

опухолей позвоночника для улучшения качества жизни.

**Материалы и методы.** Произведен анализ 37 пациентов, оперированных в клинике института с опухолевым процессом позвоночника. Мужчин было 15 (40,5%), а женщин — 22 (59,5%) человек. Возраст пациентов колебался от 20 до 75 лет. У всех больных имел место вертеброгенный синдром и неврологический дефицит. Состояние пациентов оценивалось по классификации Birke.

**Результаты и их обсуждение.** Декомпрессия спинного мозга достигалась вскрытием позвоночного канала (ламинэктомия). У больных с доброкачественными опухолями позвоночника выполнялось тотальное удаление опухоли. Для замещения межтелового дефекта выполнялись костнопластические операции и внутренняя фиксация. Стабилизация позвоночника произведена следующими методами: транспедикулярная фиксация — 8 больных; передняя стабилизация пластиной — 3; межтеловая стабилизация костью или пористой керамикой — у 4 больных. Закрытие дефектов твердой мозговой оболочки осуществлялось применением Тахакомба. Транспедикулярная стабилизация различными системами: МОСТ, Stryker, Конмет.

Тактика лечения первично злокачественных опухолей во многом определялась технической возможностью их радикального удаления и состоянием больного. Декомпрессионная ламинэктомия без дополнительной фиксации проведена наиболее тяжелому контингенту больных и носила паллиативный характер. В результате положительной динамики в послеоперационном периоде состояние 24 (65%) больных можно было отнести к группам 0 и 1 по вышеперечисленной классификации, при этом группа 3 отмечалась у 6 (16%), группа 4 — 7 (19%) оставалась стабильной. После произведенных операций в срок до 3 месяцев летальных исходов отмечено не было.

**Выводы.** Таким образом, хирургического лечения опухолей позвоночника с компрессией спинного мозга зависит от гистологического вида новообразования, его распространенности, выраженности клинических проявлений заболевания, соматического состояния пациента и технической возможности выполнения радикальной операции на позвоночнике. Предложенная тактика лечения позволяет существенно улучшить качество жизни данной категории больных.

### **Перспективы улучшения качества жизни больных при хирургическом лечении позвоночно-спинномозговой травме**

*Бублик Л. А., Гохфельд И. Г.,  
Митюшин И. И.*

*НИИ травматологии и ортопедии  
Донецкого государственного медицинского  
университета им. М. Горького  
83048, г. Донецк, ул. Артема 106.  
Тел. 8-050-965-3999, E-mail: Lbublik@inbox.ru*

Целью работы явилось улучшение качества жизни путем усовершенствования технологии декомпрессионно-стабилизирующих операций при позвоночно-спинномозговой травме острым и раннем периодах.

Проведено обследование и хирургическое лечение 194 больных с повреждением шейного отдела позвоночника и спинного мозга и 134 больных с грудного и поясничного отделов. Средний возраст 32,6 лет. Производилась спондилография, магнитно-резонансная или компьютерная томография. Степень неврологических нарушений оценивали по ASIA. Типы структурных повреждений позвоночника — по Magerl. Для оценки эффективности лечения использовались динамика неврологического статуса, определение величины патологического кифоза и признаки формирования межтелового синостоза

В шейном отделе производилась передняя декомпрессия, спондилодез и стабилизация межтеловыми пластинами. Для переднего стабильно-функционального спондилодеза нами предложена конструкция имплантата, позволяющая восстановить объем движений в позвоночно-двигательном сегменте. В груднопоясничном отделе выполнялась декомпрессия и транспедикулярная стабилизация различными системами: МОСТ, Stryker, Конмет.

Осложнения транспедикулярной фиксации: неудачное проведение стержней, недостаточно точная оценка степени структурных повреждений позвоночника и ошибочный выбор объема и системы фиксации. Терапевтическая стратегия, направленная на ускорение восстановления функции при повреждении спинного мозга включала в себя: Соллю-Медрол, актовегин, цераксон и другие препараты.

Принцип оценки отдаленных результатов лечения был основан на использовании модифицированной шкалы McCormick с оценкой неврологического статуса и качества жизни больных.

Таким образом, технология декомпрессии и стабилизации позвоночника позволяет существенно улучшить результаты лечения больных с нестабильностью и деформацией позвоночника, исключить возможность вторичного смещения, что способствует значительному ускорению восстановления функции и существенно улучшает качество жизни.

### **Эндоскопическая хирургия арахноидальных кист**

*Данчин А. А.*

*Клиника нейрохирургии и неврологии  
Главного военного клинического госпиталя.  
ул. Госпитальная, 18, Киев, 01133, Украина.  
Тел./факс.: + 38 (044) 522-83-79,  
e-mail: bomartin@yandex.ru*

**Введение.** Целью хирургического лечения арахноидальных кист (АК) является создание широкого сообщения между кистой и субарахноидальным пространством.

**Материалы и методы.** В течение 2000-2006 гг. мы применяли эндоскопические методики у 20 пациентов с АК. Все больные были старше 18 лет, средний возраст составил 37 лет. В 2 наблюдениях АК располагались пара — и интравентрикулярно. В 2 наблюдениях — в задней черепной ямке. 9 АК — в средней черепной ямке и Сильвиевой щели. 7 АК имели конвекситальную локализацию. Мы использовали жесткие нейроэндоскопы для эндоскопической инспекции (ЭИ), эндоскопической контролирующей микрохирургии (ЭКМ) и «чистой» нейроэндоскопии.

В 2 наблюдениях была выполнена эндоскопическая кистовентрикулостомия. ЭИ применялась

у 9 больних. Ендоскопическая кистостерностомия выполнена 11 больным. При АК конвексимальной локализации выполнялась ЭКМ и кистоперитонеальное шунтирование.

Выполняя эндоскопическую кистостерностомию, мы отмечали различные особенности локализации средней мозговой артерии, особенности топографии зрительного нерва. III, IV, V, VI черепно-мозговых нервов и внутренней сонной артерии. Эти особенности являлись основными при выполнении данного оперативного вмешательства.

**Результаты.** У всех пациентов наблюдалось клиническое и рентгенологическое улучшение состояния. При контрольных МРТ сдавления головного мозга не выявлялось. Послеоперационных осложнений не было.

**Выводы.** Эндоскопическую кистостерностомию целесообразно выполнять при АК пара- и интравентрикулярной локализации. Эндоскопическая кистостерностомия эффективна при локализации АК в непосредственной близости от субарахноидальных цистерн головного мозга. Для конвексимальных АК выполнение кистоперитонеального шунтирования под ЭКМ является эффективной методикой.

### Результати хірургічного лікування хворих із хребетно-спинномозковою травмою на рівні шийного відділу

Дяків В., Струк Ю.

Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги,  
79008, м. Львів, вул. Миколайчука, 9,  
тел. 0322597232, e-mail: volodfr@yahoo.fr

Травми хребта та спинного мозку на рівні шийного відділу супроводжуються високою інвалідизацією та значною летальністю серед пацієнтів. Метою дослідження був аналіз хірургічного лікування потерпілих із травмами на рівні шийного відділу хребта.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати лікування 20 пацієнтів із переломами, вивихами та переломо-вивихами хребців шийного відділу, що супроводжувалися пошкодженням спинного мозку (Frankel A-D). При порушеннях гемодинаміки, дихальній недостатності наявності важких поєднаних травм хворі госпіталізувалися в відділення реанімації. Для зменшення компресії спинного мозку хворим накладався скелетний витяг за тім'яні пагорби. В перші 8 годин після травми внутрішньовенно вводився салюмедрол за прийнятою схемою. При переломах та підвивихах хребців С1, С2 та нестабільності в атланта-окципітальному сегменті у 4-х хворих проведено окципіто-спонділодез з використанням титанових фіксаторів. При підвивихах на рівні С2—Th1 хребців при поступленні в стаціонар хворому накладався скелетний витяг за тім'яні пагорби. У 14 хворих проведено відкрите вправлення підвивиху з проведенням переднього міжтілового спонділодезу та фіксацією хребців титановими пластинами різних типів. Для міжтілового спонділодезу використовували аутокістку або титанові кейджі. В 2-х хворих з метою вправлення підвивиху використано комбінацію передне-бокового та заднього доступу. Хірургічне втручання при переломах та переломах із підвивихом С2—Th1 хребців проведено у 16 випадках. Всі хірургічні втручання проводилися з використанням

передне-бокового доступу. Після операції всім хворим проводилася кінезотерапія. Після стабілізації стану та можливості переносити вертикальне положення тіла хворі переводилися у відділення реабілітації. Середній час перебування хворих у нейрохірургічному стаціонарі склав 27 днів.

**Результати та їх обговорення.** У всіх хворих досягнуто усунення больового локального та радикального синдрому, зменшенні неврологічного дефіциту (при неповному ураженні спинного мозку). При повному ураженні спинного мозку регресу проявів мієлопатії не відбувалося. За час перебування хворого в нейрохірургічному стаціонарі не зафіксовано жодного випадку виникнення належкових ран. Летальність серед оперованих хворих склала 10%.

**Висновки.** Проведення ранніх хірургічних втручань при травмах шийного відділу хребта та вправленням в практику методів сучасної кінезотерапії дозволяє швидко активізувати пацієнтів, уникнути вторинного пошкодження спинного мозку, зменшити больовий синдром, запобігти виникненню трофічних змін м'яких тканин, гнійно-септичних та тромбоемболічних ускладнень, що значно покращує якість життя потерпілих, зменшує їх інвалідизацію та скорочує матеріальні витрати на лікування цієї категорії хворих.

### Возможности переднего мини-доступа в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника

Доценко В.В., Загородний Н.В.,  
Вирани Я.

Кафедра травматологии и ортопедии РУДН,  
г. Москва, 117198, ул. Миклухо Маклай 6.,  
тел. 674-71-86, conmet@conmet.ru,  
www.ortopedia.ru

**Цель.** Выбор оптимального способа хирургического лечения различных видов дегенеративной нестабильности в поясничном отделе.

**Материалы и методы:** оперированы 750 пациентов в возрасте от 11 до 78 лет в период с 1996 по 2006 гг. с различными видами дегенеративной патологии: динамической нестабильностью, задними срединными и рецидивными грыжами дисков, спондилолистезом.

Всем пациентам проведено обследование: клиническое, лабораторное, электромиография, обзорная и функциональная спондилография, МРТ и КТ.

Показаниями к операции являлись: боль в поясничном отделе, неврологические проявления — корешковый болевой синдром, двигательные и тазовые расстройства.

Методом выбора хирургического лечения был — переднебоковой внебрюшинный мини-доступ, передняя декомпрессия корешков спинного мозга с иссечением задней продольной связки, передняя стабилизация кольцевым титановым имплантатом или пластиной фирмы «КОНМЕТ». Вертикализация пациентов проводилась на следующие сутки после операции. Выписка из стационара на 5-е сутки.

**Результаты и обсуждение.** Оценка качества жизни больных проводилась по пятибалльной шкале оценки вертеброневрологической симптоматики,