

довжини імплантату (у випадках із аутокісткою), супроводжуються ускладненнями із фіксацією імплантату, часто потребують встановлення додаткових пластин. У післяопераційному періоді при такій техніці частота зміщення імплантатів і повторної компресії спинного мозку і корінців варіює від 3 до 12%. В зв'язку з цим в останній час у нашому відділенні використовуються пристрої, які здатні змінювати свою довжину (телескопічні конструкції), що суттєво полегшує їх інтраопераційний підбір і встановлення. Нами проведена технічна розробка і адаптація титанової телескопічної конструкції для заміщення тіл шийних, грудних та поперекових хребців під назвою BodyVertEx. Нами за період з 2001 по 2005 роки прооперовано 27 хворих із стабілізацією даною системою після виконання передньої корпорекомії і декомпресії спинного мозку з приводу травми шийного відділу хребта.

Оцінка найближчих результатів була проведена при виписці хворих. Віддалені результати оцінені у 18 пацієнтів в строки від 6 місяців до 2 років. Середній час на встановлення телескопічного протезу у шийному відділі хребта складав в середньому 10 хвилин у порівнянні 27 хвилинами (в середньому) при встановленні титанової сітчастої конструкції замість тіла хребця і фіксації її спереду пластиною.

Нами не було відмічено ускладнень, пов'язаних із хірургічним доступом і встановленням телескопічних протезів у післяопераційному періоді.

Надійна фіксація телескопічних протезів дозволила мобілізувати всіх хворих в перші 2–6 днів після операції. Динаміка неврологічних змін не відрізнялась від такої у пацієнтів із виконанням передньої декомпресії і встановленні інших фіксуєючих пристроїв.

Висновки. Телескопічні протези тіл хребців дозволяють проводити широку вентральну декомпресію спинного мозку, просто і швидко встановлюються, адаптуючись адекватно до дефекту тіла внаслідок його довжини, що змінюється; попереджують зміщення хребців та наступну компресію мозку. За своїми біомеханічними властивостями ці пристрої є методом вибору для хворих із травматичними ураженнями тіл хребців і вентральною компресією спинного мозку, у яких виконані передній чи передньо-боковий доступ і вентральна декомпресія спинного мозку шляхом резекції тіл хребців.

Хірургічне лікування травматичних ушкоджень шийного відділу хребта та спинного мозку як спосіб профілактики невідкладних станів при спінальній травмі

Шевага В.М., Дяків В.В., Козловський А.Ю., Кобилецький О.Я.

**Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького,
Львівська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги**

Тактика лікування травматичних ушкоджень шийного відділу хребта з пошкодженням спинного мозку продовжує залишатись актуальною проблемою.

Протягом 2000–2004 року нами проліковано 132 хворих з травмою шийного відділу хребта. Серед них було 85 чоловіків та 29 жінок віком від 17 до 81 років. У хворих було діагностовано фрагментний злам хребців — 55, злам і підвивих хребців — 22 випадків відповідно. Найчастіше травму діагностували на рівні С6 хребця — 55%, С4 хребця — 7%, С5 — 14%, С7 — 10% С1–С2 — 17% всіх випадків.

Після стабілізації вітальних функцій та встановлення факту компресії спинного мозку, його корінців або судин спинного мозку у більшості випадків перевага віддавалась хірургічному лікуванню. Метою хірургічного втручання було швидко і максимально ефективно провести декомпресію спинного мозку, усунути патологічну деформацію хребта та добитися повної стабілізації хребта в ушкодженому сегменті.

При ураженні на рівні С2–Тh1 хребців найбільш повно цим критеріям відповідає використання доступу до передньої частини тіл хребців, що дозволяє провести відкрите вправлення підвивихів, видалити фрагменти тіл хребців та міжхребцевих дисків, які компресують нервові структури. При цьому виконувався передній міжтіловий спонділодез з кістковим аутогранулятом. Фіксація хребців проводилася титановими пластинами ТПІ (ТзОВ "Дитячий нейрохірургічний центр" м. Київ).

На рівні С1–С2 хребців та атланта-окципітального зчленування використовували задній доступ та титановий фіксатор РТІ-ШП (ТзОВ "Дитячий нейрохірургічний центр" м. Київ).

Ускладненнями даного методу лікування були: 2 випадки інфікування рани, міграція елементів фіксатора — 4 випадки. Нами жодного разу не спостерігалось поглиблення неврологічного дефіциту в післяопераційному періоді.

Отримані нами дані показують, що застосування ранніх хірургічних втручань по вказаних методиках дозволять надійно зафіксувати ушкоджені сегменти хребта в їх фізіологічному положенні, активно проводити фізичну реабілітацію потерпілих, що значно зменшує летальність та інвалідизацію пацієнтів.

Особливості лікування хворих з відкритими пошкодженнями хребта та спинного мозку.

Слинько Є.І., Муравський А.В., Вербов В.В.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України, м.Київ, Україна.

Нами проаналізовано 34 хворих з відкритими пошкодженнями хребта та спинного мозку, які знаходились на лікуванні у відділенні патології хребта та спинного мозку №1 інституту нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України.

Ознаками відкритих пошкоджень хребта та спинного мозку були локальна болючість і деформація, зменшення або відсутність чутливості нижче рівня ушкодження, порушення рухів в кінцівках, порушення функції тазових органів. Клінічна картина залежала від локалізації, виду ушкодження, темпу розвитку компресії спинного мозку, вікових та індивідуальних особливостей хворого.

До відкритих пошкоджень хребта та спинного мозку відносились вогнепальні поранення (12 хворих) та пошкодження гострими предметами (22 хворих).

Лікування хворих з відкритими пошкодженнями хребта та спинного мозку починалось на догоспітальному етапі, основне завдання якого — не погіршити стан хворого під час його транспортування в стаціонар. Догоспітальна допомога включала збереження або нормалізацію життєво важливих функцій (дихання, гемодинаміки), фіксацію хребта, введення нейропротекторів (метилпреднізолон). Хворих з відкритими пошкодженнями хребта та спинного мозку рекомендувалось транспортувати безпосередньо в спеціалізовані нейрохірургічні нейроtraumatологічні відділення або травматологічні відділення ЦРБ.

Надання допомоги хворим у гострому періоді хвороби включало: нормалізацію дихання й гемодинаміки, катетеризацію сечового міхура й центральної вени. У випадку спинального шоку бинтували нижні кінцівки, вводили атропін, гіпертонічний (3–7%) розчин NaCl, проводили симптоматичне лікування (за алгоритмом ABC — airway, breath, circulation — дихальні шляхи, дихання, кровообіг), потерпілого негайно госпіталізували у нейрохірургічне нейроtraumatологічне відділення.

У перші 8 год призначали метилпред (солюмедрол) у дозі 30 мг/кг/маси тіла одноразово, через 6 год хворий приймав 15 мг/кг препарату, надалі — по 5 мг/кг кожні 4 год протягом 2 діб. Вводили вітамін Е по 5 мл внутрішньом'язево, дифенін — по 500 мг, антибіотики широкого спектра дії, анальгетики, нейропротектори, магнію сульфат, повертали хворого кожні 30–40 хв, призначали симптоматичне лікування. Через 8–12 тиж. хворого переводили на реабілітацію в неврологічне відділення, реабілітаційний центр, проводили профілактику тромбоемболічних ускладнень. При тривалому ліжковому режимі профілактику тромбоемболії здійснювали на всіх етапах травматичної хвороби СМ.

Хірургічне лікування вогнепальних поранень хребта та спинного мозку включало: а) первинну хірургічну обробку рани, видалення всіх нежиттєздатних тканин, що проводили по загальним правилам як засіб профілактики та боротьби з інфекцією; б) нейрохірургічні втручання на хребті та спинному мозку (ліквідація стиснення спинного мозку кістковими відломками, металічними інеродними тілами, гематомами, відновлення лікворотоку, ліквідація ліквореї); в) профілактика та лікування трофічних порушень.

Покази до спеціалізованих оперативних втручань при пораненнях хребта та спинного мозку:

1) розвиток усіх форм стиснення спинного мозку, серед яких можна виділити стиснення чужорідними тілами, кістковими відламками, гематомами; 2) проникаючі поранення хребта та