

Ближайшие и отдаленные результаты краниопластических операций с использованием титановых имплантатов

Щемелев А.В., Сидорович Р.Р.

ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии»
Минск
Республика Беларусь
and-29031980@tut.by

Цель: оценка результатов, клинической эффективности реконструктивных операций с использованием титановых пластин при пластике дефектов черепа.

Материалы и методы: нами использовался опыт лечения 62 пациентов (из них женщин - 10, мужчин - 52) с дефектами черепа в возрасте от 18 до 73 лет. У 56 пациентов выполнялась односторонняя, у 6 - двусторонняя краниопластика. Площадь дефекта черепа колебалась от 9 до 135 см². Во время периода лечения проводилась оценка объективной и субъективной клинической симптоматики исходно, на 5, 10-12 сутки, и 7 неделю после операции с рентгенографическим обследованием в течение 1-ой, 7-ой недели после операции. Перед операцией с учетом локализации, величины, сферичности дефекта черепа по данным краниографии, компьютерной томографии подбирался необходимый титановый имплантат (марки ВТ-1, ВТ-6) или покрытых: 1) оксидом титана и алмазоподобным углеродом; 2) алмазоподобным углеродом; 3) керамикой и гидроксипатитом; 4) цементом гидроксипатита. Одним из основных моментов при проведении краниопластической операции являлось создание условий плотного прилегания имплантата к краям костного дефекта по всему периметру с заступом на 0.6 - 0.8 см, для более надежной фиксации. Специальным сверлом в кортикальном слое по краю дефекта с отступом на 5 мм накладывались отверстия. Фиксация трансплантата осуществлялась с помощью винтов, выбор их длины (от 4 до 6 мм) определялась толщиной кости. У 6 пациентов, после фиксации имплантата, поверхность его покрывалась цементом гидроксипатита. Параллельно оценивалось удобство применения изделий, а также частота развития осложнений, длительность курса лечения пациентов в стационаре.

Результаты: у всех больных получен хороший косметический и лечебный результат: отмечался частичный регресс неврологической симптоматики, фиксация трансплантатов удовлетворительная, симметрия во всех случаях была сохранена. Возможных осложнений в виде повреждения твердой мозговой оболочки, ликвореи, эпидуральной гематомы, нагноения и отторжения титановой конструкции не наблюдалось. Использование пластин, винтов и монтажного инструментария удобно, отмечается хорошая способность к моделированию. Длительность пребывания пациентов в стационаре после операции не превышал 12 суток.

Выводы: использование разработанных перфорированных титановых пластин с различным видом покрытий при краниопластических операциях уменьшает послеоперационные осложнения, длительность хирургического вмешательства, а также обеспечивает прочную фиксацию трансплантата и может являться альтернативной методикой в реконструктивной хирургии дефектов черепа.

Метастазирование злокачественной меланомы в позвоночник

Юлдашев Р.М. Алимов Х.М.

Республиканский Научный центр Нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
(+99871) 2649609
ravwan@mail.ru

Метастазы злокачественной меланомы в позвоночник исходят из первичного очага, который обычно располагается на коже головы, шеи, или нижних конечностей. Наибольшее их количество встречается в 4-й декаде жизни. Пути метастазирования в позвоночник являются кровеносная и лимфатическая системы. Динамическое клиническое изучение метастазов привело к тому, что больным чаще стали назначать хирургическое лечение. Показанием к нейрохирургической операции является декомпрессия нервных и сосудистых образований позвоночного канала, а также обеспечение стабильности позвоночника.

Цель исследования – определить необходимые диагностические исследования и методы хирургического лечения больных с метастазами злокачественной меланомы в позвоночник.

Материалы и методы. В Республиканском научном Центре Нейрохирургии в 2003г и в 2009г оперировано 2 больных с метастазом злокачественной меланомы в позвоночник. Это были 2 женщины в возрасте 43 и 58 лет.

Результаты. У обоих больных первым симптомом заболевания была локальная боль. В неврологическом статусе у 1-й больной, с метастазом в позвонок L2 отмечался нижний парапарез, а у 2-й, с метастазом в позвонок Th9 – нижняя параплегия. В обоих случаях отмечен патологический перелом позвонка. В 1-м случае произведена стабилизация системой транспедикулярной фиксации (ТПФ). Уменьшение боли, и регресс неврологических нарушений отмечен у больной с метастазом в VL2. У больной с нижней парапегией операция не изменила неврологического состояния. В нашем исследовании операция в 1 случае проводилась из заднего доступа, во 2-м случае – из заднебокового. У обоих больных удаление новообразования проводилось в таком объеме, который позволял освободить из компрессии спинной мозг и нервные корешки. В 1-м случае использовали систему ТПФ по поводу патологического перелома VL2. На сегодняшний день хирургическое лечение метастазов в позвоночник имеет паллиативный характер. Donaldson W.F. et al; Ku A. et al. после удаления метастаза меланомы в позвоночник рекомендуют продолжать иммунотерапию, тогда как проведение химиотерапии и радиотерапии пока считается спорным.

Вывод. Хирургическое лечение метастазов злокачественной меланомы носит паллиативный характер, состоит в декомпрессии спинного мозга, улучшает качество жизни больного посредством обеспечения стабильности позвоночника и уменьшения боли.