

Стабилизация шейных позвонков при травматических повреждениях

Перфильев С.В.

Республиканский научный центр нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
998977291835
perfilyevsv@rambler.ru

В настоящее время ранняя декомпрессия спинного мозга при травматических сдавлениях неоспорима и входит во все стандарты оказания экстренной помощи. Другим не менее важным условием в лечении нестабильных повреждений является надежная стабилизация позвонков.

Целью данного сообщения было уточнить показания к выбору метода стабилизации позвонков в зависимости от уровня и характера повреждения.

Изучены результаты применения стабилизирующих систем у 46 пострадавших с осложненными повреждениями шейных позвонков нуждавшихся в декомпрессивно-стабилизирующих хирургических вмешательствах: у 7 больных были атланто-аксиальные дислокации, у 5 перелома-вывихами «палач», у 13 подвывихи средне- и нижнешейных, у 9 перелома-вывихи, у 12 многооскольчатые переломы тел нижнешейных, у 2 оскольчатые переломы дуг и суставных отростков среднешейных позвонков.

Выбор декомпрессии определялся причиной компрессии спинного мозга и корешков, а выбор системы – операционным доступом и тяжестью нестабильности. Установление стабилизирующих систем производилось только на завершающем этапе оперативного вмешательства после полной декомпрессии и репозиции позвонков. Разработаны и широко применяются титановые имплантаты-фиксаторы позвонков при операциях из переднебоковых парафарингиальных доступов типа АО с фиксацией винтами за тела 2-3 неповрежденных позвонков на завершающем этапе декомпрессивно-стабилизирующих операций; титановые кейджи для фиксации 2х смежных позвонков, при сохраненных суставах позвонков; титановые конструкции для окципитоспондилодеза.

Анализ результатов показал: применение кейджей оправдано только при подвывихах с сохранением капсул суставов и вмешательствах на межпозвоночных дисках; при атлантоаксиальных повреждениях хорошо себя зарекомендовали системы для окципитоспондилодеза; стяжки для междузубкового спондилодеза были оправданы при операциях из заднего доступа при повреждениях дуг и суставов позвонков; при передней декомпрессии спинного мозга хорошую стабилизацию дают системы фиксации тел позвонков типа АО.

Реконструктивные хирургические вмешательства у больных с осложненными опухолями позвоночника.

Перфильев С.В.

Республиканский научный центр нейрохирургии.
Ташкент
Узбекистан
998977291835
perfilyevsv@rambler.ru

К сожалению, большинство больных с опухолями позвоночника, обращаются за медицинской помощью лишь с появлением неврологических нарушений, либо выраженном болевом синдроме, связанным с патологическим переломом.

Целью нашего исследования было определить показания для выполнения декомпрессивно-стабилизирующих операций у больных с опухолями позвоночника. Всего оперировано 68 больных. Поражения локализовались в шейном отделе позвоночника (18), в грудном (29) и поясничном (21). Выполнены декомпрессивные ламинэктомии (38) и декомпрессивно-стабилизирующие (30) операции. Стабилизацию позвоночника осуществили из заднего доступа у 21 больных, а в 9 случаях использован передний доступ. Эффективность лечения оценивалась по состоянию неврологической симптоматики (прекращению болевого синдрома, уменьшению степени пареза и парезии, улучшения функции тазовых органов), а так же улучшению качества жизни и возможности проводить реабилитацию. Декомпрессивную ламинэктомию производило во всех случаях сдавления спинного мозга, а дополняли стабилизацией пораженного сегмента при разрушении 2-х и более опорных комплексов по Denis. В большинстве случаев (80%) операции выполнялись в течение 1-го месяца от начала компрессии спинного мозга.

Регресс неврологических нарушений отмечен у 34 больных после декомпрессивных, и у 16 после декомпрессивно-стабилизирующих операций; ухудшение развилось у 3 больных. Не зависимо от результатов патогистологических результатов, включение стабилизации пораженного сегмента при снижении, либо потере опороспособности в позвонках позволило активизировать больных с первых дней после операции, переводить в вертикальное положение, предупредить развитие пролежней и усилить оптимистический настрой, что сказалось на улучшении качества жизни пациентов. У большинства больных происходило улучшение неврологического статуса, стихание болевого синдрома и улучшение качества жизни.

Лечение должно быть комплексным и проводится в высокоспециализированных клиниках в минимальные сроки с момента появления проводниковых нарушений со стороны спинного мозга. При поражении 2-х и более опорных комплексов позвонков по Denis, либо вероятности их разрушения в послеоперационном периоде больным показан внеочаговый межтеловой спондилодез.