

# СУЧАСНИЙ ПЕРЕДНІЙ МІЖТІЛОВИЙ АУТОКІСТКОВОПЛАСТИЧНИЙ СПОНДИЛОДЕЗ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ СВІЖИХ ТРАВМАТИЧНИХ УРАЖЕНЬ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Федорина Е.О.<sup>1</sup>, Баріш О.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського, м. Полтава

<sup>2</sup> ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМНУ» м. Харків

**Вступ.** Частота травматичних уражень шийного відділу хребта (ШВХ) складає 1,5-3% від травм опорно-рухової системи. Проте високий відсоток летальності та інвалідизації постраждалих дозволяє вважати проблему актуальною як в медичному, так і в соціальному аспектах. Однією з основних задач у разі лікування таких потерпілих є надійна фіксація уражених сегментів з використанням переднього міжтілового аутокістковопластичного спондилодезу (ПМАКС). Але низка питань, пов'язаних з місцем ПМАКС у сучасній хірургії ШВХ, потребує подальшого дослідження.

**Мета** – аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів з свіжими ушкодженнями шийного відділу хребта з використанням переднього міжтілового аутокістковопластичного спондилодезу різної протяжності у комбінації з вентральною фіксацією пластинами.

**Матеріал та методи.** У відділенні нейрохірургії Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського за період з 2002 до 2012 рр. проводили хірургічне лікування 84 пацієнтам з свіжими травматичними ураженнями ШВХ. Серед них чоловіків було 76 (90,4%), жінок – 8 (9,6%). Середній вік постраждалих склав 38 років (від 17 до 59 років). За класифікацією Allen ураження були розподілені наступним чином: дистракційно-флексійні (DF): DF1 – 5 (5,92%), DF2 – 7 (8,33%), DF3 – 9 (10,71%), DF4 – 8 (9,52%). Компресійно-флексійні (CF): CF1 – 7 (8,33%), CF2 – 5 (5,95%), CF3 – 7 (8,33%), CF4 – 8 (9,52%), CF5 – 6 (7,14%). Вертикально-компресійні (VC): VC1 – 7 (8,33%), VC2 – 9 (10,71%), VC3 – 5 (5,95%). За рівнем ушкодження постраждали розподілились наступним чином: C3 – 8 (9,52%), C4 – 25 (29,76%), C5 – 29 (34,52%), C6 – 18 (21,42%), C7 – 4 (4,76%). За ступенем ураження спинного мозку та неврологічними розладами постраждали розподілені на 5 груп від А до Е у відповідності до класифікації ASIA/IMSOP: А – 39 (46,42%), В – 22 (26,19%), С – 9 (10,71%), D – 8 (9,52%), Е – 6 (7,16%). Враховували дані як клінічного, так і рентгенологічного обстеження у 100% випадків, КТ та МРТ діагностики – у 89% та 76% випадків відповідно. На завершальному етапі операцій ПМАКС виконували за допомогою кісткових аутогрантатів з крила клубової кістки. Моносегментарний ПМАКС виконали у 38 (45,23%) хворих за Smith & Robinson, бісегментарний – у 36 (42,85%) пацієнтів за Voni, мультисегментарний – у 10 (11,9%) пацієнтів за Whitecloud. У 100% хворих для вентральної фіксації нами були застосовані пластили, розроблені в ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМНУ». У післяопераційному періоді фіксацію ШВХ у всіх хворих здійснювали полімерними ортезами комірцевого типу на протязі 8-10 тижнів. Кількісні та якісні параметри стану стабілізованих з використанням ПМАКС сегментів оцінювали за допомогою рентгенологічних критеріїв, розроблених в Інституті, та за Bridwel.

**Результати.** Позитивна неврологічна динаміка у післяопераційному періоді в значній мірі залежала від характеру ушкодження спинного мозку. Так, при повному ураженні спинного мозку (тип А), незважаючи на повноцінну декомпресію під час операції та надійну стабілізацію ураженого сегменту, 5 (5,95%) пацієнтів померли, у 14 (16,6%) – неврологічний статус перманентно відповідав типу А, 9 (10,71%) хворих перейшли в групу В. Більш сприятливий прогноз динаміки неврологічного статусу спостерігали у хворих з неповним ушкодженням спинного мозку. Так, з групи В за 26 (30,95%) пацієнтів перейшли в групу С, 30 (35,71%) – перейшли з групи С в групу D. На контрольних рентгенограмах на час виписки у 5 (5,92%) пацієнтів було відмічено зміщення аутогрантату та втрату досягнутої корекції, що між тим, не потребувало повторного хірургічного втручання. При динамічному спостереженні з рентгенологічним та КТ-контролем через 12 місяців у 100%

виявлені ознаки кісткового зрощення. У 4 (4,76%) випадках після виконання бісегментарного ПМАКС визначена міграція гвинтів у вентральному напрямку без втрати досягнутої корекції деформації ШВХ. У 8 (9,52%) випадках виявлено ускладнення з боку донорського ложа в ділянці забору аутотрансплантату. У 3 (3,57%) пацієнтів в ділянці забору трансплантату відмічали гематоми, які у 2 (2,38%) випадках потребували активного лікування. Стійкий біль у ділянці забору трансплантату спостерігали у 7 (8,33%) пацієнтів, який тривав від 8 діб до 3,5 тижнів. Чутливі розлади та біль по передньо-боковій поверхні стегна спостерігали у 3 (3,57%) пацієнтів, що було пов'язане з ушкодженням шкірної гілки стегнового нерву під час забору трансплантату.

**Висновки.** Хірургічне лікування травм ШВХ за допомогою ПМАКС різної протяжності забезпечує позитивні результати у більшості випадків. Ускладнення ПМАКС мають місце, в основному, зі сторони донорського ложа. Комбінація використання кісткових аутотрансплантатів з вентральною фіксацією пластинами забезпечує надійну фіксацію, але не виключає втрату її стабільності у разі недостатньо ретельного дотримання відомих методик.