

опухолей позвоночника для улучшения качества жизни.

**Материалы и методы.** Произведен анализ 37 пациентов, 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.

**Результаты и их обсуждение.** 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 методами: транспедикулярная фиксация — 8 больных; передняя стабилизация пластиной — 3; межтеловая стабилизация костью или пористой керамикой — у 4 больных. Закрытие дефектов твердой мозговой оболочки осуществлялось применением Тахакомба. Транспедикулярная стабилизация различными системами: МОСТ, Stryker, Конмет.

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. 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. Предложенная тактика лечения позволяет существенно улучшить качество жизни данной категории больных.

### **Перспективы улучшения качества жизни больных при хирургическом лечении позвоночно-спинномозговой травме**

*Бублик Л. А., Гохфельд И. Г.,  
Митюшин И. И.*

*НИИ травматологии и ортопедии  
Донецкого государственного медицинского  
университета им. М. Горького  
83048, г. Донецк, ул. Артема 106.  
Тел. 8-050-965-3999, E-mail: Lbublik@inbox.ru*

Целью работы явилось улучшение качества жизни путем усовершенствования технологии декомпрессионно-стабилизирующих операций при позвоночно-спинномозговой травме острым и раннем периодах.

Проведено обследование и хирургическое лечение 194 больных с повреждением шейного отдела позвоночника и спинного мозга и 134 больных с грудного и поясничного отделов. Средний возраст 32,6 лет. Производилась спондилография, магнитно-резонансная или компьютерная томография. Степень неврологических нарушений оценивали по ASIA. Типы структурных повреждений позвоночника — по Magerl. Для 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, Stryker, Конмет.

Осложнения транспедикулярной фиксации: неудачное проведение стержней, недостаточно точная оценка степени структурных повреждений позвоночника и ошибочный выбор объема и системы фиксации. Терапевтическая стратегия, направленная на ускорение восстановления функции при повреждении спинного мозга включала в себя: Соллю-Медрол, актовегин, цераксон и другие препараты.

Принцип оценки отдаленных результатов лечения был основан на использовании модифицированной шкалы McCormick с оценкой неврологического статуса и качества жизни больных.

Таким образом, технология декомпрессии и стабилизации позвоночника позволяет существенно улучшить результаты лечения больных с нестабильностью и деформацией позвоночника, исключить возможность вторичного смещения, что способствует значительному ускорению восстановления функции и существенно улучшает качество жизни.

### **Эндоскопическая хирургия арахноидальных кист**

*Данчин А. А.*

*Клиника нейрохирургии и неврологии  
Главного военного клинического госпиталя.  
ул. Госпитальная, 18, Киев, 01133, Украина.  
Тел./факс.: + 38 (044) 522-83-79,  
e-mail: bomartin@yandex.ru*

**Введение.** Целью хирургического лечения арахноидальных кист (АК) является создание широкого сообщения между кистой и субарахноидальным пространством.

**Материалы и методы.** В течение 2000-2006 гг. мы применяли эндоскопические методики у 20 пациентов с АК. Все больные были старше 18 лет, средний возраст составил 37 лет. В 2 наблюдениях АК располагались пара — и интравентрикулярно. В 2 наблюдениях — в задней черепной ямке. 9 АК — в средней черепной ямке и Сильвиевой щели. 7 АК имели конвекситальную локализацию. Мы использовали жесткие нейроэндоскопы для эндоскопической инспекции (ЭИ), эндоскопической контролирующей микрохирургии (ЭКМ) и «чистой» нейроэндоскопии.

В 2 наблюдениях была выполнена эндоскопическая кистовентрикулостомия. ЭИ применялась