

Восстановительная и реконструктивная хирургия в лечении черепно-мозговой травмы и ее последствий

Педаченко Е.Г.

ГУ «Институт нейрохирургии
им. акад А.П. Ромоданова НАМН Украины»
Киев
Украина
044 486 46 08
neurotrauma@list.ru

Эпиграфом к настоящей работе могут послужить слова известного американского нейрохирурга М.Аруццо: «В обозримом будущем главным полем приложения рук нейрохирурга останутся нейротравма и реконструктивная хирургия черепа». Восстановительная и реконструктивная хирургия в лечении черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и ее последствий предусматривает проведение лечебно-профилактических пособий как в остром, так и в отдаленном периоде ЧМТ.

30-летний опыт лечения больных с ЧМТ свидетельствует, что восстановительная хирургия при черепно-мозговых повреждениях начинается уже в остром периоде травмы. Успех восстановительного лечения заложен в своевременном проведении хирургических мероприятий. При этом ведущим фактором восстановительной хирургии в остром периоде является своевременная диагностика субстрата повреждения и проведение оперативного вмешательства. Доказано, что сроки проведения операции при прочих равных условиях являются одним из ведущих факторов в предупреждении инвалидизирующих больного последствий ЧМТ. Радикальность вмешательства с удалением факторов компрессии мозга, обеспечение адекватной перфузии мозга, нейропротекторная терапия обеспечивают оптимальные условия восстановления функций головного мозга. Малоинвазивные технологии в хирургии травматических внутрочерепных кровоизлияний, в частности метод локального фибринолиза, получают все большее распространение. Техническая простота, малотравматичность и высокая эффективность малоинвазивных технологий делают их все более привлекательными в восстановительной хирургии черепно-мозговых повреждений. Реконструктивные вмешательства при последствиях ЧМТ направлены, в основном, на устранение посттравматической базальной ликвореи и на пластику костных дефектов черепа. Высокая информативность методов нейровизуализации, в частности КТ-цистернографии, позволяет избрать оптимальный доступ для хирургической реконструкции (транскраниальный экстра- или интрадуральный, эндоназальный) при базальной ликворее, а метод компьютерного моделирования на основе лазерной стереолитографии позволяет строго индивидуализировать процесс пластики костного дефекта с высоким косметическим эффектом. Перспективным представляется использование аутологичных мультипотентных стромальных клеток в восстановительной хирургии черепно-мозговых повреждений.

Использование межкостистых систем фиксации на поясничном отделе позвоночника

Педаченко Ю.Е., Гармиш А.Р.

ГУ «Институт нейрохирургии
им. акад А.П. Ромоданова НАМН Украины»
Киев
Украина
044 486-46-08
pedachenko_yura@mail.ru

Последнее время в хирургии позвоночника характеризуется внедрением межкостистых систем фиксации. Большое количество типов данных систем (Coflex – Co-promotes flexion, DIAM – Device for Intervertebral Assisted Motion, Wall InterSpinously placed, X-Stop – eXtension Stop, Aperius, IPD – Interspinous Process Decompression System, In-Swing и др.) требует выделения типов этих систем, определение их положительных и отрицательных особенностей.

Цель работы – систематизировать существующие межкостистые системы фиксации, выделить их преимущества и недостатки.

Одним из основных показаний для применения систем данного типа является стеноз позвоночного канала. Одни (Coflex, DIAM, Wallis) системы устанавливаются после предварительной декомпрессии позвоночного канала, а установка других её не предусматривает. С нашей точки зрения последнее в хирургическом лечении стеноза позвоночного канала недопустимо. Эффективностью применения таких систем составляет до 60%, что значительно ниже эффективности других операций по устранению стеноза.

Межкостистые системы фиксации можно подразделить на динамические и нединамические. Динамические системы межкостистой фиксации (Coflex, DIAM) не ригидны, что позволяет сохранить определённый объём движений в оперированном позвоночно-двигательном сегменте. Сохранность движений предотвращает развитие гипермобильности на соседних уровнях, которая приводит к формированию т.н. «болезни смежных уровней» через несколько лет после первичной операции. Болезнь смежных уровней подразумевает развитие стеноза, нестабильности, грыжевой патологии в различных сочетаниях. Благодаря данной особенности подобных систем их можно также использовать на смежных уровнях при установлении ригидной системы транспедикулярной фиксации с профилактической целью.

Нами оперированы 25 больных со стенозом позвоночного канала с систем межкостистой динамической фиксации. 23 были установлены U-имплантаты и 2 системы DIAM. Согласно нашим данным, у всех больных в анамнезе получены отличные и хорошие результаты. К осложнениям и выявленным недостаткам следует отнести: техническую сложность установления данной системы на уровне L_v-S₁ за счёт недоразвития остистого отростка S₁ позвонка, у одного больного с остеопорозом был отмечен интраоперационный отрыв верхушки остистого отростка.