

СОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Т.Т. Керимбаев, В.Г. Алейников, Е.А. Урунбаев, Е.В. Кисаев, И.Ж. Галиев
Республиканский научный центр нейрохирургии, г. Астана

Актуальность.

Общепризнанно, что основными целями адекватного хирургического лечения патологии позвоночника являются: устранение компрессии структур спинного мозга, исправление деформации, надежная фиксация позвоночно-двигательных сегментов (ПДС). Передние доступы к телам позвонков не позволяют в достаточной степени осуществить ревизию спинного мозга и устранить кифотическую деформацию. Задний доступ с коррекцией ТПФ не создают достаточно прочной фиксации. Одномоментное проведение оперативных вмешательств из двух доступов значительно увеличивает время операции и ее травматичность. В данной работе предлагается принципиально новая методика, позволяющая одномоментно, полноценно и малотравматично для пациента решить все поставленные задачи из одного (заднего) оперативного доступа.

Цель работы.

Провести анализ результатов предложенного одноэтапного метода хирургического лечения патологии позвоночника и спинного мозга грудного и поясничного отделов.

Материал и методы.

С 2009 по март 2012 года нами было оперировано 87 больных, из них 78 пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговых травм (ПСМТ) и 9 с опухолями позвоночника (метастазы и остеобластокластомы), вызывавших переднюю компрессию спинного мозга. Из пациентов с ПСМТ мужчин было 54, женщин – 24, средний возраст 32 года. У 50% (39 случаев) были переломы грудно-поясничного отдела (Тн12-Л1). В группе пациентов с опухолями преобладали женщины – 8, по расположению в средне-грудном отделе позвоночника. У всех пациентов имели место различной степени кифосколиотические деформации с компрессией спинного мозга и неврологические нарушения, которые оценивались по шкале ASIA. Около 30% пациентов с травматическими последствиями были оперированы ранее в других клиниках с неудовлетворительным результатом (им выполнялась необоснованная ламинэктомия с неадекватной металлофиксацией позвоночника). Спондилومترические показатели определяли по

результатам рентгенографии, КТ и МРТ с использованием компьютерной программы Surgimap Spain «Jonson&Jonson». Учитывались размеры локального кифоза, который в травмированных ПДС составлял в среднем $29,6 \pm 2,5$ градусов. Вертикальный размер передней остеолигаментарной колонны был снижен до $36,7\% \pm 4,5$. Стеноз позвоночного канала на уровне деформированных ПДС, имел место в среднем на $36,2\% \pm 3,9$. В послеоперационном периоде проводился КТ контроль и через 3, 12 месяцев.

Суть предлагаемой методики заключалась в следующем: после ламинэктомии проводилась резекция суставов и ножки дуги. Посредством транспедикулярного доступа с обеих сторон тело позвонка высверливалось пневмобором (под микроскопическим контролем) при необходимости, в случаях с опухолями позвоночника - тотально. Поворотом стола и микроскопа в нужную сторону достигался оптимальный обзор операционного действия ко всем структурам спинного мозга. Устанавливалась транспедикулярная конструкция. Далее, путем distraction и компрессии, без излишней тракции спинного мозга, в сформированное ложе в телах соседних (здоровых) позвонков устанавливался имплантант (сетка меш или раздвижной кейдж) и проводилась необходимая коррекция кифосколиоза. Применялись конструкции и системы только фирм производителей США. Определенные трудности представляло установка кейджа в грудном отделе, вследствие чего (на начальных этапах) в 38 случаях нами применялась следующая методика: после резекции транспедикулярным доступом задней трети позвонка и проведения полноценной декомпрессии спинного мозга, высверливались межпозвоночные диски и создавалась гипермобильность позвоночника с последующей коррекцией кифоза транспедикулярными конструкциями. Для создания спондилотического -плотно укладывалась аутокость в междисковые пространства.

В 21 случае применена 8, в 10 – шесть, в остальных 4- винтовая конструкция. При опухолях позвоночника во всех случаях – 8. Следует отметить, что для лучшей коррекции кифоза и надежности более предпочтительна 8-винтовая система.

Результаты.

Результаты лечения оценивались рентгенологически и клинически. В послеоперационном периоде отмечено улучшение рентгенологических показателей – степени компрессии тела позвонка, угла локального кифоза. Среди оперированных больных средняя величина производимой угловой коррекции во время ТПО составила $23,6 \pm 1,5$ градусов. Вертикальный размер травмированных сегментов восстанавливался в среднем до $83,4 \pm 3,3\%$. Величина коррекции дислокации в горизонтальной плоскости достигала $24,5 \pm 1,9\%$. У пациентов группы А отмечено уменьшение спастических явлений в нижних конечностях; в группах

В, С, D – ощутимое нарастание силы и объема движений. Динамика и сроки формирования межтеловых костных блоков у наших пациентов соответствовали наблюдениям других авторов.

Заключение. Применение методики одноэтапного метода хирургического лечения патологии позвоночника и спинного мозга с применением транспедикулярной фиксации и переднего межтелового спондилодеза из заднего доступа позволяет осуществлять наиболее полноценную декомпрессию и ревизию мозга, эффективную коррекцию анатомических взаимоотношений и стабилизацию позвоночника.