, C2, C3), вентральное или вентролатеральное расположение опухоли, достаточность хирургического доступа. В наших наблюдениях больных с “хорошим результатом” было 63%, с “удовлетворительным результатом” — 25% и “неудовлетворительным результатом” было 12%.

Заключение. Адекватный выбор хирургического доступа, прежде всего, зависит от локализации опухоли, её величины и распространения.

Веноспондилография як метод контролю вертебропластики

Вербов В.В., Троян О.І.,
Муравський А.В., Мороз В.В.

Інститут нейрохірургії

ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,

м. Київ, 04050, вул. Мануйльського, 32

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

Пункційна вертебропластика (ПВП) є відносно новим малоінвазивним методом забезпечення стабілізації і консолидації ушкоджених хребців з використанням кісткових цементів на основі акрилових смол у хворих з ураженням тіл хребців різної етіології (Barr J.D. et al., 2000; Cortet B. et al., 1997; Cyteval C. et al., 1999; Jensen M.E., Dion J.E., 2000; Niyhof M.W. et al., 2000).

Основними чинниками, що визначають клінічний ефект пункційної вертебропластики, є консолидація тіла хребця, хімічний цитотоксичний та термічний цитотоксичний вплив (за рахунок екзотермічної реакції композиційних матеріалів) на тканину пухлини (Mathis S., 2003; Murphy K.J., Lin P.B., 2001). Введення кісткових цементів в тіло ураженого хребця сприяє надійній стабілізації тіла хребця, дозволяє запобігти розвитку його компресійного зламу (Pean S.R. et al., 2000; Jensen M.E., Dion J.E., 2000; Niyhof M.W. et al., 2000). Крім опорної функції, введення в хребець стабілізуючого агента призводить до зменшення больового синдрому (Cyteval C. et al., 1999; Jensen M.E. et al., 1997), і це дозволяє використовувати метод ПВП при остеопорозі, метастазах в тіла хребців (Cyteval C. et al., 1999; Cortet B. et al., 1998), травматичних ураженнях тіл хребців (Barr J.D. et al., 2000; Niyhof M.W. et al., 2000).

Мета: удосконалити метод вертебропластики шляхом контрольної веноспондилографії з візуалізацією колекторів венозного відтоку.

Матеріали і методи. У відділенні патології хребта та спинного мозку №1 інституту нейрохірургії АМН України в період з 2003 — 2005 рр. методом пункційної вертебропластики прооперовано 48 хворих (віком від 23 до 62 років) з патологією тіл хребців на тлі остеопорозу, травматичних уражень, гемангіом хребців, метастатичного ураження, мієломної хвороби. В літературі описані випадки міграції кісткового цементу епідурально з наростанням неврологічної симптоматики (Levine S.A. et al., 2000; Hitchon P.W. et al., 2001). З огляду на проблему, ми розробили методику перкутанної вертебропластики під контролем веноспондилографії і застосували цей метод у хворих з агресивними гемангіомами хребців (29 спостережень). Всі хворі були комплексно обстежені із застосуванням сучасних допоміжних методів (спондилографія, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія). Показанням до ПВП були ознаки

агресивності гемангіом, прогресивний перебіг захворювання. При проведенні оперативних втручань на поперековому рівні застосували пункційні доступи — транспедикулярний (12) і задньобочковий (3); на грудному рівні — транспедикулярний (7) та парапедикулярний (7).

Результати та їх обговорення. При виконанні веноспондилографії гемангіоми в тілі чітко контрастувались, спостерігали відтік венозної крові. В 2-х проекціях вивчали напрям венозного відтоку. Якщо відтік був в епідуральні вени, то існував ризик міграції кісткового цементу з каверн гемангіоми в епідуральні вени з компресією мозку. В таких випадках голку вводили глибше в передні відділи тіла хребця або змінювали кут нахилу в тілі. Якщо контраст потрапляв з тіла хребця у вени зовнішнього хребцевого венозного сплетення, розташування голки вважали задовільним. Потім до голки приєднували шприц і вводили кістковий цемент (polymethylmethacrylate — РММА), який є аналогом вітчизняного протокрилу. Для заповнення ураженого тіла хребця достатнім було введення від 4 до 8 мл кісткового цементу. Введення більшої кількості небезпечно, що загрожує міграцією цементу епідурально, паравертебрально. Потім голку прочищали мандреном, вводили 10–15 мл контрасту і виконували веноспондилографію. У 4 хворих контрастування хребця не спостерігалось, контраст по штифт-каналу голки мігрував в хребцевий канал і дрениувався епідуральними каналами. Таку веноспондилографію вважали задовільною, вона свідчила про відсутність епідуральної міграції цементу і функціонування епідуральних вен. Ускладнень під час оперативних втручань констатовано не було. У більшості хворих (76%) у післяопераційний період регресував больовий синдром. У 4 хворих спостерігали короткочасну гіпертермію, яку оцінювали як реакцію організму на кістковий цемент. По катамезтичним даним всі хворі зберегли працездатність.

Висновки. Веноспондилографія з візуалізацією венозних колекторів є надійним контрольним методом, що дозволяє знизити ризик епідурального поширення кісткового цементу і розвитку емболічних ускладнень.

Методи відновної хірургії в лікуванні дегенеративних процесів міжхребцевих дисків

Слинько Є.І.

Інститут нейрохірургії

ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,

м. Київ, 04051, вул. Мануйльського, 32

тел. +380 44 4869503, e-mail: outing7@yahoo.com

За останній час відмічена тенденція до зростання кількості хворих з клінічними проявами дегенеративних процесів хребта та міжхребцевих дисків пізніх стадій. Серед них превалюють явища спонділолізу, спонділоартрозу, спонділолістезу, стенозу хребтового каналу та міжхребцевих отворів. Традиційні операції дискетомії дають незначні клінічні результати при цій патології, здатні зменшити, в основному, тільки прояви радикального больового синдрому. Набагато ефективніші втручання радикальної декомпресії нервових структур та протезування міжхребцевих дисків. Для цих цілей традиційно застосовується методика протезування нерухомими протезами. Однак, кістковий анкілоз який при цьому утворюється має свої недоліки в вигляді порушення