

© Leontyev A.Y., 2007.

А.Ю.Леонтьев ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩЕ ОПЕРАЦИИ БОКОВЫМИ И КОМБИНИРОВАННЫМИ ДОСТУПАМИ ПРИ ТРАВМЕ ТОРАКО- ЛЮМБАРНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Херсонская областная клиническая больница, отделение нейрохирургии, Херсон, Украина

Реферат:

В работе выполнен анализ историй болезни 25 пациентов, которым выполнены декомпрессивно-стабилизирующие операции переднебоковым и комбинированным доступами при повреждениях грудного и поясничного отделов позвоночника в остром периоде. На основе фактического материала и статистического анализа доказываются эффективность указанных методов декомпрессии, определяются четкие показания и противопоказания к выполнению каждого из методов и оценивается качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Ключевые слова:

переломы тораколюмбарного отдела позвоночника, переднебоковые доступы, комбинированные доступы, качество жизни

Вступление.

Ежегодно на Украине получают травму позвоночника и спинного мозга 1500-2000 человек. По данным О.А. Перльмуттер повреждения позвоночника на грудном уровне составляют – 12%, в грудопоясничном – 39,4%, на поясничном уровне – 9%. При позвоночно-спинномозговой травме сдавление дурального мешка и нервных элементов фрагментами сломанных позвонков в 93% имеет переднюю и переднебоковую локализацию. В связи с этим можно предположить, что наиболее приемлемыми методами декомпрессии нервных структур являются те, которые осуществляются через переднебоковые доступы. Удаление костных отломков и реконструкция тел позвонков позволяют увеличить стабильность передней колонны позвоночного столба и предотвратить нарастание кифоза. Следует отметить, что в настоящее время на Украине не существует утвержденных и общепринятых протоколов, основанных на исследованиях доказательной медицины, которые могли бы послужить руководством для спинальных хирургов в выборе оптимальной тактики лечения.

Цели работы:

изучить показания, противопоказания, эффективность и безопасность методов лечения, качество жизни пациентов в послеоперационном периоде с переломами грудного и поясничного отделов позвоночника через боковые и комбинированные доступы.

Материалы и методы.

В исследование включены 25 пациентов, которые были оперированы в течение первых 4 недель с момента травмы с применением боковых и комбинированных доступов. Срок наблюдения составил в среднем 1 год. Оценивалось качество жизни по шкалам: визуальной аналоговой и работоспособности по Denis.

Результаты.

В послеоперационном периоде отмечался значимый регресс болевого синдрома ($p < 0,000$). Средний балл по VAS до операции составил 6,44, а после операции 1,56 ($p < 0,000$). К выписке нижняя парапарезия сохранилась у 7 пациентов (при поступлении у 12). Парез любой степени выраженности - у 10, мышечная сила в нижних конечностях была сохранена у 8 пациентов. Улучшение

двигательных функций у пациентов было статистически значимо ($p = 0,04$). Анестезия ниже уровня травмы была у 6 пациентов, гипестезии или парестезии встречены у 10 пациентов, нормальная чувствительность констатирована у 9 пациентов. Средний балл по шкале оценки послеоперационной работоспособности Denis составил 2,92.

При выполнении трансторакальных доступов нами был встречен ряд проблем. В одном случае развился ателектаз лёгкого, связанный с погрешностями расправления лёгкого после ушивания плевральной полости. Последний был успешно купирован в результате бронхоскопической бронхосанации. В одном случае развился пневмоторакс со стороны вмешательства после острого выделения лёгкого из заращённой спайками плевральной полости. Успешно купирован установкой дренажа по Бюлау в течение 3 дней. В одном случае отмечено нагноение послеоперационной раны. Санитарована хирургически. Таким образом, количество осложнений, связанное с выполнением переднебоковых доступов составило 3 из 25 (12%).

Обсуждение.

Для выбора доступа главенствующее значение имеют факторы выраженности неврологических расстройств и морфологической картины повреждения позвоночно-двигательного сегмента, особенно целостности заднего костно-связочного комплекса, как показатель стабильности сегмента. Наличие любого вида повреждения тела позвонка при наличии передней компрессии дурального мешка является показанием к выполнению декомпрессивно-стабилизирующего вмешательства через переднебоковой доступ. При наличии сопутствующего повреждению заднего костно-связочного комплекса следует выполнять дополнительно заднюю фиксирующую процедуру. При наличии задней компрессии дурального мешка, последнюю следует дополнять и декомпрессивным вмешательством. Важно учитывать степень повреждения нервных структур при выборе доступа. Если имеется клиника только радикулопатии при наличии передней компрессии дурального мешка и с момента травмы прошло не более 48-72 часов, то следует избрать задний доступ и выполнить редрессацию перелома методом анулотаксиса (лигаментотаксис, редрессация). Если с момента травмы при прочих равных условиях прошло более 48-72 часов, то эффективность анулотаксиса не высока и следует предпочесть переднебоковую декомпрессию и реконструкцию позвоночника. При

Contact Information:

Dr. Alexey Yury Leontyev

E-Mail: lesh_neuro@yahoo.com

наличии полного повреждения спинного мозга (ASIA A) и при повреждении заднего костно-связочного комплекса лучше выполнить комбинированное вмешательство для круговой декомпрессии дурального мешка, реконструкции позвоночника и адекватной фиксации. Однако методом выбора в данном случае может служить вмешательство через задний доступ. Так, например, при полном перерыве спинного мозга, выявленном на нейровизуализационных (МРТ) изображениях, в сочетании с переломовывихом позвонка, предпочтительным является метод задней ламинэктоми, фасетэктоми, частичной или полной корпорэктоми с установкой межтелового трансплантата и задней фиксации. Однако при сложных грубо выраженных многоплоскостных деформациях позвоночного столба вмешательство через задний доступ не всегда позволяет достигнуть вправления позвоночника. В таких случаях следует предпринимать вмешательство комбинированным доступом. Также важным критерием в выборе метода декомпрессии и реконструкции позвоночного столба является общее состояние пациента, тяжесть сопутствующих повреждений, наличие тяжёлой соматической патологии, пожилой возраст.

Показания для проведения декомпрессивно-стабилизирующих операций при переломах грудного и поясничного отдела позвоночника боковыми доступами: 1) наличие передней компрессии нервных структур; 2) наличие признаков нестабильности передних отделов позвоночно-двигательного сегмента; 3) срок после травмы свыше 72 часов. Относительные противопоказания: возраст свыше 60 лет, тяжёлые экстравертебральные повреждения, выраженная сопутствующая патология, отсутствие возможности интраоперационного рентгенологического контроля, недостаток опыта выполнения подобных вмешательств у операционной бригады. Дополнительная задняя фиксация повреждённого сегмента после выполнения декомпрессии и реконструкции позвоночного сегмента через боковой доступ показана при: 1) наличие переломовывихов с повреждением задних костно-связочных структур; 2) «задняя» компрессия нервных структур; 3) непереносимость корсета.

Выводы: методы декомпрессии и реконструкции позвоночного столба через боковые и комбинированные доступы имеют достаточно чёткие показания, противопоказания. Они являются эффективными, достаточно безопасными и улучшают качество жизни пациентов.

A.Yu.Leontyev

DECOMPRESSION AND STABILIZATION THROU ANTERIOLATERAL AND COMBINE APPROACH FOR THORACOLUMAR INJURY

Kherson regional hospital. Department of neurosurgery. Kherson. Ukraine

ABSTRACT:

In the article has made analysis of records of 25 patients who has had decompressive and reconstructive procedure throu anteriolateral and combine approach in acute period. On base of facts and statistic analysis was proved efficiency this methods of decompression, were define clear indication and contraindication to each method and was assessed quality of live this patients in the postoperative period .

Keywords:

thoracolumar injury, anterolateral approach, combine approach, quality of live

© Oleynik A.D., Kovalev S.A., 2007.

А.Д.Олейник, С.А.Ковалев

КРИТЕРИИ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа, г. Белгород, Россия

Реферат:

Ретроспективный анализ результатов обследований больных поясничным остеохондрозом с хроническим болевым синдромом выявил наличие церебральных нарушений в 84,2 % случаев. Существующий комплекс обследования больных поясничным остеохондрозом ориентирован только на сам факт наличия изменённых межпозвоноковых дисков на определенном уровне позвоночника и не учитывает возможность развития вторичных изменений головного мозга, возникающих в результате воздействия хронического или острого болевого синдрома, обусловленного данным заболеванием. Разработан способ выявления радикулопатической и радикулоцеребральной формы поясничного остеохондроза, определены их клиничко-лучевые критерии и различия. Определена зависимость вторичных изменений головного мозга, обусловленных болевым синдромом при поясничном остеохондрозе, от его выраженности и длительности. Выявленные закономерности предоставляют возможность улучшения результатов хирургического лечения поясничного остеохондроза путём оптимизации срока оперативного лечения данной патологии позвоночника до развития вторичных изменений центральной нервной системы .

Ключевые слова:

поясничный остеохондроз, формы поясничного остеохондроза, церебральные нарушения при поясничном остеохондрозе

Эффективность хирургического лечения поясничного остеохондроза обычно связывается со степенью регресса болевого синдрома, что может быть справедливо при рас-

смотрении данного заболевания, как изолированной патологии поясничного отдела позвоночника. Однако качество жизни большинства больных поясничным остеохондрозом