

у 9 больних. Ендоскопическая кистостернотомия выполнена 11 больным. При АК конвексимальной локализации выполнялась ЭКМ и кистоперитонеальное шунтирование.

Выполняя эндоскопическую кистостернотомию, мы отмечали различные особенности локализации средней мозговой артерии, особенности топографии зрительного нерва. III, IV, V, VI черепно-мозговых нервов и внутренней сонной артерии. Эти особенности являлись основными при выполнении данного оперативного вмешательства.

**Результаты.** У всех пациентов наблюдалось клиническое и рентгенологическое улучшение состояния. При контрольных МРТ сдавления головного мозга не выявлялось. Послеоперационных осложнений не было.

**Выводы.** Эндоскопическую кистостернотомию целесообразно выполнять при АК пара- и интравентрикулярной локализации. Эндоскопическая кистостернотомия эффективна при локализации АК в непосредственной близости от субарахноидальных цистерн головного мозга. Для конвексимальных АК выполнение кистоперитонеального шунтирования под ЭКМ является эффективной методикой.

### Результати хірургічного лікування хворих із хребетно-спинномозковою травмою на рівні шийного відділу

Дяків В., Струк Ю.

Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги,  
79008, м. Львів, вул. Миколайчука, 9,  
тел. 0322597232, e-mail: volodfr@yahoo.fr

Травми хребта та спинного мозку на рівні шийного відділу супроводжуються високою інвалідизацією та значною летальністю серед пацієнтів. Метою дослідження був аналіз хірургічного лікування потерпілих із травмами на рівні шийного відділу хребта.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати лікування 20 пацієнтів із переломами, вивихами та переломо-вивихами хребців шийного відділу, що супроводжувалися пошкодженням спинного мозку (Frankel A-D). При порушеннях гемодинаміки, дихальній недостатності наявності важких поєднаних травм хворі госпіталізувалися в відділення реанімації. Для зменшення компресії спинного мозку хворим накладався скелетний витяг за тім'яні пагорби. В перші 8 годин після травми внутрішньовенно вводився сольомедрол за прийнятою схемою. При переломах та підвивихах хребців С1, С2 та нестабільності в атланта-окципітальному сегменті у 4-х хворих проведено окципіто-спонділодез з використанням титанових фіксаторів. При підвивихах на рівні С2—Th1 хребців при поступленні в стаціонар хворому накладався скелетний витяг за тім'яні пагорби. У 14 хворих проведено відкрите вправлення підвивиху з проведенням переднього міжтілового спонділодезу та фіксацією хребців титановими пластинами різних типів. Для міжтілового спонділодезу використовували аутокістку або титанові кейджі. В 2-х хворих з метою вправлення підвивиху використано комбінацію передне-бокового та заднього доступу. Хірургічне втручання при переломах та переломах із підвивихом С2—Th1 хребців проведено у 16 випадках. Всі хірургічні втручання проводилися з використанням

передне-бокового доступу. Після операції всім хворим проводилася кінезотерапія. Після стабілізації стану та можливості переносити вертикальне положення тіла хворі переводилися у відділення реабілітації. Середній час перебування хворих у нейрохірургічному стаціонарі склав 27 днів.

**Результати та їх обговорення.** У всіх хворих досягнуто усунення больового локального та радикального синдрому, зменшенні неврологічного дефіциту (при неповному ураженні спинного мозку). При повному ураженні спинного мозку регресу проявів мієлопатії не відбувалося. За час перебування хворого в нейрохірургічному стаціонарі не зафіксовано жодного випадку виникнення належкових ран. Летальність серед оперованих хворих склала 10%.

**Висновки.** Проведення ранніх хірургічних втручань при травмах шийного відділу хребта та вправленням в практику методів сучасної кінезотерапії дозволяє швидко активізувати пацієнтів, уникнути вторинного пошкодження спинного мозку, зменшити больовий синдром, запобігти виникненню трофічних змін м'яких тканин, гнійно-септичних та тромбоемболічних ускладнень, що значно покращує якість життя потерпілих, зменшує їх інвалідизацію та скорочує матеріальні витрати на лікування цієї категорії хворих.

### Возможности переднего минидоступа в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника

Доценко В.В., Загородний Н.В.,  
Вирани Я.

Кафедра травматологии и ортопедии РУДН,  
г. Москва, 117198, ул. Миклухо Маклай 6.,  
тел. 674-71-86, conmet@conmet.ru,  
www.ortopedia.ru

**Цель.** Выбор оптимального способа хирургического лечения различных видов дегенеративной нестабильности в поясничном отделе.

**Материалы и методы:** оперированы 750 пациентов в возрасте от 11 до 78 лет в период с 1996 по 2006 гг. с различными видами дегенеративной патологии: динамической нестабильностью, задними срединными и рецидивными грыжами дисков, спондилолистезом.

Всем пациентам проведено обследование: клиническое, лабораторное, электромиография, обзорная и функциональная спондилография, МРТ и КТ.

Показаниями к операции являлись: боль в поясничном отделе, неврологические проявления — корешковый болевой синдром, двигательные и тазовые расстройства.

Методом выбора хирургического лечения был — переднебоковой внебрюшинный минидоступ, передняя декомпрессия корешков спинного мозга с иссечением задней продольной связки, передняя стабилизация кольцевым титановым имплантатом или пластиной фирмы «КОНМЕТ». Вертикализация пациентов проводилась на следующие сутки после операции. Выписка из стационара на 5-е сутки.

**Результаты и обсуждение.** Оценка качества жизни больных проводилась по пятибалльной шкале оценки вертеброневрологической симптоматики,