

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КИФОЗОВ В ГРУДО-ПОЯСНИЧНОМ И ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛАХ ПОЗВОНОЧНИКА.

Швец А.И., Ивченко В.К., Ивченко Д.В., Рудой Б.С

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», Луганск

Введение. Клиническими проявлениями посттравматического кифоза (ПТК) являются локальная боль, компрессия или раздрация корешков, миело- радикулопатии. Восстановление анатомической формы позвоночного столба и объема позвоночного канала в таких случаях представляет большие трудности.

Цель исследования – выбор оптимального метода оперативного лечения ПТК, предложение собственного метода клиновидной корригирующей и укорачивающей вертебротомии при травме позвоночника и посттравматических кифозах.

Материал и методы. Оперативное лечение проведено 44 больным с застарелыми повреждениями Th 12-L3 позвонков с давностью травмы от 4 мес. до 4 лет (M=26 мес.) Возраст больных 19-43 года. У 6 больных угловая деформация сочеталась с травматическим разрушением тела L2 (3 больных) и L3 (3 больных). У остальных больных имелся компрессионный перелом или переломо-вывих с кифотической деформацией в пределах 19-43° (M=32±3°). У всех больных наблюдалась клиника функциональной недостаточности позвоночника и болевой синдром (ВАШ – 4-8). Проявления миелопатии отмечены у 11 больных. Для устранения кифотической деформации нами разработана корригирующая, управляемая, экономная вертебротомия. Операция заключается в клиновидном сечении позвоночника сзади наперед на уровне деформации с внедрением в межтеловой дефект клиновидного трансплантата основанием вперед, что по формуле расчета внешнего угла позволяет уменьшить величину иссекаемого клина вдвое. Операция завершалась стабилизацией поврежденных сегментов в положении достигнутой коррекции транспедикулярными фиксаторами. При оскольчатых несросшихся переломах тел позвонков с разрушенной передней опорой (6 больных) проводилась внебрюшинная субтотальная резекция тела позвонка с декомпрессией дурального мешка и замещением дефекта расклинивающим ауто трансплантатом или кейджем, заполненным костной ауто крошкой из резецированного позвонка. Завершалась операция задним транспедикулярным спондилодезом.

Результаты и обсуждение. Результаты операций прослежены у всех больных в сроки от 2 до 8 лет. У 42 (96%) больных была достигнута коррекция кифоза от 60% до 100% с остаточной деформацией 3°-16° (в среднем коррекция на 83%). После коррекции деформации боли исчезли у 31(70%) больных, у 12 (26%) больных уровень болей по ВАШ снизился до показателя 1-3. У всех больных за исключением одного исчезли проявления функциональной недостаточности, элементы транзитной миелопатии. В отдельных случаях, в частности при экструзии в позвоночный канал тела позвонка или его большого фрагмента на значительном протяжении, объем клиновидного сечения может увеличиваться и операция принимает характер горизонтальной укорачивающей вертебротомии.

Выводы. Клиновидная управляемая экономная вертебротомия позволяет исправить ригидные посттравматические кифотические деформации. При деформациях с разрушением передней опоры показано комбинированное переднезаднее вмешательство с восстановлением передней опоры и задним спондилодезом. При необходимости увеличения объема клиновидной вертебротомии операция трансформируется в горизонтальную укорачивающую вертебротомию.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ КІФОЗІВ В ГРУДО-ПОПЕРЕКОВОМУ ТА ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛАХ ХРЕБТА.

Швец О.І., Івченко В.К., Івченко Д.В., Рудой Б.С.

ДУ «Луганський державний медичний університет», Луганськ. Україна

Мета дослідження - аналіз результатів лікування травматичних кіфозів в грудо-поперековому та поперековому відділах хребта запропонованим методом клиноподібної коригуючої і скорочуючої вертебротомії.

Матеріал і методи. Оперативне лікування проведено 44 хворим з застарілими ушкодженнями Th12-L3 хребців з давністю травми від 4 міс. до 4 років (M=26 міс.). У 6 хворих кутова деформація об'єдналася з травматичним руйнуванням тіла L2 і L3. У решти хворих був компресійний перелом або переломовивих з кифотичної деформацією в межах 19-43° (M=32±3°). У всіх хворих спостерігався больовий синдром (ВАШ - 4-8). Прояви миєлопатії відзначені у 11 хворих. Корекція кифотичної деформації полягає в клиновидному перетині хребта ззаду наперед на рівні деформації з впровадженням в міжтілові дефект клиноподібного трансплантата підставою вперед, що за формулою розрахунку зовнішнього кута дозволяє зменшити величину клину, що вирізується, вдвічі. Завершувалася 162 операція заднім транспедикулярним спондилодезом.

Результати операцій простежені у всіх хворих в термін від 2 до 8 років. У 42 (96%) хворих була досягнута корекція кіфозу від 60% до 100% з залишковою деформацією 3°-16° (в середньому корекція на 83%). Болі зникли у 31(70%) хворого, у 12 (26%) хворих рівень болів за ВАШ знизився до показника 1-3.

Висновки. Клиноподібна економна вертебротомія дозволяє виправити ригідни післятравматични кифотични деформації.

Abstract

SURGICAL TREATMENT OF POSTTRAUMATIC KYPHOSIS IN THORACOLUMBAR AND LUMBAR SPINE.

Shvets A.I., Ivchenko V.K., Ivchenko D.V., Rudoy B.S.

State institution «Luhansk state medical University», Lugansk. Ukraine

The aim of the research - the analysis of the results of treatment of posttraumatic kyphosis in thoraco-lumbar and lumbar spine by the proposed method of wedge-shaped corrected and shortening vertebrotomy.

Material and methods. Surgical treatment of 44 patients with neglected injury of Th12-L3 vertebrae with the long-standing of injury from 4 months to 4 years (M=26 months) was performed. Angular deformation in 6 patients combined with the traumatic destruction of L2 and L3 body. All other patients had a compression fracture or fracture-dislocation with the kyphotic deformation within 19°-43° (M=32° ± 3°). All patients experienced pain syndrome (VAS - 4-8). Myelopathy manifestations were observed in 11 patients. Correction of the kyphotic deformity includes a wedge-shape cross-section of the spine prorsad at the level of deformity with the introduction into the interbody space wedge-shaped graft grounds forward, that according to the formula for calculation of the external angle allows to reduce the amount of dissected wedge twice. The operation ended with the transpedicular fixation of the spine.

The results of operations were traced in all patients in terms from 2 to 8 years. Correction of the kyphosis was achieved in 42 (96%) patients from 60% to 100% with a residual deformation of 3° -16° (correction on average by 83%). The pain disappeared in 31(70%) patients, the level of pain in 12 (26%) patients decreased according to VAS to the level of 1-3.

Conclusions. Wedge-shaped corrected vertebrotomy allows to restore the rigid post-traumatic kyphotic deformity. M