

Заключение

Результаты применения Гало-систем у детей и взрослых как самостоятельного малотравматичного метода лечения, так и при двухэтапных вмешательствах из переднего или заднего хирургических доступов свидетельствуют об их высокой эффективности в плане не только коррекции и стабилизации, но и восстановления неврологических нарушений при различных повреждениях и заболеваниях преимущественно верхнешейного отдела позвоночника.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ
МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ
ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩИХ ДЕГЕНЕРАТИВНО-
ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА**

В.И. Манащук

*Окружной госпиталь Уральско-Приволжского
военного округа
г. Екатеринбург, Россия*

Многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов говорят о том, что у каждого второго жителя планеты в наличии клинические проявления остеохондроза позвоночника, что является серьезной медико-социальной проблемой. Несмотря на широкую распространённость и известность данного заболевания, стереотипность симптоматики и жалоб, а также отработанную методику диагностики и лечения, уровень рецидивов межпозвонковых грыж высок (от 5-10% до 15-50%).

Нами проанализированы результаты лечения 48 больных, которым выполнены повторные оперативные вмешательства в связи с рецидивом выраженного стойкого болевого синдрома. Катамнез не мене 2 лет. По данным МРТ или КТ у этих больных выявлены признаки рубцово-спаечного процесса, рецидива грыжи диска или формирование стеноза на заинтересованном уровне. Результаты предварительного консервативного лечения были неудовлетворительными.

В ходе повторного оперативного вмешательства у всех больных выполнялась более расширенная гемиламинэктомия по сравнению с первой операцией, менингоградиализ с использованием микронеурохирургической техники. У 23 больных операция дополнена транспедикулярной фиксацией.

В группе больных, которым выполнялась транспедикулярная фиксация, получен стойкий регресс болевого синдрома.

У 25 больных без дополнения транспедикулярной фиксации, 2 больным пришлось выполнять третье оперативное лечение, а 1 – 3 реоперации, и лишь в ходе 3 выполнена транспедикулярная фиксация, после чего получено стойкое улучшение клинических результатов.

Вывод

Современные хирургические методы лечения при ранее выполненных неудовлетворительных операциях на позвоночнике по поводу прогрессирующих дегенеративно-дистрофических изменений с формированием межпозвонковых грыж, дополняемых методами жёсткой погружной фиксации, позволяют достичь стойкого положительного клинического и ортопедического эффектов и в ранние сроки вернуть к активной жизни пациентов.

**ПУНКЦИОННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА – МЕТОД ВЫБОРА
ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ТЕЛ
ПОЗВОНКОВ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА**

В.А. Мануковский, Д.В. Кандыба, Е.Д. Алексеев,

А.В. Федоренков

*Военно-медицинская академия
Санкт-Петербург, Россия*

По данным Всемирной организации здравоохранения остеопороз занимает четвертое место среди неинфекционных патологий после болезней сердечно-сосудистой системы, онкологических и сахарного диабета. Перелом в тактике лечения пациентов с компрессионными переломами тел позвонков на фоне остеопороза произошел в 1984 г. после внедрения пункционной вертебропластики. Перкутанная вертебропластика (ПВП) - минимально инвазивная методика, заключающаяся в чрескожном введении костного цемента (полиметилметакрилата) в поврежденное тело позвонка. В период с 2005 по 2008 гг. в клинике нейрохирургии Военно-медицинской академии выполнено 111 оперативных вмешательств у 59 пациентов с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков на фоне системного остеопороза, сопровождающихся болевым синдромом. Мужчин 14 (24%), в возрасте от 55 до 85 лет, в среднем 66 ± 8 лет; женщин – 45 (76%), все в пост- или менопаузальном периоде, от 47 до 81 года, в среднем 65 ± 8 лет. Выраженность болевого синдрома, двигательную активность пациентов, зависимость от приема анальгетиков до и после операции оценивали на основании “Шкалы качества жизни пациента и эффективности пункционной вертебропластики” предложенной J.R. Gaughen. Диагноз «остеопороз» выставлялся по данным денситометрического исследования поясничного отдела позвоночника на уровне тел L1-LIV позвонков, денситометрии шейки бедренной кости в амбулаторных условиях, у 52 (88%) пациентов диагностирован впервые. Активность метаболизма в костной ткани при остеопорозе оценивалась с помощью маркеров минерального обмена (уровень общего и ионизированного кальция, фосфора в крови), маркеров костного образования (щелочная фосфатаза, остеокальцин). У всех больных контролировался уровень паратиреоидного гормона.

Положение пациентов во время операции на операционном столе: на животе, с руками, согнутыми в локтевых суставах, под головой. Для пункции тел позвонков использовали стандартные иглы фирмы «Cook» и «Stryker» с пирамидальными и скошенными концами. Диаметр игл в грудном отделе позвоночника 11 G (3,05 мм), в поясничном - 11 - 9 G (2,41 мм), длина 15 см. Пункцию тел позвонков выполняли под флюороскопическим или КТ контролем. Для проведения игл использовали транспедикулярный доступ. Методика проведения вертебропластики ничем не отличалась от общепринятой на сегодняшний день. При введении костного цемента использовали системы РСД фирмы “Страйкер” с добавлением контрастирующих веществ (порошков сульфата бария, вольфрамовой или танталовой пудры). Больных активизировали через 1-2 часа после оперативного пособия. Во всех случаях проводили КТ-контроль и спондилографию.

Эффективность пункционной вертебропластики оценивалась на 2, 7 сутки и через 6 месяцев с начала лечения. Мы пришли к выводу, что ПВП при патологических неосложненных переломах вследствие системного остеопороза исключительно высока. На 7 сутки после операции у 45 (77%) пациентов отмечен значительный регресс болевого синдрома, у 44 (74%) – восстановился полный объем движений. Через 6 месяцев считали себя здоровыми 55 (93%) человек.

Перкутанная вертебропластика является эффективной операцией при компрессионных переломах остеопоротической природы. При введении композита происходит механическое укрепление тела позвонка, регресс мышечно-тонического синдрома. Метод вертебропластики несомненно перспективен для использования в нейрохирургии, относится к малоинвазивным, имеет минимальное количество противопоказаний, позволяет выполнять вмешательства одновременно на нескольких уровнях в условиях локальной анестезии, что позволяет сократить время пребывания больного в стационаре.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ ТРАСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ

А.А. Марусин, В.А. Храмов, Е.А. Ткачёва
ГУЗ «Костромская областная больница»
г. Кострома, Россия

Основными принципами современного хирургического лечения повреждений позвоночника и спинного мозга являются: ранняя и полноценная декомпрессия спинного мозга, репозиция позвонков; стабильный остеосинтез повреждённого сегмента; ранняя реабилитация пациента. С этой целью в лечении нестабильных повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника стали широко применяться различные системы транспедикулярной фиксации. Преимуществом данного метода является уменьшение степени хирургической агрессии, надёжная фиксация повреждённого сегмента, позволяющая проводить раннюю активизацию пациента.

С 2004 года в ГУЗ «Костромская областная больница» при лечении травмы позвоночника мы применяем методику транспедикулярной фиксации. Предпочтение отдали системе «Медбиотех», при которой добиваемся полноценной стабилизации, сохраняется возможность проведения магнитнорезонансной томографии с целью контроля, она дешевле, чем другие зарубежные аналоги.

До августа 2008 г. мы провели 41 операцию, применяя транспедикулярную фиксацию, что было вызвано недостатком финансирования. Средний возраст больных – 38 лет. По возрасту их распределили по группам: до 20 лет – 4 человека, с 21 по 30 – 7, с 31 по 40 – 15, более 41 – 15. В результате, более 70% – пациенты трудоспособного возраста.

Основной причиной повреждения грудного и поясничного отделов позвоночника явилось ДТП, падение с высоты и производственная травма. Мужчин 35, женщин – 6. По сегментам повреждения распределение следующее: Th6-Th11 – 13, Th12-L1 – 15, L2-L5 – 13. Поставлены моносегментарные системы у 3 пациентов с повреждением поясничного отдела, полисегментарные – у 3 пациентов с повреждением грудного отдела, в остальных случаях поставлены бисегментарные четырёх- и пятивинтовые системы.

Средний срок пребывания в стационаре – 45 дней, это связано с отсутствием реабилитационной клиники. Спустя месяц после операции умер 1 пациент от тромбоза легочной артерии. Инфекционных осложнений со стороны послеоперационной раны не было. Несостоятельность конструкции – у одного больного, в связи с неадекватной физической нагрузкой.

Применение методики транспедикулярной фиксации позвоночника значительно улучшило результаты лечения, сократило время пребывания в стационаре, позволило проводить раннюю реабилитацию.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА В ФГУ «РНИИТО ИМ. Р.Р.ВРЕДЕНА»

А.Н. Мироненко, Н.А. Колшенская, В.Н. Хрулев,
Д.В. Стафеев
ФГУ «Российский научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена
Росмедтехнологий»
Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время к проблеме остеопороза и его осложнений – переломам позвонков и костей конечностей приковано внимание ученых всего мира. Для проведения на современном этапе научных исследований требуются строго стандартизированные данные, получение которых возможно при систематизации сбора, обработки и анализа информации. В связи с этим, в ряде европейских стран и в странах Северной Америки созданы региональные регистры больных остеопорозом. Однако регистры больных с переломами позвонков и костей конечностей на фоне остеопороза отсутствуют. Лишь в Великобритании ведется планирование организации подобного регистра для жителей Лондона.

В Санкт-Петербурге на базе ФГУ «РНИИТО имени Р.Р.Вредена» впервые в России разработана и с июня 2008 года начала реализовываться программа организации регистра больных с переломами позвонков и костей конечностей на фоне остеопороза. Целью создания регистра является организация учета пациентов, поступающих в институт с переломами костей и признаками остеопороза, выработка для этих больных алгоритмов диагностических и лечебных мероприятий, а также разработка оптимальных способов профилактики повторных переломов позвонков и костей конечностей.

Регистр состоит из пяти блоков информации. Первый из них включает социально-паспортные данные, а также сведения из анамнеза заболевания и жизни с учетом информации о факторах риска развития остеопороза, и о проводимом ранее лечении. Во втором блоке учитываются данные лабораторной диагностики, включающие общеклинические и специфические исследования, такие как костноспецифичная щелочная фосфатаза, остеокальцин и другие. Третий блок данных – результаты рентгеновской денситометрической диагностики. В четвертый блок вносится информация о проведенном лечении переломов костей на фоне остеопороза. Пятый блок заполняется в период последующего наблюдения и медикаментозного лечения больных с остеопорозом, направленного на профилактику повторных переломов костей. В регистр включаются женщины старше 50 лет и мужчины – 60, поступившие в ФГУ РНИИТО им. Р.Р.Вредена с малоэнергетическими переломами позвонков и костей конечностей любой локализации. Все получаемые данные регистрируются с использованием специализированного программного обеспечения и в последующем подвергаются статистической обработке.

Регистр больных с переломами позвонков и костей конечностей, созданный в Институте, позволит получить необходимые статистические данные, анализ которых даст возможность ответить на многие неясные вопросы проблемы остеопороза у больных травматолого-ортопедического профиля.