

Некоторые аспекты дифференциальной диагностики рубцово-спаечного процесса и рецидива грыжи диска пояснично-крестцового отдела позвоночника

Кардаш А.М., Черновский В.И., Васильев С.В., Соловьева Е.М., Душацкая А.В., Васильева Е.Л.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецкое областное клиническое территориально-медицинское объединение
Донецк
Украина
062 304 65 52, 050 95 76 539
mtpribor@interdon.net

В настоящее время в связи с увеличением числа операций по поводу остеохондроза позвоночника все большую актуальность приобретает проблема диагностики между рубцово-спаечным процессом (РСП) и рецидивом грыжи диска пояснично-крестцового отдела позвоночника. Достоверная верификация данных процессов определяет тактику послеоперационного ведения больных.

В 2008 – 2010 г.г. в нашей клинике прооперировано 400 больных с грыжей диска поясничного отдела позвоночника. Часть из них, около 3 %, повторно обратились за помощью к нейрохирургу в связи со стойким болевым синдромом. Боли преимущественно постурального характера, часто сопровождаются дисестезиями, иногда преходящей слабостью в ногах. Пациенты отмечают ограничение подвижности позвоночного столба, особенно в утренние часы. Как правило, синдромы Ласега, Вассермана отрицательны. Через более длительный промежуток времени появляются асимметричные гипотрофии мышц, гипорефлексия, гипестезия. При РСП в послеоперационном периоде с вовлечением корешка наблюдается клиническая картина, которую трудно отличить от таковой при рецидиве грыжи диска. При проведении КТ или МРТ-исследования в стандартных режимах у этих больных были описаны рецидивы грыж дисков. Однако, при повторной операции у части пациентов грыжи дисков не были обнаружены. Напротив, обращал на себя внимание РСП. Как нам кажется, тактика послеоперационных реабилитационных мероприятий должна быть выработана еще до операции. Как показывает опыт, неправильный выбор хирургом операционного доступа, способа и объема хирургического вмешательства, и, главное, методов профилактики РСП, является главной причиной неудовлетворительных результатов операции. Условием успешного реабилитационного процесса является проведение дифференциальной диагностики между РСП и рецидивом грыжи диска. С этой целью проводились МРТ-исследования на аппарате «Gyrosan Intera» 1,0 T фирмы Филипс. Сканирование проводилось в сагиттальных и аксиальных проекциях в последовательностях T1 и T2-В/И. Применялась также последовательность с подавлением сигнала от жира – STIR. На МР-томограммах в позвоночном канале эпидурально визуализировалось множество мелких структур линейной и неправильной формы с МР-сигналом средней интенсивности в T1 и T2-В/И. При подавлении сигнала от жира на стороне операции определялась деформация дурального мешка и отмечалось повышение интенсивности МР-сигнала за счет воспалительного компонента.

Использование последовательности STIR позволило провести дифференциальную диагностику между рубцово-спаечным процессом и рецидивом грыжи диска. В конечном итоге это позволило нам более избирательно подходить к показаниям оперативного вмешательства.

Пластические операции на мягких тканях покрова и костей черепа

Кардаш А.М., Фисталь Э.Я., Кардаш К.А., Гохфельд И.Г., Листратенко А.И., Лиценко Е.А., Козинский А. В., Военный И.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького
Донецк
Украина
0504781572
kardash@endohealth.net

Целью нашего исследования являлся анализ состояния оказания нейрохирургической помощи больным с дефектами покрова и костей черепа в Донецкой области.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ оперативного лечения больных с дефектами покрова и костей черепа различного генеза в нейрохирургических отделениях Донецкой области и областном ожоговом центре за период с 2005 по 2009 г.г. Оперировано 798 больных, из них с дефектом мягких тканей покрова черепа – 334 (41,8 %), с дефектом костей черепа – 416 (52,1%), с дефектами мягких тканей и костей черепа – 48 (6,1%). Размеры костных дефектов варьировали от 6 до 110 кв.см.

Первичных пластик было 12. Сроки от первой операции до реконструктивной колебались от 1 до 20 мес. Дефекты костей черепа образовались после операций по поводу переломов костей черепа – 192 (46,2%), внутричерепных гематом – 171 (41,2%), опухолей головного мозга и костей черепа – 46 (11%), декомпрессионных трепанаций при нарушении мозгового кровообращения – 7 (1,8%).

По этиологии повреждения мягких тканей различали термические – 269 (78,3%); механические – 43% (13%), опухолевые, послеоперационные, изъязвления рубцов – 29 (8,7%).

Для пластики костных дефектов использовали протакрил-255 (61,2%), титановые сетчатые пластины фирмы «Коммент» (Россия) – 161 (38,8%), из них 37 выполненных стереолитографическим методом.

Результаты и их обсуждение. Нами, в основном, проводилась отсроченная пластика – 404 (97,1%), в основном из-за того, что в остром периоде оперативная помощь больным оказывалась «на выезде» в местной больнице, где нет пластического материала.

В лечении больных с дефектами мягких тканей покрова черепа с обнажением или дефектом кости мы применяли различные тактические подходы. Подавляющее большинство проводимых операций приходилось на восстановление утраченных покровов свода черепа расщепленными кожными аутооттрансплантатами – 245 наблюдений.

Иногда пластику выполняли ротационными кожно-подкожными или кожно-апоневротическими лоскутами, которые «выкраивались» с любой стороны от дефекта в связи с богатым кровоснабжением этой зоны – 115 наблюдений. В 12 наблюдениях выполнялась дермотензия. С целью закрытия обширных дефектов покрова свода черепа, при невозможности выполнения других методик, применяли способ формирования и пересадки мигрирующего кожно-мышечного лоскута с включением мышцы с осевым типом кровообращения, которую дополнительно электростимулировали – 10 наблюдений.

Выводы. Анализ лечения дефектов покрова и костей черепа за последние 5 лет в Донецкой области показал, что эта проблема актуальна. Объединив общие знания и умения нейрохирургов и пластических хирургов можно добиться более широкого применения описанных методик.