

несколько видов хирургических доступов. Стандартный задний доступ с ламинэктомией выполнен у 21 больного, трансстаракальный доступ выполнен у 2 больных, латеральный экстракавитарный доступ у 5 больных, трансфасетный педикулосохраняющий доступ у 7 больных, боковой транспедункулярный подход выполнен у 23 больных. Выбор доступа зависел в основном от 3 особенностей грыж: а) расположения (медильная, парамедильная, латеральная); б) размеров грыж и степени компрессии мозга; в) консистенции грыж (оцифицированная, мягкотканая). Из 58 больных у 22 больных грыжи были малые (уменьшение позвоночного канала на 0—10%), у 25 средние (> 10—20%), и у 11 большие (> 20%). Среди 58 больных у 7 имела место, срединная грыжа, у 19 парамедильная, у 32 латеральная грыжа грудных дисков. Результаты хирургического лечения оценивались по созданной нами шкале оценки состояния больного с грудной миелорадикулопатией (ШГМР).

Результаты и их обсуждение. Результат оценен как отличный (75—100% по шкале ГМР) у 9 больных, при этом у 5 был применен боковой транспедункулярный подход, у 2 — латеральный экстракавитарный, и у одного — трансфасетный педикулосохраняющий; хороший результат (50—74%) был у 34 больных, из них у 16 больных применен боковой транспедункулярный подход, у 10 — ламинэктомия, трансфасетный педикулосохраняющий — у 5 больных, у 2 — латеральный экстракавитарный, трансстаракальный подход был применен у 2 больных; удовлетворительный результат (25—49%) определен у 9 больных, из них у 5 была применена ламинэктомия, у 2 — транспедункулярный доступ, у 1 — трансфасетный педикулосохраняющий и у 1 — латеральный экстракавитарный доступ; у 4 больных результат остался без изменений (0—24%) у всех была применена ламинэктомия; у 2 больных результат был определен как плохой (<0%) у всех также была применена ламинэктомия.

Выводы. Использование шкалы оценки состояния больных с грыжами грудного отдела позвоночника (шкала грудной миелорадикулопатии — ШГМР) позволяет объективизировать результаты хирургического лечения больных, а также сопоставить результаты лечения грыж грудного отдела позвоночника различными доступами.

Якість життя пацієнтів після протезування міжхребцевих дисків рухомими імплантатами

Квасніцький О. М., Слинко Є. І.

*Інститут нейрохірургії ім. акад.
А. П. Ромоданова АМН України, Київ, 04050,
вул. Мануйльського, 32, (044) 486-95-03,
E-mail: kvas80@yandex.ru*

У Інституті нейрохірургії за 5 років виконано 22 оперативних втручання із протезуванням міжхребцевих дисків. Із них 4 втручання на поперековому рівні та 18 — на шийному. Метою роботи є оцінка якості життя пацієнтів у динаміці.

Якість життя пацієнтів оцінювалась із використанням короткого опитувальника загального стану здоров'я SF-12 (оцінювались загальні фізична і психічна компоненти здоров'я), аналогової 100-бальної шкали болю та індексу непрацездатності при дегенеративних захворюваннях поперекового хребта

Освестрі (Oswestry disability index) та його модифікації для шийного остеохондрозу. Оцінка якості життя проводилась шляхом заповнення відповідних анкет тричі: перед оперативним втручанням, через 2-3 місяці після операції та через щонайменше 1 рік (до 5 років) після операції.

Післяопераційне спостереження доступне для 3 пацієнтів прооперованих на поперековому рівні та для 12 пацієнтів — на шийному рівні.

У групі протезування міжхребцевого диску на шийному рівні середні показники становили. До операції: фізична компонента загального стану здоров'я $24,7 \pm 0,3$; психічна компонента загального стану здоров'я $26,5 \pm 0,3$; індекс болю $83,1 \pm 1,0$; індекс непрацездатності Освестрі (модифікація) $76,3 \pm 0,9$. Через 2-3 місяці після операції ці показники становили: $34,6 \pm 0,4$, $41,2 \pm 0,5$, $17,1 \pm 1,4$, $28,7 \pm 1,5$ відповідно. Через щонайменше 1 рік після операції показники наступні: $40,8 \pm 0,5$, $55,9 \pm 0,7$, $8,8 \pm 1,2$, $19,7 \pm 1,1$ відповідно.

У групі протезування міжхребцевого диску на поперековому рівні середні показники становили. До операції: фізична компонента загального стану здоров'я $22,3 \pm 0,6$; психічна компонента загального стану здоров'я $26,2 \pm 0,7$; індекс болю $85,0 \pm 1,7$; індекс непрацездатності Освестрі $83,3 \pm 4,4$. Через 2-3 місяці після операції ці показники становили: $27,7 \pm 0,6$, $34,9 \pm 1,2$, $40,0 \pm 3,3$, $46,0 \pm 5,0$ відповідно. Через щонайменше 1 рік після операції показники наступні: $34,3 \pm 0,6$, $42,9 \pm 1,6$, $21,1 \pm 2,5$, $25,3 \pm 3,2$ відповідно.

Таким чином, обох групах пацієнтів спостерігається чітка позитивна динаміка оцінюваних показників якості життя. Різниця за усіма досліджуваними параметрами до операції та через 1 рік після неї є статистично достовірною ($p < 0,05$). Причому, така динаміка прослідковується у кожного окремого пацієнта.

Чрезкожная эндоскопическая дискэктомия — путь к ранней реабилитации и повышению качества жизни при грыжах межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника

**Стегний С. А., Бублик Л. А.,
Мытюшин И. И.**

*НИИ травматологии и ортопедии Донецкого
государственного медицинского университета
им. М. Горького, г. Донецк, Украина. 83048.
Донецк, ул. Артема, 106, т. 8-062-381-38-77,
stegniy-sa@rambler.ru*

Сочетание понятия здоровья с изучением качества жизни при различных заболеваниях в медицине рассматривается как качество жизни и складывается из показателей, которые дают оценку самочувствию, ощущению полноты жизни, работоспособности.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника с оценкой результатов лечения, используя методику визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

Материалы и методы. В клинике нейрохирургии ДНИИТО произведен анализ хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника за период 2004—2006 гг.

14 пациентам проведена чрезкожная эндоскопическая дискэктомия с использованием набора «Karl Storz».

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов отмечен полный регресс неврологического дефицита и болевого компонента до 0—1 баллов ВАШ. В одном случае наблюдалось обострение хронического спондилодисцита.

Эндоскопические вмешательства выполнялись под местной анестезией при постоянном речевом контакте врача с больным. Ранняя активизация пациента начиналась через 4—5 часов после операции с переводом на амбулаторное лечение на 2—3 сутки.

Заключение. Малоинвазивная хирургия позвоночника — новая концепция в хирургической вертебрологии, позволяющая кардинально изменить стратегию отбора, лечения и реабилитации больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника на ранних стадиях заболевания. Чрезкожная эндоскопическая дискэктомия сопровождается минимальной травматизацией мягких тканей без образования эпидуральных рубцов, пребывание в стационаре сокращено до 3—5 дней, а по сравнению с методом микродискэктомии в послеоперационном периоде болевой синдром практически отсутствует, соответствуя по шкале ВАШ 0—1 баллам.

Решение вопросов медико-социальной адаптации при травме пояснично-крестцового отдела позвоночника

*Стегний С.А., Лобанов Г.В.,
Оксимец В.М.*

*НИИ травматологии и ортопедии Донецкого государственного медицинского университета
им. М. Горького. Украина, 83048 г. Донецк,
ул. Артема, 106, тел. 8-062-3813877,
stegniy-sa@rambler.ru*

Под качеством жизни человека в настоящее время понимают комплексную характеристику политических, социально-экономических, экологических, культурно-идеологических факторов и условий существования личности, положения человека в обществе.

Цель исследования: изучить результаты медико-социальной адаптации пострадавших с травмой пояснично-крестцового отдела позвоночника при лечении методом внешней фиксации в сравнении с другими методами фиксации.

Материалы и методы. Анализ двух групп травмированных по 25 в каждой проведен по шкале Frankel. Больным основной группы выполнена стабилизации аппаратом внешней фиксации, в контрольной группе была использована методика погружной фиксации.

Результаты и их обсуждение. Результаты лечения находятся в прямой зависимости от степени неврологических нарушений и характера нарушений стабильности в поврежденном позвоночно-двигательном сегменте, наличия и характера повреждений других сегментов скелета и внутренних органов, своевременности диагностики и полноценности лечебных мероприятий, а также состояния адапционно-компенсаторных систем организма. Ранняя стабильная фиксация поврежденного сегмента в основной группе позволила активизировать пациентов в пределах постели в первые двое суток с последую-

щей ходьбой уже со 2 суток после операции. 92% пострадавших с постельного режима была переведена в активный режим в сроки до 20 дней, что позволило сократить длительность постельного режима до 11 дней. В контрольной группе 24% начали передвигаться при помощи костылей в первые 3 недели, а 54% были активизированы лишь через 30 и более дней. Малоинвазивная стабильная фиксация поврежденного сегмента вдвое сократила стационарное лечение, что составило 36,8 дней.

Заключение. Применение внешней фиксации поврежденных обеспечивает раннюю медико-социальную адаптацию и активизацию пациентов с достоверным улучшением социально-экономических показателей эффективности лечения поврежденных пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Оцінка якості життя хворих в гострий період після оперативного лікування — транспедикулярної фіксації з приводу ХСМТ

Деркач В.М., Татарчук М.М.

*Київська обласна клінічна лікарня,
відділення нейротравматології. Головний
лікар д. м. н. Анкін М.Л. Україна, 04107
м. Київ, вул. Багговутівська, 1,
тел. (044) 489-12-79,
e-mail: MTatarchuk@ukr.net*

Мета. Визначити критерії якості життя хворих з ХСМТ, оперованих із застосуванням транспедикулярної системи стабілізації, оцінити ступінь та поширеність порушень рухових та чутливих функцій у відповідності з шкалою Індексів Моторики та чутливості при Травмі Спинного Мозку (Spinal Cord Injury Motor Index and Sensory Indices).

Матеріали та методи. Нами проведено аналіз результатів виконаних оперативних втручань з приводу хреботно-спинномозкової травми у 37 хворих, які лікувались у відділенні нейротравматології Київської обласної клінічної лікарні. Для діагностики ХСМТ використовували стандартну рентгенографію хребта, комп'ютерну томографію та/або магніто-резонансну томографію. Для характеристики посттравматичних морфологічних змін хребта (хребців) використовували класифікацію F. Denis 1983р. За характером патології розподіл хворих був таким: 23 — компресійний перелом тіл хребців поперекового відділу хребта (L1—L5); 10 — перелом-вивих тіл хребців нижньогрудного рівня (Th11—Th12); 4 — спондилолістез попереково-крижового відділу хребта.

Операція транспедикулярної фіксації хребтового сегменту проводилась за загально прийнятою методикою стабілізації, застосовували систему транспедикулярної фіксації ХІА фірми «Stryker».

Оцінку критеріїв якості життя та динаміку відновлення рухових та чутливих функцій проводили до та після проведеного оперативного лікування, тобто в гострий період ХСМТ з використанням шкали Індексу Моторики та Чутливості при травмі спинного мозку, де рухові функції оцінювались шляхом тестування праворуч та ліворуч рухів у десяти суглобах, оцінка проводилась за 6-бальною системою. Оцінка чутливості передбачає визначення як больової, так і глибокої чутливості в кожному дерматомі