

у 9 больных. Эндоскопическая кистостернотомия выполнена 11 больным. При АК конвекситальной локализации выполнялась ЭКМ и кистоперитонеальное шунтирование.

Выполняя эндоскопическую кистостернотомию, мы отмечали различные особенности локализации средней мозговой артерии, особенности топографии зрительного нерва. III, IV, V, VI черепно-мозговых нервов и внутренней сонной артерии. Эти особенности являлись основными при выполнении данного оперативного вмешательства.

**Результаты.** У всех пациентов наблюдалось клиническое и рентгенологическое улучшение состояния. При контрольных МРТ сдавления головного мозга не выявлялось. Послеоперационных осложнений не было.

**Выводы.** Эндоскопическую кистовентрикулостомию целесообразно выполнять при АК пара- и интравентрикулярной локализации. Эндоскопическая кистостернотомия эффективна при локализации АК в непосредственной близости от субарахноидальных цистерн головного мозга. Для конвекситальных АК выполнение кистоперитонеального шунтирования под ЭКМ является эффективной методикой.

### Результати хірургічного лікування хворих із хребетно-спинномозковою травмою на рівні шийного відділу

Дяків В., Струк Ю.

Комунальна міська клінічна лікарня  
швидкої медичної допомоги,  
79008, м. Львів, вул. Миколайчука, 9,  
тел. 0322597232, e-mail: volodfr@yahoo.fr

Травми хребта та спинного мозку на рівні шийного відділу супроводжуються високою інвалідизацією та значною летальністю серед пацієнтів. Метою дослідження був аналіз хірургічного лікування постраждалих із травмами на рівні шийного відділу хребта.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати лікування 20 пацієнтів із переломами, вивихами та переломи-вивихами хребців шийного відділу, що супроводжувалися пошкодженням спинного мозку (Frankel A-D). При порушеннях гемодинаміки, дихальній недостатності наявності важких поєднаних травм хворі госпіталізувалися в відділення реанімації. Для зменшення компресії спинного мозку хворим накладався скелетний витяг за тім'яні пагорби. В перші 8 годин після травми внутрішньовенно вводився саломедрол за прийнятою схемою. При переломах та підвивихах хребців C1, C2 та нестабільності в атланта-окципітальному сегменті у 4-х хворих проведено окципіто-спонділодез з використанням титанових фіксаторів. При підвивихах на рівні C2—Th1 хребців при поступленні в стаціонар хворому накладався скелетний витяг за тім'яні пагорби. У 14 хворих проведено відкрите вправлення підвивиху з проведенням переднього міжтілового спонділодезу та фіксацією хребців титановими пластинами різних типів. Для міжтілового спонділодезу використовували аутокостку або титанові кейджи. В 2-х хворих з метою вправлення підвивиху використано комбінацію передне-бокового та заднього доступу. Хірургічне втручання при переломах та переломах із підвивихом C2—Th1 хребців проведено у 16 випадках. Всі хірургічні втручання проводилися з використанням

передне-бокового доступу. Після операції всім хворим проводилася кінезотерапія. Після стабілізації стану та можливості переносити вертикальне положення тіла хворі переводилися у відділення реабілітації. Середній час перебування хворих у нейрохірургічному стаціонарі склав 27 днів.

**Результати та їх обговорення.** У всіх хворих досягнуто усунення больового локального та радикального синдрому, зменшенні неврологічного дефіциту (при неповному ураженні спинного мозку). При повному ураженні спинного мозку регресу проявів мієлопатії не відбувалося. За час перебування хворого в нейрохірургічному стаціонарі не зафіксовано жодного випадку виникнення належкових ран. Летальність серед оперованих хворих склала 10%.

**Висновки.** Проведення ранніх хірургічних втручань при травмах шийного відділу хребта та впровадженням в практику методів сучасної кінезотерапії дозволяє швидко активізувати пацієнтів, уникнути вторинного пошкодження спинного мозку, зменшити больовий синдром, запобігти виникненню трофічних змін м'яких тканин, гнійно-септичних та тромбоемболічних ускладнень, що значно покращує якість життя потерпілих, зменшує їх інвалідизацію та скорочує матеріальні витрати на лікування цієї категорії хворих.

### Возможности переднего мини-доступа в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника

Доценко В.В., Загородний Н.В.,  
Вирани Я.

Кафедра травматологии и ортопедии РУДН,  
г. Москва, 117198, ул. Мухоморова 6.,  
тел. 674-71-86, conmet@conmet.ru,  
www.ortopedia.ru

**Цель.** Выбор оптимального способа хирургического лечения различных видов дегенеративной нестабильности в поясничном отделе.

**Материалы и методы:** оперированы 750 пациентов в возрасте от 11 до 78 лет в период с 1996 по 2006 гг. с различными видами дегенеративной патологии: динамической нестабильностью, задними срединными и рецидивными грыжами дисков, спондилолистезом.

Всем пациентам проведено обследование: клиническое, лабораторное, электромиография, обзорная и функциональная спондилография, МРТ и КТ.

Показаниями к операции являлись: боль в поясничном отделе, неврологические проявления — корешковый болевой синдром, двигательные и тазовые расстройства.

Методом выбора хирургического лечения был — переднебоковой внебрюшинный мини-доступ, передняя декомпрессия корешков спинного мозга с иссечением задней продольной связки, передняя стабилизация кольцевым титановым имплантатом или пластиной фирмы «КОНМЕТ». Вертикализация пациентов проводилась на следующие сутки после операции. Выписка из стационара на 5-е сутки.

**Результаты и обсуждение.** Оценка качества жизни больных проводилась по пятибалльной шкале оценки вертеброневрологической симптоматики,

шкале Карнофски и опроснику Роланда—Морриса. Хороший результат наблюдался у 87% пациентов; удовлетворительный — у 13%. В настоящее время существует большое количество хирургических методов лечения дегенеративной нестабильности в поясничном отделе (транспедикулярная и биодинамическая фиксация, межтеловые имплантаты, пластины), не отвечающих в полной мере решению этой проблемы.

**Выводы.** Передние малоинвазивные операции в лечении дегенеративной нестабильности поясничного отдела позвоночника имеют ряд преимуществ, таких как: малая травматичность, исчерпывающая декомпрессия, надежная фиксация и стабилизация, что позволяет осуществить раннюю активизацию и социальную адаптацию пациентов.

### Хирургическое лечение спондилолистеза

Загородний Н.В., Доценко В.В.,  
Вирани Я.

Кафедра травматологии и ортопедии РУДН,  
г. Москва, 117198, ул. Миклухо Маклай 6.,  
тел. 674-71-86, [conmet@conmet.ru](mailto:conmet@conmet.ru),  
[www.ortopedia.ru](http://www.ortopedia.ru)

**Цель.** Совершенствования методов хирургической коррекции спондилолистеза.

**Материал и методы.** Прооперировано 195 пациентов с различными стадиями и формами спондилолистеза. С целью создания алгоритма лечения сформулирована клиническая классификация спондилолистеза в основу, которой положены неврологические и ортопедические проявления заболевания, исходя из которых, строится лечебная тактика.

Особое место уделено III, IV стадиям спондилолистеза и спондилоптозу, где общепринятые методы — транспедикулярная фиксация, межтеловые имплантаты и др. — становятся неэффективными. На основе методики объемной лазерной спондилолитотомии создается стереолитографическая модель пораженного сегмента позвоночника с последующим изготовлением индивидуальной металлоконструкции (фирма «КОНМЕТ», Москва), что позволяет радикально решить хирургическую проблему стабилизации позвоночника и декомпрессии позвоночного канала.

**Результаты:** Результаты хирургического вмешательства прослежены в сроки от 1 года 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. Оценка качества жизни больных проводилась по шкале Карнофски и опроснику Роланда—Морриса. Хорошие и удовлетворительные результаты составили 91%. Менее благоприятные исходы получены в группе повторно оперированных больных.

**Выводы:** Разработанная классификация и на ее основе способы хирургического лечения спондилолистезов позволяют в большинстве случаев радикально решить проблему.

### Оценка качества жизни пациентов после поясничной микродискэктомии

Гончарук Е.А., Сон А.С.

г. Одесса, Одесский государственный  
медицинский университет, 65026,  
пер. Валиховский, 2, тел.: 8(048) 720-18-28,  
e-mail: [son@paso.net](mailto:son@paso.net).

Наиболее тяжелой клинической формой течения дегенеративного процесса опорно-двигательного сегмента позвоночного столба является грыжевая компрессия содержимого спинномозгового канала или спинномозговых корешков, что сопровождается некупируемым консервативными методами болевым синдромом, и формированием неврологического дефицита. Целью нашего исследования является оценка качества жизни пациентов после микродискэктомии, проводимой на уровнях L4—L5, L5—S1.

Наше исследование проведено на основе анализа результатов обследования и лечения больных, страдающих поясничным остеохондрозом с клиническими проявлениями и верифицированными инструментальными методами (КТ, МРТ) грыжами межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника, которым проводилось микрохирургическое лечение. Проведено клиничко-неврологическое обследование 58 больных: 30 женщин (51,7%), 28 мужчин (48,3%); в возрасте от 26 до 54 лет. Степень выраженности болевого синдрома оценивалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (до оперативного вмешательства составила в среднем 91 балл, на третьи сутки после операции — 27 баллов). В дооперационном периоде оценивали уровень ситуационной и личностной тревожности с помощью «шкалы Ч. Спилбергера». На третьи сутки после оперативного вмешательства проводилась оценка качества жизни с помощью опросника SF-36, по восьми субшкалам.

До операции высокий уровень ситуативной тревожности выявлен у 6 пациентов (10,3%), умеренная тревожность — 38 (65,5%) человек, низкая тревожность — 14 (24,1%), а уровень личностной тревожности распределялся следующим образом: 4 (6,8%) — высокая, 20 (34,4%) — умеренная, 34 (58,6%) — низкая тревожность. В группе с низким и умеренным уровнем ситуативной и личностной тревожности в послеоперационном периоде вербальная и визуальная оценка боли была значительно ниже, чем в группе с высокой тревожностью 20% и 35% соответственно. При оценке качества жизни у 80% обследуемых отмечались низкие показатели (от 0 до 20) по шкалам физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием и интенсивности боли. В группе пациентов с умеренной и низкой тревожностью средние показатели по шкалам общее здоровье — 32 балла, жизненная активность — 25 баллов, социальное функционирование — 85,7 балла, ролевое эмоциональное функционирование — 66,66, психологическое здоровье — 44 балла. В группе с высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности показатели по всем шкалам опросника SF-36, были ниже, что указывает на более низкий уровень качества жизни.