

Нетравматические нейрокомпрессионные синдромы при патологии позвоночника как причина радикулярных и локальных болевых синдромов: нейрохирургические принципы и методы лечения

Слынько Е.И., Пастушин А.И., Косинов А.Е., Цымбал М.Е.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
8044 5921909
eu_slinko@yahoo.com

Нетравматические нейрокомпрессионные синдромы при патологии позвоночника характеризуются компрессией спинного мозга и его корешков, соответствующей неврологической симптоматикой. При выборе метода лечения необходимо учитывать клинические проявления и стадию заболевания, анатомо-функциональные изменения позвоночника и межпозвоночных дисков. Основные нейрохирургические принципы лечения таких синдромов заключаются в хирургической декомпрессии спинного мозга и корешков, стабилизации и фиксации позвоночника. Цель: повышение эффективности хирургического лечения нетравматических нейрокомпрессионных синдромов при патологии позвоночника. Материалы и методы: Группа нетравматических нейрокомпрессионных синдромов при патологии позвоночника была неоднородна и включала: а) дегенеративные процессы позвоночника, протекающих с компрессией спинного мозга и корешков - 3000 больных (2003-2008 годы); б) опухоли позвоночника - 480 больных; в) диспластические аномалии позвоночника - 27 больных. Всем больным проведены нейрохирургические вмешательства с соблюдением двух основных принципов - декомпрессия нервных структур, стабилизация и фиксаций позвоночника. Результаты и обсуждение. Показана более высокая эффективность вмешательств, где применены прямые методы декомпрессии спинного мозга и корешков - с применением передних доступов в случае вентральной и вентролатеральной компрессии и с применением задних доступов в случае дорсальной и дорсолатеральной компрессии. В случае вентральной декомпрессии применялись межтеловой корпородез титановыми имплантатами при удалении дисков или тел позвонков и соответствующая фиксация имплантатов. При задней декомпрессии в случае дестабилизации позвонков, возникающей при необходимости одно или двусторонней резекции суставных отростков, применялись модификации транспедикулярной системы фиксации для шейного или грудно-поясничного отделов позвоночника. Показано, что при костных резекциях или удалении диска, ведущих к дестабилизации позвоночника применение соответствующих методов фиксации значительно улучшает непосредственный и отдаленный результат.

Результаты нейрохирургического лечения болевых синдромов при аномалии Киари, сирингомиелии

Слынько Е.И., Мухамед Камиль

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
8044 5921909
eu_slinko@yahoo.com

Цель. Данное исследование проведено с целью выработки оптимальной хирургической тактики в зависимости от типа аномалии Киари.

Материал и методы. Среди 93 больных аномалия Киари 0 отмечена у 5 больных, аномалия Киари I у 57 больных, аномалия Киари 1,5 - у 16 больных, аномалия Киари II - у 13 больных, аномалия Киари III отмечена не была, аномалия Киари IV - отмечена у 2 больных.

Результаты и их обсуждение. В 1995-1997 годах хирургическое лечение применяли в основном для сирингомиелии, выполнялось сиринго-субарахноидальное шунтирование. В 1998-1999 применяли комбинацию сиринго-субарахноидального шунтирования и декомпрессии костных структур краниовертебрального перехода. В 2000-2008 мы выполняли оперативные вмешательства, преследующие три цели в зависимости от типа аномалии Киари - 1) костную декомпрессию нижних отделов мозжечка, верхнешейного уровня 2) восстановление ликворотока в области краниовертебрального перехода, 3) увеличение общего объема задней черепной ямы и\или краниовертебрального перехода. Наиболее эффективно клиническая и радиологическая симптоматика при всех видах аномалии Киари купировалась с применением хирургической тактики, где оперативные вмешательства были направлены на декомпрессию нижних отделов мозжечка, увеличение общего объема задней черепной ямы и\или краниовертебрального перехода, восстановление ликворотока в области краниовертебрального перехода.

Выводы. Для достижения наилучшего результата хирургическое вмешательство должно быть направлено на лечение аномалии Киари и соответственно: декомпрессию нижних отделов мозжечка, восстановление ликворотока в области краниовертебрального перехода, увеличение общего объема задней черепной ямы и\или краниовертебрального перехода.