

## Перкутанная транспедикулярная стабилизирующая система «Sextant»

Педаченко Е. Г., Гармиш А. Р.,  
Педаченко Ю. Е.

Институт нейрохирургии им. акад.  
Ромоданова А. П. АМНУ, 04050 Киев,  
ул. Мануильского 32, тел. 8 044 489-30-45,  
E-mail: garmich@mail.ru.

Современные тенденции развития хирургии позвоночника связаны с разработкой малоинвазивных методов лечения, в том числе и стабилизирующих систем.

**Цель:** выявить преимущества чрезкожной транспедикулярной фиксации позвоночника системой «Sextant».

**Материалы и методы исследования:** Обследовано 50 пациентов (37 женщин и 13 мужчины) с патологическими и посттравматическими компрессионными переломами тел позвонков без неврологического дефицита. Возраст пациентов от 18 до 67 лет (в среднем 47,95±1,59 лет). В зависимости от характера оперативного вмешательства больные разделены на две группы. Первую группу составили 25 больных, для стабилизации позвоночника которых использован метод чрезкожной транспедикулярной фиксации системой «Sextant». Вторую группу — больные, которым проводилось «открытое» оперативное вмешательство с фиксацией позвоночника транспедикулярной системой.

Обе группы больных были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям и интенсивности основных клинических проявлений.

**Результаты:** Применение чрезкожной стабилизации позвоночника позволило сократить время проведения оперативного вмешательства в среднем до 84,5±9,12 мин, снизить объем кровопотери в среднем на 600 мл, а так же значительно уменьшить выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде и длительность временной нетрудоспособности. Средняя продолжительность пребывания больных первой группы на больничной койке в послеоперационном периоде достоверно ниже и составила 4 суток.

**Выводы:** Чрезкожная транспедикулярная стабилизация позвоночника системой «Sextant» — эффективное малоинвазивное оперативное вмешательство, позволяющее сократить сроки госпитализации, время оперативного вмешательства и свести объем кровопотери к минимуму.

## Якість життя хворих після пункційної лазерної мікродискектомії з приводу шийних дискогенних нейрокомпресійних синдромів

Педаченко Ю. Е.

Институт нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова  
АМН України, Національна медична академія  
післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ  
України. Київ, 04050, вул. Мануїльського 32,  
тел. 044 486-4608, pedachenko\_yura@mail.ru

**Мета:** Визначити якість життя хворих після пункційної лазерної мікродискектомії (ПЛМ) з приводу

шийних дискогенних нейрокомпресійних синдромів (ШДНС).

**Матеріал і методи.** ПЛМ проведена 150 хворим із ШДНС на 234 клінічно означених грижах міжхребцевих дисків: C<sub>3</sub>/C<sub>4</sub> — 6 (2,6%), C<sub>4</sub>/C<sub>5</sub> — 34 (14,3%), C<sub>5</sub>/C<sub>6</sub> — 110 (47,2%), C<sub>6</sub>/C<sub>7</sub> — 79 (33,8%), C<sub>7</sub>/Th<sub>1</sub> — 5 (2,2%). В клінічній картині у 150 хворих мали місце 402 ШДНС. В середньому, на кожного хворого приходилось 2,7 неврологічних синдрому: 1,1 — компресійних, 1,6 — рефлекторних. Якість життя оцінювали за станом пацієнтів в різні строки після ПЛМ за стандартними шкалами оцінки ефективності втручання (за критеріями А. М. Хелімського, MacNab, Nurick, Pain Score Scale).

**Результати та їх обговорення.** За катамнестичними даними (через рік і більше після операції), ПЛМ є ефективним методом лікування ШДНС (90,9% позитивних результатів), перед усім компресійної радикулопатії із явищами іритації корінця та із неврологічними симптомами випадіння функції корінця.

Основним критерієм якості і ефективності ПЛМ, як малоінвазивного втручання, вважаємо кількість повторних відкритих втручань (мікродискектомія із переднім корпородезом), що мало місце у 3,1% наших хворих.

В 7% спостережень хворі очікували на більший ефект від втручання, але суб'єктивна оцінка недостатнього, на їх погляд, результату операції в половині випадків не корелювала із позитивними змінами неврологічного статусу, даних електронейромографії та МРТ.

**Висновки.** 1. Пункційна лазерна мікродискектомія є ефективним методом лікування шийних дискогенних нейрокомпресійних синдромів (90,9% позитивних результатів).

2. Критерієм якості і ефективності пункційної лазерної мікродискектомії, як малоінвазивного втручання, вважаємо необхідність проведення повторних відкритих втручань.

3. Проведення мікродискектомії із переднім корпородезом після ПЛМ знадобилось в 3,1% спостережень.

## Качество жизни больных с повреждениями и некоторыми заболеваниями позвоночника в зависимости от методов стабилизации.

Перфильев С. В.

Республиканский научный центр  
нейрохирургии, Республика Узбекистан,  
г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5,  
134-10-83, kariev@bcs.com.uz

В настоящее время нейрохирургические операции на позвоночнике стали сочетаться со стабилизирующими операциями.

Целью исследования было: изучить качество жизни больных в зависимости от применения различных вариантов спондилодеза у больных с травматическими повреждениями, шейным остеохондрозом, спондилолистезами и опухолями позвоночника.

**Материал и методы.** Работа основана на клиническом наблюдении за 270 пролеченных за период 1998 — 2006гг. 28 с вывихами и 20 больных с оскольчатыми переломами тел шейных позвонков. 35 с шейным остеохондрозом. С переломами тел грудных

и поясничных позвонков 102. У 15 со злокачественными опухолями позвоночника и 70 с осложненными спондилолистезами. Для спондилодеза использовали «кейджи» и транспедикулярные фиксаторы. Качество жизни больных определяли по шкале Карновского. Динамическая наблюдения через 6 и 12 месяцев.

**Результаты и обсуждение.** Применение фиксирующих систем позволяет приступить к ранней реабилитации и отказаться от дополнительной внешней иммобилизации. Результаты лечения и показатели качества жизни зависели от многих причин, главной их которых является характер и глубина повреждения спинного мозга. Однако применение погружных систем внутренней фиксации позвонков значительно облегчает качество жизни и процесс медицинской реабилитации — практически с 1-го дня после операции (в среднем на 10—20% по шкале Карновского) при травматических повреждениях и шейном остеохондрозе. А у больных с опухолевым поражением тел позвонков (при минимальной заинтересованности спинного мозга) качество жизни улучшается вплоть до 60—80% по шкале Карновского.

### **Опухоли спинного мозга, его оболочек, СМН с разрушением позвоночника. Качество жизни пациентов**

*Поляков Ю.Ю., Гуляев Д.А.,  
Тастанбеков М.М.*

*ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова,  
г. Санкт-Петербург, 191104,  
ул. Маяковская, д. 12,  
тел. 8 10-7-812 2729819,  
polyakovspb@yandex.ru*

**Цель.** Определение уровня социальной адаптации и качества жизни у пациентов с опухолями спинного мозга.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 63 больных оперированных в ФГУ РНХИ имени профессора А.Л. Поленова на отделении хирургии опухолей головного и спинного мозга в период 2002—2006гг. Возрастная группа от 18 до 76 лет. Средний возраст составил 45 лет. На трудоспособный возраст от 20 до 40 лет приходится 36,5% заболевших.

По уровню поражения: шейный отдел 23 (36,5%); грудной отдел 17 (26,9%); поясничный отдел 21 (33,3%); крестцовый отдел 2 (3,2%).

Состояние при поступлении: компенсированное 53 (84,1%), субкомпенсированное 9 (14,3), декомпенсированное 1 (1,6%).

Клиническая картина представлена основными симптомами: болевой синдром 47 (74,6%); нарушение чувствительности 24 (38,0%); нарушения функции тазовых органов 44 (69,8%); двигательные нарушения 63 (100%).

По шкале Карновского 90—80 баллов имели 9 (14,3%), 70—60 баллов — 26(41,3%), 60—50 баллов — 22 (34,9%) и менее 50 баллов — 6 (9,5%) больных.

По показателю Бартеля для функциональной оценки сохранности навыков больного используется сумма очков, которая при полной независимости пациента достигает 100. Сумма баллов, меньшая или равная 20, свидетельствует о низком реабилитационном потенциале и высокой зависимости больного от посторонней помощи, а равная или превышающая

60 баллов позволяет считать возможным значительное восстановление функционального статуса больного.

Результаты и их обсуждения. В дооперационный период 9 пациентов (95 баллов), 26 пациентов (80 баллов), 22 пациента (50 баллов), 6 пациентов (45 баллов). В послеоперационном периоде реабилитационный потенциал составил более 60 баллов практически в 100% случаев.

Вывод. Раннее выявление заболевания, правильная хирургическая тактика включая адекватную стабилизацию позвоночника, консервативную терапию в послеоперационном периоде, позволило повысить реабилитационный потенциал пациентов, уровень социальной адаптации и качество жизни.

### **Цифровая вертебротермография в оценке качества жизни больных, оперированных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита**

*Семисалов С.Я., Абашии Г.В.,  
Семисалова В.С.*

*Донецкий государственный медицинский  
университет им. М. Горького, г. Донецк, 83110,  
а/я 1412, 307-81-35; serg1948@yandex.ru*

**Цель.** Определить эффективность объективизации качества жизни больных, оперированных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита. Материал и методы. Проведен анализ эффективности оперативного лечения дискогенного пояснично-крестцового радикулита у 15 больных. Всем больным перед оперативным вмешательством проводилось клинико-рентгенологическое обследование, компьютерная томография или магнитно-резонансное исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника. При поступлении в нейрохирургический стационар и перед выпиской после операции проводилась цифровая вертебротермография пояснично-крестцового отдела позвоночника. Вся информация вводилась в специально разработанную медицинскую информационную систему «Медик-эксперт» и в последующем подвергалась анализу и статистической обработке.

**Результаты и обсуждение.** У всех больных с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом перед оперативным вмешательством при выполнении цифровой вертебротермографии выявлялась асимметрия температуры кожи. Причем в 3 случаях преобладание температуры кожи со стороны протрузии диска составляла до 1,5 раз. В послеоперационном периоде в большинстве случаев асимметрия кожной температуры хотя и отмечалась, но степень асимметрии была значительно менее выражена.

**Выводы.** Одним из признаков качества жизни больных, оперированных по поводу протрузии диска в пояснично-крестцовом отделе является нормализация выраженности вегетативных нарушений в виде уменьшения разницы кожной температуры в паравертебральной области. Проведение цифровой вертебротермографии у больных с протрузией диска в пояснично-крестцовой области помогает проводить динамический контроль за объемом и эффективностью консервативного лечения в послеоперационном периоде и является одним из критериев оценки качества жизни больных, оперированных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита.