

одного разреза. При деформациях в груднопоясничном и поясничном отделах применялась торакофренолюмботомия. Средняя кровопотеря – 200 мл.

Во всех случаях выполнялась тотальная дискэктомия с иссечением задней продольной связки, после чего проводилась инструментальная коррекция деформаций. В грудном отделе использовалась одностержневая компоновка, в груднопоясничном и поясничном отделах чаще – двухстержневая система.

В 3 случаях в груднопоясничном отделе использовали одностержневую систему с межтеловыми сетчатыми имплантатами по Хармсу.

Средний процент коррекции в грудном отделе позвоночника составил 80%, в груднопоясничном и поясничном – 85%. Во всех случаях отмечалась спонтанная коррекция противоискривления.

Лёгкий корсет в послеоперационном периоде 6-8 недель.

Нагноений и неврологических осложнений не было.

Выводы

Вентральная коррекция деформаций показана при 1 и 5 типах по Ленке. Использование переднего инструментария возможно в грудном отделе при угле до 75°, груднопоясничном и поясничном – до 85°. Вентральная коррекция очень эффективна с низким числом осложнений.

АППАРАТНАЯ КОРРЕКЦИЯ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ (ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)

Д.В. Колчин, В.Д. Шатохин, А.Д. Губа, Н.Я. Байлема
*Клиническая больница №5
г. Тольятти, Россия*

Цель – проследить отдаленные результаты двухэтапного оперативного лечения сколиоза.

При одномоментной инструментальной коррекции грубой деформации позвоночника в течение короткого периода времени существует опасность возникновения ишемических расстройств и неврологических нарушений. При ригидных сколиозах с величиной дуги более 60° в качестве первого этапа был применен аппарат наружной коррекции сколиоза (АНКС) Данилова-Скворцова А.С. № 1556668) и его модификации (39).

Каркас аппарата, устанавливаемый над кожей спины, представляет собой титановое кольцо с радиально отходящими 3–4 подвижными штангами с корригирующими тарированными резьбовыми узлами. К штангам фиксируются титановые тяги, прикрепленные к дорзальным отделам позвоночника в области вершины и оснований сколиотической дуги. Вес аппарата не превышает 0,5 кг. При ригидной деформации наложение АНКС сочетали с внутридисковым введением лекозима, остеотомией ребер. На протяжении 3–6 недель осуществлялось плавное воздействие на позвоночник при помощи резьбовых узлов АНКС 4-5 раз в сутки, позволяющее устранять до 90% от исходной деформации. В этот период пациенты свободно гуляли в аппарате. Для окончательной стабилизации позвоночника устанавливался эндокорректор и выполнялся спондилодез.

Средняя послеоперационная коррекция составила 78%. Через 5 лет сохранялась в пределах 74%, через 10–15 лет – 65–70%. При применении только эндокорректоров и спондилодеза средняя послеоперационная коррекция составила 65%, через 5 лет – 48–53% и через 10–15 – 42–47%.

Таким образом, использование аппарата удлиняет сроки стационарного лечения и увеличивает его стоимость, однако достигаются значительная коррекция ригидных форм сколиоза и лучшие отдаленные результаты.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЯСНИЧНОГО СПОНДИЛОЛИСТЕЗА СПОСОБОМ ПЕРЕДНЕЙ ИНТЕРКОРПОРАЛЬНОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ КЕЙДЖАМИ

К.Х. Коракулов, Ш.Ш. Шотурсунов
*НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз
г. Ташкент, Узбекистан*

Целью исследования является изучение клинической эффективности хирургического лечения поясничного спондилолистеза способом передней интеркорпоральной стабилизации кейджами.

Материалом исследования послужили данные 56 больных с поясничным спондилолистезом, лечившиеся хирургическим методом в клинике вертебрыологии НИИ травматологии и ортопедии республики Узбекистан в период с 2003 по 2008 гг. Возраст больных – от 28 до 63 лет. Мужчин 24, женщин – 32.

Диагностика проводилась клиническими, электронейромиографическими и рентгенологическими методами исследования. С помощью специальных методов исследования (КТ, МРТ и МСКТ) визуализировали состояние дурального мешка и нервных элементов позвоночного канала. По степени смещения позвонка (по Мейердингу) пациенты распределились следующим образом: спондилолистез I-II степени – 50 (90%) человек, III степени – 6 (10%). В большинстве случаев наблюдалось смещение VL5 позвонка – 32 (58%), смещение VL4 – 20 (36%) сочетанные VL4, VL5 – 4 (6%).

Результаты хирургического лечения в сроки от 3 месяцев до 3 лет изучены у всех больных. Клинические результаты оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), заполняемой самим пациентом, а также по индексу Освестри. О формировании межтелового блока судили на основании рентгенологических и МСКТ исследований.

Через 3 года после операции клинический результат лечения у 46 (82%) больных расценен как хороший, у 10 (18%) – как удовлетворительный. В группу с удовлетворительными результатами лечения попали четверо больных с III ст. спондилолистеза. Неудовлетворительных результатов не было.

Таким образом, проведение передней интеркорпоральной стабилизации кейджами позволяет получить хорошие клинические результаты при I – II степенях спондилолистеза.

РЕГРЕСС ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ

С.С. Кочкартаев, Ш.Ш. Шотурсунов
*НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз
г. Ташкент, Узбекистан*

Цель – изучение «феномена» рассасывания грыж межпозвонковых (МП) дисков поясничного отдела позвоночника.

Проведен анализ результатов ортопедического лечения 580 больных с грыжами МП дисков поясничного отдела позвоночника. Ортопедическое лечение включало в себя комплексное применение: эпидуральных введений лекарственных препаратов; тракции позвоночника с мануальной терапией; медикаментозную терапию; электронейростимуляционную терапию; физиотерапевтические процедуры с ЛФК. Диагностика осуществлялась КТ, МРТ, МСКТ, рентгенографическими и электронейромиографическими исследованиями.

При изучении результатов лечения у 357 больных хороший результат отметили в 258 случаях при исчезновении болевого синдрома, регресса неврологических и ор-