

Місце заднього міжтілового спонділодезу у комплексному лікуванні та реабілітації хворих з дискогенними радикулітами

Лонтковський Ю.А., Саварчук Ю.М.

Кам'янець-Подільська міська лікарня № 1
Кам'янець-Подільський
Україна
03849-9-05-76, 050-537-47-39
yulont@rambler.ru

Кількість операцій, виконаних з приводу різних форм дискогенних радикулітів останнім часом невпинно зростає. Зростає також і кількість як задоволених, так, на жаль, і незадоволених пацієнтів. Виникає питання, чому ж після, здавалось би «ідеально» виконаної операції, виконаної малотравматично, з адекватною декомпресією нервових структур, через деякий час у певного відсотка пацієнтів залишаються скарги на біль в поперековому відділі, дискомфорт при тривалому сидінні, обмеження обсягу активних рухів?

За 2009-2010 роки прооперовано 118 хворих з приводу дискогенних радикулітів. Структура оперативних втручань: 86 – стандартні оперативні втручання направлені на видалення грижі м/х диску з обов'язковим кюретажем м/х простору без інструментації. 26 – дискетомії, що супроводжувались виконанням заднього міжтілового спонділодезу (PLIF). 6 – дискетомії, при яких PLIF доповнювався транспедикулярною фіксацією (ТПФ).

Основним показом до проведення інструментації була наявність сегментарної нестабільності. Всім хворим доопераційно, крім МРТ, виконувалась оглядова рентгенографія поперекового відділу хребта з виконанням функціональних проб. При наявності ознак нестабільності на фоні доведеного диск-радикулярного конфлікту пропонувалось доповнення втручання заднім міжтіловим спонділодезом. При цьому втручання суттєво не затягувалось, всі принципи малотравматичності зберігались. При задне-латеральних грижах операція виконувалась на боці. Після виконання основного етапу та ретельної підготовки міжхребцевого простору, проводилась імплантація прямокутного кейджу під кутом, якомога медіальніше. Для імплантації кейджу вистачало типового інтерліментарного доступу. Надзвичайно рідко виконувалась парціальна медіальна фасетектомія. При центральних грижах та при велетенських секвестрованих грижах операція проводилась на животі з обов'язковим двобічним PLIF. При необхідності виконання фасетектомії, PLIF доповнювався ТПФ.

Післяопераційний перебіг у хворих, яким була проведена інструментація у порівнянні з контрольною групою пацієнтів з доопераційною нестабільністю, що погодилися на стандартне оперативне втручання протікав значно краще. Спостереження за хворим велось протягом 4-х місяців після операції. З 32 хворих, яким проводився стабілізаційний етап 21 (66%) почували себе добре, 8 (25%) – відмінно, 2 (6%) – задовільно, 1 (3%) – незадовільно. З 86 хворих, яким було проведено стандартне малоінвазивне втручання – 50 (58%) добре, 12 (14%) – відмінно, 22 (26%) – задовільно, 2 (2%) – незадовільно.

Висновок. Доповнення стандартної дискетомії заднім міжтіловим спонділодезом при наявності ознак сегментарної нестабільності суттєво покращує перебіг післяопераційного періоду.

Дослідження антитілоутворення до нейроспецифічних білків (НСБ) при внутрішньомозковому введенні сингенних та алогенних фетальних нейроклітин прекурсорів (НКП)

Любич Л.Д., Лісяний М.І.

ДУ «Інститут нейрохірургії
і.м. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»
Київ
Україна
044 4833684
Liubichld@mail.ru

Успішна стратегія трансплантації НСК та НКП для заміщення втрачених або порушених функцій ЦНС потребує тривалого виживання пересаджених клітин та інтеграції з системою реципієнта, а також відсутності несприятливих побічних наслідків. Необхідно враховувати роль імунної системи як посередньої в процесі втручання при трансплантації, так і у відповідь на пересажені клітини. Оскільки дані щодо імуногенних властивостей НСК in vivo є неоднозначними, метою даної роботи було порівняти розвиток нейроспецифічних імунних реакцій при внутрішньомозковому введенні сингенних і алогенних фетальних НКП.

Матеріал і методи. Матеріалом для дослідження слугували: 1) НКП мишей СВА; 2) НКП мишей С57Bl/6; 3) сироватка периферичної крові дорослих мишей-реципієнтів С57Bl/6. НКП отримували з мозку мишей 13-15 доби ембріонального розвитку. НКП мишей-донорів вводили внутрішньомозково мишам-реципієнтам С57Bl/6 у кількості 1x10⁶ клітин на тварину. Експериментальних тварин розділили на групи: 1) внутрішньомозкове введення алогенних фетальних НКП донорів СВА (n=15); 2) внутрішньомозкове введення сингенних фетальних НКП донорів С57Bl/6 (n=15); 3) інтактні (контрольні) тварини С57Bl/6 (n=5). Рівень аутоантитіл до НСБ - ОБМ, S-100 та NSE - в сироватках тварин експериментальних груп визначали твердофазним імуноферментним методом [Лісяний М.І., Любич Л.Д., 2001] через 6, 12, 18 та 37 діб після трансплантації.

Результати і обговорення. У групі тварин з внутрішньомозковим введенням алогенних фетальних НКП рівень аутоантитіл до ОБМ наростає з 6-ї по 12-у добу, дещо знижується на 18-у добу після трансплантації, проте на 37-у добу достовірно перевищує контроль. На противагу, у групі тварин з введенням сингенних фетальних НКП рівень аутоантитіл до ОБМ не відрізнявся від нормального протягом всього терміну дослідження. Рівень аутоантитіл до S-100 у групі тварин з введенням алогенних фетальних НКП зростає з 6-ї по 37-у добу, дещо перевищує в останній термін контрольні показники; тоді як після введення сингенних НКП цей показник статистично вірогідно не відрізнявся від нормального. Рівень аутоантитіл до NSE у тварин із введенням фетальних НКП наростає на 12-18-у добу, достовірно перевищує контрольний рівень на 37-у добу. Після введення сингенних НКП цей показник був нижчим за контроль протягом всього терміну дослідження.

Висновки. Розвиток специфічної імунної відповіді на маркерні антигени клітин нервової системи у тварин із трансплантатами алогенних фетальних НКП і відсутність такої відповіді у тварин із трансплантатами сингенних НКП може свідчити про те, що антигенні детермінанти НСБ розпізнаються у комплексі з антигенами гістосумісності. Таким чином, необхідно враховувати, що при внутрішньомозковій трансплантації алогенних фетальних НКП гуморальна відповідь може розвиватись не тільки до алоантигенів, але і до специфічних нейроантигенів.