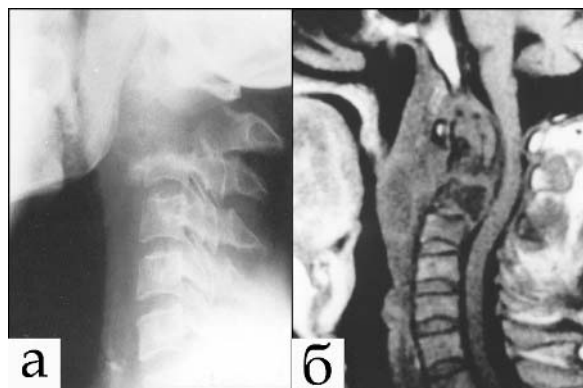


А.М.Киселев, В.Н.Лавров*, П.В.Кротенков, И.В.Есин
КОМБИНИРОВАННЫЙ СПОНДИЛОДЕЗ ПРИ СПОНДИЛИТАХ
КРАНИО-ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

*НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

спондилит, кранио-вертебральной область, комбинированный спондилодез.

При выраженной дислокации и компрессии спинного мозга различной степени выраженности, с грубой неврологической симптоматикой, осуществлялась фиксация позвоночника и восстановление анатомических взаимоотношений с помощью HALO-аппарата. Проводилась противотуберкулёзная терапия с назначением четырёх препаратов (рифампицин, этамбутол, изониазид, пиразинамид) в обычных дозировках. У 6 больных с неспецифическим спондилитом антибактериальная терапия проводилась антибиотиками широкого спектра действия.



Отделение нейрохирургии МОНКИ

Во всех случаях выполнены декомпрессивно-стабилизирующие операции краниовертебральной области. Вначале выполнялся задний окципитоспондилодез титановой проволокой и костным цементом между затылочной костью и остистыми отростками C2-3 позвонков. Вторым этапом производилась передняя декомпрессивно-стабилизирующая операция трансфарингеальным доступом с санацией полости абсцесса, удалением фиброзных и некротических тканей, экономная резекция некротизированной костной ткани в пределах здоровых участков. Далее в здоровой костной ткани C2 позвонка и выше уровня поражения формировались пазы под костный ауто-трансплантат, и производился краниоаксиальный или атлантоаксиальный спондилодез. В послеоперационном периоде внешняя фиксация жестким воротником осуществлялась в течение 3-6 мес. до рентгенологически выраженного образования костного блока в зоне костного трансплантата (Рис 2. а,б). Антибактериальная терапия проводилась противотуберкулезными препаратами в обычных дозировках всем 12 пациентам в течение 6-9 мес. В 6 случаях с неспецифическим спондилитом проводилась дезинтоксикационная и антибактериальная терапия антибиотиками широкого действия.

Результаты

У 8 больных с тяжелой неврологической симптоматикой с парезами и параличами в послеоперационном периоде в первые 1-3 месяца наблюдалась значительный регресс неврологических расстройств. Формирование костного блока в зоне костной пластики оперированных шейных позвонков у 11 пациентов наступило в сроки от 10 до 16 недель после вмешательства, у 7 – в сроки от 6 до 10 месяцев. Из 18 пациентов 6 вернулись к работе через год после операции, 4 вышли на пенсию, 8 – инвалиды 2 группы.

Обсуждение

При подготовке оперативного вмешательства на краниовертебральной области необходимо удалить абсцесс из ретрофарингеальной области, а при выраженной атлантоаксиальной дислокации стабилизировать КВО и устранить ее деформацию HALO-аппаратом. Проведение противомикробной терапии позволяет купировать воспалительный процесс и успешно провести оперативное лечение посредством комбинированной декомпрессивно-стабилизирующей операции: вначале – задний окципито-спондилодез, и, затем с помощью трансораль-

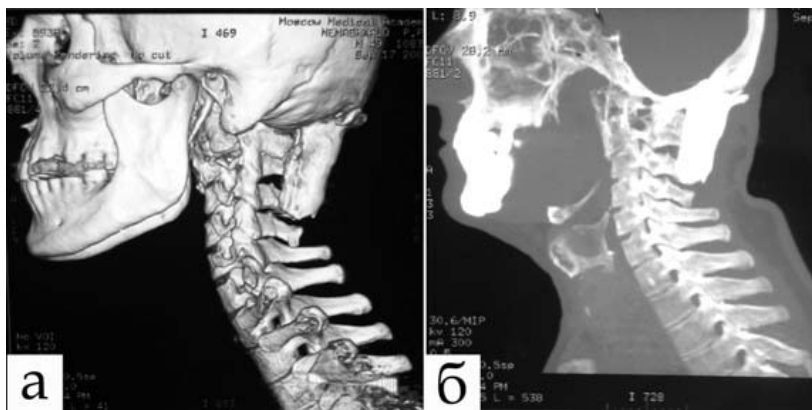


Рис. 2. МРТ после операции. Задний окципитоспондилодез проволокой до C4 позвонка. Ось позвоночника сохранена. Слабо прослеживается ауто-трансплантат от C0 до C3 позвонков и формирование костного регенерата. а – МРТ 3D реконструкция; б – МРТ.

ного доступа, после некрэктомии с ревизией оболочек спинного мозга, выполнение переднего спондилодеза ауто-трансплантатом. Фиксация шейного отдела позвоночника должна осуществляться жестким воротником до 4-6 мес. В послеоперационном периоде необходимо проведение полноценной, адекватной антибактериальной терапии с учетом флоры и ее чувствительности к антибиотикам. Изложенная методика лечения воспалительных процессов краниовертебральной области позвоночника позволяет создать условия для восстановления функции спинного мозга, ликвидации тяжелых неврологических нарушений и опороспособности позвоночника.

Список литературы

1. Лавров В.Н., Киселев А.М. Оперативное лечение спондилитов краниовертебральной области // Новые технологии в неврологии и шейной хирургии на рубеже тысячелетий: Рос. конгр.- Ступино, 1999.- С. 13-14.
2. Fang H.S., Ong G.B. Direct anterior approach to the upper cervical spine // J. Bone Joint Surg.- 1962.- Vol. 44A.- P. 1588-1604.
3. Lifeso R. Atlanto-axial tuberculosis in adults// J. Bone Joint Surg. (Br.).- 1987.- Vol. 68.- P. 183-187.
4. Campbell S.F., Tannenberg E. G., Paul Mowat. Transoral resection of retro-odontoid disc sequestration: case report and review of the literature // Journal of Clinical Neuroscience -2000.-Vol. 7(4).-P. 325-327.
5. Wong L.X. Peroral focal debridement for treatment of tuberculosis of the atlas and axis // Chir. J. Orthop.- 1981.- Vol. 1, N 4.- P. 207-209.

A.M. Kiselev, V.N. Lavrov*, P.V. Krotenkov, I.V. Esin

COMBINED SPONDYLODESIS FOR THE CRANIO-VERTEBRAL JUNCTION SPONDYLITIS

Department of neurosurgery Moscow regional scientific-research clinical institution, Moscow, Russia

** Scientific-research institute of Phthisiopulmonology, Moscow, Russia*

Summary:

The results of surgical treatment of 18 patients with spondylitis of cranio-vertebral junction are summarized in this article. Among them 12 patients had tuberculosis etiology, 6 had nonspecific. All patients undergone decompressive-stabilizing operations, combined of 2 stages – initial occipitospondylodesis with titanium wire and bone cement. Second stage – transoral approach, anterior stabilization of the affected spine with bone autotransplant. The proposed combined spondylodesis for the treatment of cranio-vertebral junction spondylitis allowed us to get good results.

Keywords: *spondylitis, cranio-vertebral junction, combined spondylodesis*