

ниці: безпечність, повноцінна декомпресія нервових елементів та збереження стабільності в хребтовому сегменті. Всі хворі були прооперовані такими методами: із заднього доступу (з використанням модифікованої ламінектомії дозволяючими максимально зберегти елементи хребта, забезпечуючи адекватну декомпресію з наступним застосуванням транспедикулярної фіксуєної металокопункції), бокового і комбінованого доступів. Всі види оперативних втручань були розділені на декомпресивні, стабілізуючі, декомпресивно-стабілізуючі та реконструктивно-відновлювальні.

Результати. У 6 прооперованих хворих спостерігався повний регрес неврологічної симптоматики, у 4 хворих відмічено залишкові явища больового синдрому, незначні порушення функцій нижніх кінцівок і лише в 1 хворій не вдалося отримати позитивного результату. У хворій залишився глибокий парапарез нижніх кінцівок та порушення функцій тазових органів, частково усунено больовий синдром. Причиною недостатньо ефективного лікування стало тривале здавлення нервових корінців та літній вік.

Висновки. Нами відмічено, що стабілізуючі операції на хребті часто переходять в розділ нейроортопедичних. Хірургічне лікування застарілих спонділолістезів з неврологічними проявами є оптимальним при лікуванні таких хворих та досягненні кращих результатів.

Результати мікрохірургічного лікування екстремедулярних інтрадуральних менингіом

Слинько Є.І., Муравський А.В., Троян О.І.

*Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4869503, e-mail: brain@neuro.kiev.ua*

Мета роботи — покращити результати хірургічного лікування екстремедулярних інтрадуральних менингіом завдяки використанню мікрохірургічної техніки.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 94 хворих з екстремедулярними інтрадуральними менингіомами, оперованими в інституті нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України в період з 1997 по 2005 рр. Вік хворих коливався від 26 до 76 років, середній вік — 45,4 роки. Передопераційне обстеження включало: МРТ, КТ, рентгенографію хребта.

В неврологічному статусі на момент операції рухові та чутливі розлади мали місце у 92 спостереженнях, порушення функції тазових органів — у 55 хворих, больовий синдром спостерігався у 61 пацієнта.

Результати та їх обговорення. Пухлини розташовувались на рівні шийного відділу хребта в 15 спостереженнях, грудного — в 76, поперекового — в 3 спостереженнях. По відношенню до поперечника спинного мозку екстремедулярні пухлини розташовувались дорсально в 15 спостереженнях, дорсо-латерально — в 25, вентро-латерально — в 33, латерально — в 7, вентрально — в 14 спостереженнях.

Для доступу до пухлин використовувалась ламінектомія на рівні 1–4 хребців в 89 спостереженнях, при латеральній локалізації і невеликих розмірах пухлини використовувалась геміламінектомія (5 спостережень). Операції проводились з використанням мікрохірур-

гічної техніки. Пухлини були видалені радикально в усіх 94 спостереженнях. При дорсальних менингіомах проводили резекцію ТМО в ділянці матрикса пухлини, при інших локалізаціях — коагуляцію.

Оцінку результатів оперативного втручання проводили на момент виписки пацієнтів зі стаціонару в строки 2–4 тижні після втручання. В залежності від функціональних наслідків, результати операцій оцінені як добрі у 45 хворих, задовільні — у 41, незадовільні — у 8. Тимчасове наростання неврологічної симптоматики після операції мало місце у 19 спостереженнях і частіше зустрічалось при вентральній локалізації менингіом.

Висновки. Фактори, які впливали на незадовільні функціональні наслідки хірургічних втручань були: проведення оперативного втручання при наявності клініки повного поперекового ураження спинного мозку, вік пацієнтів більше 60 років, вентральне розташування пухлини та її повна петрифікація.

Сучасний нейроортопедичний підхід до лікування ускладнених пошкоджень хребта та спинного мозку грудопоперекового відділу хребта

*Костицький М.М., Потапов О.І.,
Федак В.І., Костицька О.М.*

*Обласна клінічна лікарня,
м. Івано-Франківськ, 76000, вул. Федьковича, 91
тел. +380 342 528173, e-mail: otkos@itc.if.ua*

На сучасному етапі метою хірургічного лікування хворих з пошкодженнями хребта, ускладненими ушкодженнями або здавленням спинного мозку чи його елементів є декомпресія або реконструкція спінального каналу, усунення деформації хребта і надійна стабілізація сегментів до їх зрощення. Однак через 2–3 міс після операції через резорбцію кісткової тканини та під впливом вертикальних навантажень збільшується кіфотична деформація хребта з вершиною на рівні зламаного хребця, що вимагає пошуку нових засобів стабілізації.

Проведені результати обстежень 83 хворих, які знаходилися на обстеженні та лікуванні з приводу ускладнених переломів та перелоמו-вивихів у грудному та верхньопоперековому відділах хребта з різним ступенем ушкодження хребтових сегментів і різним ступенем важкості ушкодження спинного мозку та його елементів. За ступенем важкості ушкоджень спинного мозку згідно класифікації по Frankel виявлено: тип А - 25, В - 12, С - 18, D - 28.

Усім хворим проводилось оперативне втручання із заднього доступу, виконувалась ревізія хребетного каналу, репозиція кісткових уламків або їх видалення з наступною реклінацією на операційному столі, що завершувалося транспедикулярною фіксацією у 41 пацієнтів пластинами Рой-Камілла, в 42 пацієнтів — системою МОСТ.

Спостереження протягом від 3 міс до 3 років показали, що після застосування пластин втрата корекції досягла 20%, а в 46% спостерігали облямування шурупів, переважно нижніх. При застосуванні системи МОСТ таких ускладнень не спостерігалось.

Таким чином, наші спостереження показують, що у хворих з ускладненими пошкодженнями грудопоперекового відділу, найкращий лікувальний ефект мають операції, які поєднують у собі репозицію та максимально можливу реклінацію зламаного хребця,

декомпресію спинного мозку та його елементів і надійну стабілізацію пошкодженого сегменту.

Слід визнати, що єдино виправданим є первинно-стабілізуючий спонділодез, реалізований при використанні сучасних стабілізуючих систем у поєднанні з кістковою автопластикою.

Результаты лечения поясничных дискогенных радикулопатий с использованием лазерной вапоризации

Зорин Н.А., Кирпа Ю.И.*, Зорина Т.В.,
Кирпа И.Ю., Овчаренко Д.В.*

**Днепропетровская государственная
медицинская академия,*

*г.Днепропетровск, 49044, Октябрьская пл., 14
тел. +380 562 464336, e-mail: zorin@technikov.dp.ua
Днепропетровская областная клиническая
больница им. И.И.Мечникова*

Лазерная вапоризация (ЛВ) межпозвоночных дисков является эффективным методом лечения дискогенных радикулопатий, но отношение к ней остается неоднозначным.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с поясничными дискогенными радикулопатиями.

Материалы и методы. С 1997 г. в нашей клинике произведено 1750 лазерных вапоризаций у пациентов с поясничными дискогенными радикулопатиями.

Возраст больных колебался от 22 до 55 лет. Мы исключили больных с явлениями нестабильности. Наиболее часто грыжи располагались на уровне L4-L5 (45%) и на уровне L5-S1 (38%).

Нами выделено три типа строения позвоночного канала, что учитывалось при определении тактики лечения.

Наряду с размерами грыж нами учитывалась их форма. Мы выделили 6 различных форм грыж, для каждой из которых определяли более эффективный метод лечения.

Результаты и их обсуждение. Хороших результатов удалось достичь у 84% больных. У 8% отмечено улучшение состояния, но трудоспособность полностью не восстановлена. У 6% ввиду отсутствия эффекта от ЛВ, выполнена микрохирургическая или эндоскопическая дискэктомия.

Выводы. При правильном отборе больных для этого метода лечения, с учетом разработанных нами показаний, можно достичь хорошего результата более чем в 90% случаев.

Латеральный экстракавитарный доступ в хирургическом лечении грыж грудного відділу хребта, результати лікування

Золотоверх А.М.

Інститут нейрохірургії

*ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,
м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4869503, e-mail: outing7@yahoo.com*

Мета: удосконалення хірургічної техніки, оцінка результатів лікування при застосуванні латерального екстракавитарного доступу при підході до медіальних грыж грудного відділу хребта.

Вступ. Грыжі грудного відділу хребта надзвичайно складні для хірургічного видалення. Опера-

тивне лікування часто супроводжується значним посилюванням або виникненням нової провідникової симптоматики. Одним з нових малотравматичних доступів, щодо спинного мозку, є латеральний екстракавитарний, який ефективний при підході до всіх варіантів грыж, включаючи медіально розташовані і осифіковані грыжі.

Матеріал і методи. За період 1999 по 2005 у 12 хворих яким проводилося хірургічне лікування грыж грудного відділу хребта застосований латеральний екстракавитарний доступ. З 12 хворих у 2 мали місце грыжі на рівні Th 4-5, у 1 — Th 5-6, у 2 — Th 6-7, у 4 на рівні Th 10-11, у 3 на рівні Th 11-12

Клінічні результати. В результаті застосування латерального екстракавитарного підходу вдалося значно знизити кількість ускладнень, і в першу чергу, поглиблення неврологічної симптоматики. На результати хірургічного лікування істотно впливали консистенція грыж, тривалість захворювання, вираженість доопераційного неврологічного дефіциту. Результати були помітно гірше у хворих з осифікованими серединними грыжами. Були особливо несприятливі результати при великих серединних осифікованих грыжах спаяних з дуральним мішком. В той же час, відновлення проходило краще у хворих з тривалістю захворювання менше 6 місяців, м'якотканими грыжами, грыжами невеликих розмірів до 8мм.

В найближчому післяопераційному періоді зменшення або зникнення болю відзначено у 9 хворих, зменшення провідникових рухових розладів у 8 хворих, поліпшення провідникової чутливості у 10 хворих, поліпшення функції тазових органів у 4 хворих, зменшення сегментарних і корінцевих розладів у 5 хворих. У 2 хворих мало місце швидко мінуче посилення неврологічної симптоматики, у 1 хворого посилення неврологічної симптоматики було перманентним, причому 5 хворих могли ходити без сторонньої допомоги вже в найближчий післяопераційний період.

Висновок. Хірургічне лікування грыж грудного відділу хребта по теперішній час є важким, після операції часто ускладнюється поглибленням неврологічної симптоматики. Застосування латерального екстракавитарного доступу дозволяє поліпшити результати оперативних втручань у хворих з даною патологією. Латеральний екстракавитарний доступ не дестабілізує хребет, дозволяє адекватно візуалізувати медіанні і парамедіанні грыжі грудного відділу хребта, забезпечує мінімальну травматичність спинного мозку при їх видаленні.

Клініко-інструментальна діагностика екстрамедулярних пухлин краніовертебральної локалізації

Бурик В.М., Цимбал М.О.

Інститут нейрохірургії

*ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,
м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4869503,
e-mail: vladbur@medscape.com*

*Київська медична академія післядипломної
освіти ім. П.Л.Шупика*

Вступ. Клінічні прояви пухлин ділянки КВЗ відрізняються нечіткістю первинної симптоматики, а переміжний, деколи ремітуючий перебіг, що схожий на розвиток дегенеративних захворювань ЦНС, веде