

Вертебропластика в лечении патологических переломов позвоночника.

Перцов В.И. Дейниченко Ю.К. Серета Д.А.
Ларин А.В. Кулаков О.Р. Дейниченко К.Ю.

Запорожский государственный медицинский университет.
Запорожье
Украина
(0612)343686
n.xob40354@mail.ru

Цель: настоящей работы была оценка применения вертебропластики в лечении патологических компрессионных переломов позвоночника.

Материал и методы: Проанализированы результаты 166 вертебропластик, проведенных у 72 больных с патологическими компрессионными переломами позвоночника возникших от разных причин. В группе больных: 52 женщины и 20 мужчин в возраст больных от 45 лет до 81 года. Диагностические методы, применяемые в наших исследованиях, включали: неврологический осмотр, спондилографию, скintiграфию, компьютерная или МР томографию поражённого отдела позвоночника, полное клинико-биохимическое обследование. Применяемый комплекс обследований позволял выявить локализацию, тип перелома, степень компрессии поражённого позвонка, наличие неврологических нарушений. Показаниями для проведения вертебропластики были единичные и множественные компрессионные переломы тел позвонков, без проводниковых двигательных и чувствительных расстройств. Этиопатогенетическими причинами переломов позвонков явились: остеопороз в 143 случаях, метастазы в позвоночник в 11 случаях, гемангиомы тел позвонков в 12 случаях. Операции проводились под местной анестезией в положении больного на животе при создании искусственного гиперлордоза позвоночника. Объем вводимого, под контролем операционного ЭОПА, цемента Symplex в зависимости от степени поражения позвонка и уровня поражения варьировал от 4,0 – до 10,0мл. Среднее время при одностороннем доступе на одном уровне составляло 15–20 мин.

Результаты. Все больные активизированы через 2 часа после операции. В 34 случаях вертебропластика проведена односторонним доступом, 132 случаях двусторонним. При многоуровневых поражениях операции проводились в несколько этапов с промежутками в 2–3 дня. Эффективность хирургического лечения оценивались по субъективным ощущениям пациента и динамики данных визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) боли. Уменьшение болевого синдрома отмечено во всех наблюдениях. Умеренные мышечные боли отмечаемые в месте введения операционных игл купировались в течении 2–3 дней консервативными способами.

Выводы: Вертебропластика как самостоятельный хирургический метод лечения позволяет добиться немедленной стабилизации патологических компрессионных переломов тел позвонков, что повышает биомеханическую устойчивость позвоночника и улучшает качество жизни больного.

Реконструкция невралной трубки при нейрорахизисе

Плавский П.Н., Плавский Н.В., Малишева Т.А., Грищак С.В.

ГУ «Институт нейрохирургии
им. акад А.П. Ромоданова НАМН Украины»
Киев
Украина
0444839419
dr.plavsky@gmail.com

Операции при нейрорахизисе являются urgentными, так как нейрорахизис относится к открытым дефектам невралной трубки, ослабленным ликвореей, и данная операция должна проводиться в первые 48 часов после рождения. На вентральной поверхности плакаты находится частично функционирующая, однако, незакончившая нейруляцию, невралная трубка. Сохранение плакаты является первичной задачей при операции на нейрорахизисе.

Цель исследования: повышение результатов лечения новорожденных с нейрорахизисом и улучшение их качества жизни.

Материалы и методы: работа основана на анализе 93 больных с нейрорахизисом, находившихся на лечении в ГУ «Институт нейрохирургии НАМН Украины» в период с 2001 по 2010 годы. Всем больным была проведена операция - удаление спинномозговой грыжи и пластика грыжевых ворот. У 61 (65,6% случаев) новорожденного произведена пластика невралной трубки. Проводилось длительное амбулаторное наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде. Кроме неврологического осмотра, в виде основного метода анализа проводилась ЭНМГ нижних конечностей в разные периоды после операции. Катамнез составил в среднем 2,5 года. Повторные операции направленные на устранение фиксации спинного мозга проведены 4 пациентам без проведенной пластики невралной трубки (12,5%) и одному пациенту с проведенной пластикой (1,6%).

Результаты и их обсуждение. На основе наблюдения за больными в послеоперационном периоде и анализа полученных результатов доказано, что степень восстановления двигательных и чувствительных функций значительно выше у пациентов с проведенной реконструкцией невралной трубки, а частота нарушения функции тазовых органов ниже четыре раза. Срочность проведения операции и степень воздействия на плакату снижает риск послеоперационных инфекционных осложнений и повышает качество восстановления.

Выводы: 1. Проведение операции в первые часы после рождения с реконструкцией невралной трубки, а также минимальное воздействие на плакату химических, физических и биологических агентов на плакату позволяет снизить частоту нарушения функции тазовых органов и значительно улучшить двигательные и чувствительные функции нижних конечностей. 2. Реконструкция невралной трубки позволяет снизить частоту повторной фиксации спинного мозга в позднем послеоперационном периоде в 10 раз