

Уточнення показів до мікродискектомії на поперековому рівні на основі клініко-інструментальних даних

Шевага В.М.*, Нетлюх А.М.*, Федорко О.І.**,
Струж Ю.Т.**

*Львівський Національний медичний університет ім.
Данила Галицького,
**Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної
допомоги м. Львова
Львів
Україна
(032)2587235, (067)9346393
romaiivanova-mail@rambler.ru

Мета. Встановити значення впливу даних клінічного та інструментального досліджень на тактику лікування при килах міжхребцевих дисків на поперековому рівні.

Матеріал і методи обстеження. Обстежено 103 хворих. Оперовано 60 пацієнтів, яким проведено радикальну мікродискектомію. 43 хворих пройшли курс консервативної терапії із задовільним ефектом. Найчастіше зустрічалась патологія міжхребцевих дисків LV-SI – в 45,1% та LIV-LV – в 41,5% пацієнтів. У хворих визначалась тривалість вертеброгенних скарг при зборі анамнезу, проводився неврологічний огляд. У 79 хворих діагноз підтверджений даними нейровізуалізуючих обстежень.

Результати та їх обговорення. Середня тривалість скарг серед оперованих хворих становила $154,7 \pm 27,6$ тижнів до моменту операції. Останнє загострення, рефрактерне до консервативної терапії, тривало $57,3 \pm 10,4$ діб. В тих, хто лікувався консервативно, тривалість скарг складала в середньому $178,5 \pm 70,5$ тижнів.

За даними КТ і МРТ в оперованих хворих розмір кили становив $8,6 \pm 0,5$ мм, серед пролікованих консервативно – $7,7 \pm 0,7$ мм (за даними КТ – $5,9 \pm 0,6$ мм, за даними МРТ – $8,3 \pm 0,8$ мм).

В пацієнтів обох груп спостерігались симптоми натягу, зміни колінного та Ахіллового рефлексів, рухові та чутливі порушення. Проте, якщо симптоми натягу проявлялись майже рівномірно в обох групах (78,3% та 74,4%), то рухові розлади мали місце в 23,3% хворих консервативної групи і в 41,7% пацієнтів хірургічної групи. Чутливі розлади в хірургічній групі зустрічались в 1,5 разу частіше (78,3% пацієнтів) порівняно з групою консервативної терапії (53,5%). Рефлекторні порушення зустрічались в 80,0% оперованих та 65,2% консервативно пролікованих пацієнтів. Характер цих розладів відрізнявся в обох групах: від пригнічення відповідного рефлексу в оперованих до повної його відсутності у лікованих консервативно. В оперованих повна відсутність рефлексу відмічалась в 25,0%, тоді як в консервативній групі глибокі рефлекторні порушення відмічено в 33,3% пацієнтів.

Висновки:

1. Хірургічне втручання показане при килах розміром $8,6 \pm 0,5$ мм, які супроводжуються симптомами часткового порушення функції нервового корінця у вигляді пригнічення рефлексу, парезу, гіпестезії.

2. При тривалому захворюванні (більше 3 років), з ознаками глибокої радикулопатії у вигляді відсутності відповідних рефлексів, за умови збереженості рухів доцільним є консервативне ведення.

3. При встановленні показів до операції обов'язковим є проведення МРТ, враховуючи виявлену в наших пацієнтів невідповідність між даними КТ та МРТ стосовно розміру кил дисків ($5,9 \pm 0,6$ мм та $8,8 \pm 0,8$ мм відповідно, $p < 0,05$).

Порівняльна оцінка найближчих та віддалених результатів краніопластики.

Шутка В.Я.

Буковинський державний медичний університет
Чернівці
Україна
(03476) 69-2-80
volodimir.shutka@yandex.ua

Метою нашої роботи являлось проведення порівняльної оцінки найближчих та віддалених результатів оперативного лікування хворих з дефектами черепа при використанні двох основних методик – 1- з використанням медичного протакрилу (16 хворих) та 2 – з використанням титанової перфорованої пластинки (11 хворих). Остання фіксувалась при допомозі титанових гвинтів. У всіх хворих при поступленні в гострому періоді в стаціонар було діагностовано забій головного мозку важкого ступеню, вдавнені переломи (21), субдуральні гематоми (10), епідуральні гематоми (5). Ургентно проводились оперативні втручання, які супроводжувались резекційною трепанацією черепа. Розмір дефекту черепа становив в середньому 5 на 6 см. Серед пацієнтів переважали чоловіки (90%) молодого та середнього віку (20 – 52 роки). Краніопластичні операції проводились в період від 6 місяців до 3 років після травми. Основною причиною звертання хворих для проведення операції був синдром цефальгії з метеочутливістю (15), наявність епілептичних приступів (7), косметичний дефект черепа (5). В післяопераційному періоді у хворих, яким був приміненний протакрил, спостерігались значні набряки рани, больовий синдром на протязі 7-8 днів, а при застосуванні титанового аллотрансплантату вищевказані симптоми були незначні і проходили через 1-2 дні. Важливе значення має скорочення часу оперативного втручання – в середньому в 2 рази, що зумовлено необхідністю приготування протакрилу. Спроби кип'ятити останній для зменшення токсичного впливу на навколишні тканини також не принесла очікуваного ефекту. При аналізі віддалених результатів в період від 6 місяців до 5 років використана шкала виходів Глазго. Згідно останньої до 1 групи з добрим відновленням можна віднести 90% пацієнтів після використання титанової пластинки та 62% з групи протакрилу. Відповідно 10 і 38% належать до 2 групи помірних порушень. В віддаленому періоді спостерігається значний регрес цефальгічного синдрому, метеолабільності у хворих з застосуванням металотрансплантату, а також зменшення частоти епілептичних приступів порівняно з пацієнтами, яким використано протакриловий трансплантат. З 3 з 7 пацієнтів були зняті з обліку в зв'язку з зникненням судом. Таким чином, дані вивчення найближчих та віддалених результатів свідчать про більшу ефективність і доцільність використання титанової перфорованої пластинки при проведенні операції пластики дефектів черепа.