

Практически нет работ, посвященных исследованию изменений в позвоночном канале после передней декомпрессии на поясничном уровне. Видимо, с этим связаны и трудности трактовки данных МРТ у этих пациентов даже среди высококвалифицированных специалистов компьютерной диагностики.

Мы провели исследование послеоперационных изменений в позвоночном канале после вентральной декомпрессии, используя КТ и МРТ. Нас интересовало, что происходит между имплантатом и дуральным мешком, процессы внутри имплантата и впереди него. Одной из наиболее важных задач исследования являлось найти ответ на вопрос о вероятности развития рубцово-спаечного процесса после передней нейрохирургической декомпрессии. Что удалось установить? Между полым титановым имплантатом и дуральным мешком после операции образуется гематома. Она даже может вызывать умеренную компрессию дурального мешка, но никогда не бывает выраженной, и не проявляется клинически. Далее гематома инкапсулировалась и уменьшалась в размерах.

При исследовании через полгода полностью исчезли признаки компрессии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнивали данные КТ, МРТ с клиническими проявлениями у 38 больных. Полное исчезновение болевого синдрома в сроки до одного года произошло у 24 больных. У 14 пациентов боли уменьшились. Образование костного сращения замедленно у пациентов с остеопорозом (трое пациентов). Болевой синдром держался у них более года.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Межтеловой спондилодез при использовании титановых имплантатов, помещаемых в межтеловой промежуток, обусловлен следующими процессами по мере их значимости:

- 1) формированием костно-металлического сращения между костью и наружной поверхностью имплантата;
- 2) образованием костной ткани над имплантатом;
- 3) прорастанием костной ткани через отверстия в имплантате.

УДК 616.711.6/7-089:81

В.В. Доценко, А.А. Лака, В.В. Руденко, В.Б. Вовкогон, П.В. Доценко

ПЕРЕДНИЙ ВНЕБРЮШИННЫЙ МИНИ-ДОСТУП В ХИРУРГИИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Российский университет дружбы народов (Москва)

Авторами описываются преимущества переднего внебрюшинного мини-доступа, которые выражаются в уменьшении возможности технических ошибок, минимальной травматизации тканей, малой кровопотере, небольшой продолжительности операции при малом числе осложнений

Ключевые слова: хирургия, пояснично-крестцовый отдел позвоночника

ANTERIOR PARAPERITONEAL MINI-APPROACH IN SURGERY OF DEGENERATIVE DISEASES OF LUMBAR-SACRAL PART OF THE SPINE

V.V. Dotsenko, A.A. Laka, V.V. Rudenko, V.B. Vovkogan, P.V. Dotsenko

Russian University of People's Friendship, Moscow

The authors describe the advantages of anterior paraperitoneal mini-approach which are expressed in reduced possibility of technical mistakes, minimal tissues injuring, low blood loss, short duration of surgery, and low quantity of complications.

Key words: surgery, lumbar-sacral part of the spine

Вопрос о хирургических доступах при операциях на поясничном отделе позвоночника изучен не достаточно и соответственно мало освещен в литературе. Для подхода к передней поверхности тел поясничных позвонков мы используем передний внебрюшинный доступ. Разрабатывая передние малотравматичные доступы к пояснично-крестцовому отделу позвоночника, мы в большей степени опирались на мысли и идеи русских хирургов. В трудах И.Ф. Буша, Х.Х. Саломона имеются

ценные указания по методике разрезов брюшной стенки, учитывающие анатомию и физиологию данной области. Н.Н. Бурденко в 1935 г. сформулировал следующие принципы, которыми должен руководствоваться хирург: анатомическая доступность, техническая возможность, физиологическая дозволенность.

Малая травматичность и максимальная доступность — два антагонистических принципа, разумное сочетание которых позволяет выбрать опти-

мальный доступ. Опасны крайности. Слишком малый доступ может помешать выполнить операцию радикально или не позволит справиться с возникшими осложнениями. С другой стороны стремление к большим доступам может привести к тяжелым физиологическим нарушениям. Развитие малотравматичных вмешательств без ущерба для качества операции стало возможным в условиях технического прогресса. Использование интраоперационного мониторинга, современной инструментария позволяет успешно внедрять в клинику все менее травматичные операции.

В последнее десятилетие активно разрабатывались малотравматичные вмешательства. В начале 90-х гг. были внедрены два вида доступов к передним отделам тел позвонков с применением минимально-инвазивной технологии. С одной стороны, хирурги разработали лапароскопические методы (Mathews H.H., et al., 1995; Boden S.D. et al., 1998; Regan J.J. et al., 1999; Heniford B.T. et al., 2000; Boos N. et al., 2001; Lieberman I.H., 2000). С другой стороны, традиционный вентральный доступ был уменьшен в размере и соединен с микрохирургической технологией, в результате чего этот доступ приобрел все преимущества минимальноинвазивного метода. Он известен под аббревиатурой mini-ALIF. Преимущества этого метода в уменьшении возможности технических ошибок, минимальной травматизации тканей, малой кровопотере, небольшой продолжительности операции при малом числе осложнений (Mayer H.M., 1997; McAfee P.C.

et al., 1998; Доценко В.В. с соавт., 1998; Lazennec J.Y. et al., 1999; Wolf O., Meier U., 1999).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для работы послужили клинические наблюдения за 509 больными, которые были оперированы в период с 1996 по 2005 гг. по поводу дегенеративных заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника. Возрастной диапазон составил от 11 до 78 лет. В таблице 1 представлена патология поясничного отдела позвоночника, которая потребовала оперативного лечения.

Для оперативного лечения применялся передний внебрюшинный мини-доступ. Для стабилизации позвоночно-двигательного сегмента использовались кольцевые титановые имплантаты большого диаметра (454 операции), индивидуальные конструкции на основе стереолитографии (21), стандартные титановые пластины (42) фирмы «Конмет».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты хирургического вмешательства прослежены в сроки от 1 до 9 лет. Больные проходили осмотр через 3, 6, 12 месяцев и далее через каждый год. Оценивались следующие параметры: клинические проявления до и после операции, сравнительный анализ данных лучевых методов исследования.

Наиболее хорошие результаты достигнуты при операциях при центральных грыжах диска и при

Таблица 1

Распределение оперированных больных по нозологии

Патология	Кол-во больных
Центральная грыжа диска	224
Нестабильность ПДС	43
Последствия ранее перенесенных операций	118
Спондилолистез	124
Всего	509

Таблица 2

Среднестатистические показатели операций

№	Оценочные критерии	Средние показатели
1	Продолжительность операции	1,5 ч
2	Разрез	5 см
3	Кровопотеря	180 мл
4	Постельный режим	3,5 дня
5	Срок пребывания в стационаре	12,2 дня
6	Возвращение трудоспособности	4,1 мес.
7	Стойкая инвалидность	4,8 %
8	Осложнения	8,5 %
9	Реоперации	0
10	Летальность	0

спондилолистезе. В первой группе регресс болевого синдрома отмечен у 218. Болевой корешковый синдром проходил сразу после операции. В группе спондилолистеза получены хорошие и удовлетворительные результаты (табл. 2). Менее благоприятные исходы получены в группе повторно оперированных больных.

ВЫВОДЫ

Следует выделить следующие преимущества переднего доступа:

- 1) радикальное удаление патологического очага;
- 2) стабилизация пораженного сегмента;
- 3) разгрузка нервных корешков;
- 4) сохранение неповрежденных задних структур;
- 5) кратчайший и наиболее рациональный подход к очагу поражения;
- 6) хороший визуальный контроль;
- 7) возможность одновременно выполнить переднюю декомпрессию и стабилизацию.

УДК 616.711.9-089-006.6

В.В. Доценко, В.В. Руденко, В.Б. Вовкогон, П.В. Доценко

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

Российский университет дружбы народов (Москва)

Авторы предлагают придерживаться активной хирургической тактики при солитарном поражении позвоночника с целью купирования симптомов компрессии спинного мозга и морфологической верификации опухолевого процесса.

Ключевые слова: хирургия, позвоночник, опухоль

SURGICAL APPROACH AT MALIGNANT TUMOURS OF THE SPINE

V.V. Dotsenko, V.V. Rudenko, V.B. Vovkogan, P.V. Dotsenko

The authors suggest adhering to the position of active surgical approach solitary injury of the spine with the purpose to reduce symptoms of spinal cord compression and morphologic verification of tumor process.

Key words: surgery, spine, tumour

Хирургическое лечение первичных опухолей и метастатических поражений позвоночника остается нерешенной проблемой. Среди всех опухолей позвоночника около 96 % составляют метастазы и 4 % — первичные опухоли. Основные источники метастазов в позвоночник — рак молочной железы, легкого, предстательной железы и почек. Из первичных опухолей позвоночника наиболее часто встречаются хондромы, хондросаркомы, остеосаркомы, лимфомы.

Главной проблемой в хирургии опухолей позвоночника является обеспечение радикализма и возникающие при этом технические трудности, обусловленные топографоанатомической «близостью» позвоночника и спинного мозга. Несмотря на достигнутые успехи в развитии методов стабилизации позвоночника, до настоящего времени не выработано единой точки зрения об объеме, типе, оперативном доступе и тактике лечения при первичных и метастатических опухолевых поражениях. Нередко по поводу солитарного поражения позвоночника оказывается паллиативная помощь без определения морфологической структуры опухолевого процесса и выявления первичного очага опухоли, исключая возможность диагности-

ки, проведения специального противоопухолевого лечения и реабилитационных мероприятий.

Накоплен опыт лечения 35 больных со злокачественным опухолевым поражением позвоночника, которым предпринята попытка радикального удаления опухоли. Причиной обращения пациентов являлись интенсивный болевой синдром, неврологические расстройства разной степени тяжести. В 7-ми наблюдениях был поражен шейный отдел позвоночника, в 12-ти наблюдениях грудной, в 15 — поясничный, в 1 — крестцовый. Метастазы имели место у 30 пациентов, первичные опухоли — у 5. Первичным очагом был рак молочной железы — 14 наблюдений, рак почки — 6, рак легкого — 3, предстательная железа — 3, меланома кожи — 2, саркома матки, рак надпочечника наблюдались в одном случае. У 2-х пациентов имелись первичные лимфомы позвоночника, лимфосаркома, примитивная нейроэктодермальная опухоль и злокачественная гигантоклеточная опухоль по 1-му наблюдению.

Обследование включало в себя рентгенографию, МРТ позвоночника, визуализацию костей скелета, определялся уровень биохимических онкомаркеров. Показанием к операции являлась кли-