

вой, мышечно-тонический синдром. В 22 наблюдениях (14%) травма носила сочетанный характер.

Диагноз и показания к проведению оперативного лечения устанавливались на основании клинического исследования пациента, данных рентгенографии шейного отдела позвоночника, КТ и МРТ шейного отдела позвоночника.

Виды и частота оперативных вмешательств, применяемых при лечении травмы шейного отдела позвоночника: открытое вправление вывиха — 1; открытое вправление вывиха с выполнением заднего спондилодеза металлическими стяжками фирм «Медбиотех», «Codman» — 38, проволокой — 1; открытое вправление вывиха, ламинарная фиксация с помощью ламинарных титановых клипс и ретрактора-стабилизатора с памятью формы — 1; открытое вправление вывиха с проведением переднего спондилодеза аллоимплантантами из никелид-титана — 13; вправление вывиха комбинированным доступом — 2; наложение Гало-аппарата — 14; декомпрессивная корпорэктомия с передним межтеловым спондилодезом — 55 (из них аллоимплантантами из никелид-титана — 52, аутоотрансплантатами из гребня подвздошной кости — 3); репозиция перелома С2 позвонка — 36, в том числе артродез канюлированными винтами «Матис» сегмента С1—С2 с проведением ламинарной фиксации. Оперативное вмешательство при гнойных осложнениях выполнялось 3 раза, удаление стяжек и проволоки — 2; замена стяжек — 1 раз. Общее количество выполненных оперативных вмешательств — 167.

С целью стабилизации поврежденных позвоночно-двигательных сегментов на средне- и нижнешейном уровнях использовались следующие виды операций: передним доступом — межтеловый спондилодез аллоимплантантами из пористого

никелид-титана, аутоотрансплантатами из гребня подвздошной кости; задним доступом — фиксация ламинарными стяжками, проволокой, а так же ламинарными фиксаторами и ретрактором-стабилизатором с памятью формы; при недостаточном стабилизирующем эффекте, в случае применения ламинарных стяжек, проводились комбинированные операции — в сочетании с передним спондилодезом аллоимплантантами из пористого никелид-титана.

Выводы

1. Травма шейного отдела позвоночника наиболее часто встречается у мужчин, в возрастной категории от 20 до 50 лет, относящихся к наиболее социально активной группе.
2. Частота встречаемости травматических повреждений на средне и нижнешейном уровнях составляет 77,5 %.
3. 52% наблюдений травм шейного отдела позвоночника сопровождаются клиникой грубого повреждения спинного мозга.
4. Использование аллоимплантатов из пористого никелид-титана имеет следующие преимущества: 1) надежность стабилизирующего эффекта; 2) быстрота формирования блока пораженного позвоночно-двигательного сегмента, обуславливающая более раннее расширение режима у пациентов; 3) отсутствие миграции и интерпозиции трансплантата; 4) более низкая стоимость в сравнении с использованием кейджей и вентральных пластин; 5) возможность использования у лиц с остеопорозом, в отличие от погружных систем; 6) возможность моделирования высоты и формы трансплантата.

АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ В НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ СПИНАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 30-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Некрасов А.К., Игошин Ю.А., Серегин А.В., Шевчук В.В., Гоголев А.Ю.
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

Нами проведен анализ заболеваемости, оперативной активности и исходов лечения больных, получавших лечение в нейрохирургическом отделении для спинальных больных ОКБ г. Иваново за тридцатилетний период: с 1976 по 2006 гг.

В структуре заболеваемости традиционно представлены три нозологические группы: позвоночно-спинальная травма, онкопатология позвоночника и спинного мозга и дегенеративные заболевания позвоночника (остеохондрозы). Отметим, что структура заболеваемости в определенной степени изменилась за прошедшие 30 лет, что является отражением общих тенденций в развитии хирургии позвоночника и спинного мозга. Отмеченный нами неизменный уровень онкопатологии и травм позвоночника и спинного мозга отражает уровень травматизма и онкологической заболеваемости в

целом. С другой стороны, и ранее, в отсутствие современных методов нейровизуализации (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография), онкопатология позвоночника и спинного мозга была достаточно хорошо диагностируема. Отметим также, что абсолютные цифры оперативной активности при травмах и опухолях позвоночника и спинного мозга не претерпели значительного изменения за последние 30 лет, что, по всей видимости, отражает неотложность, тяжесть и невозможность консервативного лечения данной патологии.

Следует, однако, подчеркнуть принципиальные качественные изменения в хирургическом лечении при указанных нозологических формах. При травмах спинного мозга нами успешно освоено применение новых подходов к проведению деком-

прессивно-стабилизирующих операций: транспедикулярной фиксации, укорачивающего декомпрессионного спондилодеза, широкое применение Halo-системы при травмах верхне-шейного отдела позвоночника. Подобная тактика позволила достичь значительной оптимизации клинических, ортопедических исходов заболевания. В лечении онкопатологии позвоночника и спинного мозга широкое распространение получили радикальные операции, успешно начато применение малоинвазивных высокотехнологичных методик: вертебропластика при миеломной болезни, гемангиомах позвоночника. Указанные изменения также привели к улучшению функциональных исходов, в значительной степени повлияли на такой показатель как качество жизни больных.

Наибольшие изменения коснулись проблемы дегенеративных заболеваний позвоночника. Нами отмечено семикратное возрастание оперативной активности при данной патологии. При чем наиболее значимые изменения произошли за последнее десятилетие. С одной стороны, это является следствием широкого внедрения в клиническую практику методов нейровизуализации, что в значительной степени изменило подход к определению показа-

ний для оперативного лечения, сделало возможным определить четкую топическую направленность (уровень пораженного диска) и предугадать определенные технические сложности предстоящего оперативного вмешательства. С другой стороны, возможно, большее значение сыграло появление малоинвазивных методов оперативного лечения: микродискэктомии и, в последние годы, чрезкожной холодноплазменной нуклеопластики (вапоризации). Отметим, что тактика активного хирургического вмешательства при указанной патологии играет огромную социальную значимость. Авторитетнейший медицинский журнал New England Journal of Medicine в статье от 31.05.2007 приводит результаты наиболее крупного исследования по данной проблеме: трансфлювиарная микродискэктомия в 3 раза сокращает срок временной нетрудоспособности при грыжах межпозвоноковых дисков поясничного отдела позвоночника!

Таким образом, отмеченная нами тенденция широкого применения высокотехнологичных малоинвазивных хирургических методов позволяет надеяться на улучшение исходов лечения заболеваний позвоночника и спинного мозга.

ПАТОГЕНЕЗ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ СПИННОГО МОЗГА ПРИ ОСТРОЙ ЗАКРЫТОЙ ТЯЖЕЛОЙ ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

Некрасов М.А., Некрасов А.К.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»
НИИ скорой помощи им. Склифосовского, г. Москва

На основании данных обследования и лечения 43 больных с острой закрытой тяжелой позвоночно-спинальной травмой (ОЗТПСТ) и 21 пациента с колото-режущими открытыми проникающими позвоночно-спинальными ранениями (ОППСР) грудного отдела позвоночника нами выявлены патогенетические и морфологические механизмы нарушения функции спинного мозга. В случаях ОЗТПСТ основными патоморфологическими и патофизиологическими изменениями мы считаем:

- 1) прямую, уровневую спинномозговую травму, формирующую острый динамический (неконтролируемый в момент травмы) дефицит поперечного сечения позвоночного канала с последующим стабильным «результатирующим» его дефицитом;
- 2) осевые, многовекторные деформации позвоночного сегмента, обуславливающие отрыв фиксированных спинномозговых корешков от стромы спинного мозга (СМ), вызывающие острые кровоизлияния в паренхиму СМ;
- 3) острый дисбаланс венозного кровотока, возникающий вследствие повреждения венозных магистралей, разрушения губчатого вещества тел позвонков и вен эпидурального сплетения;
- 4) нарушение магистрального кровотока СМ, формирующее острые ишемические и геморрагические полисегментарные инфаркты спинного мозга по поперечнику и длиннику с возможными динамическими люменарными тром-

бозами выше и ниже уровня непосредственной травмы;

- 5) индивидуальные факторы предтравматического состояния здоровья пациента, а также вид и тяжесть сочетанных или комбинированных повреждений;
- 6) остроту, молниеносность выше перечисленных факторов у пострадавших с ОЗТПСТ;
- 7) результирующие функциональные сегментарные и проводниковые денервационные последствия, формирующие цикл посттравматического гомеостаза.

Патоморфологические изменения у пациентов с ОППСР сводятся к локальным тангенциальным повреждениям (в ряде случаев на 2/3 поперечника спинного мозга), контактного характера, обеспечивающим его анатомическую непрерывность, в результате чего сохраняется аксональная ориентация поврежденной проводящей и сегментарной системы, а неповрежденный магистральный и сегментарный кровоток, очевидно, обеспечивает компенсаторные и регенерационные способности спинного мозга, что констатируется восстановлением неврологического дефицита.

Выводы

1. Регрессирующие неврологические нарушения у больных с ОППСР в грудном отделе свидетельствуют о значительных способностях регенерации травматических повреждений спинного мозга.