

у 93% больных наступал сразу же после операции, у 7% в течении недели. Активация больных на следующий день после операции, выписаны на 8-9 сутки. При нагрузках и для осанки рекомендуется в течении 1-2 мес носить полужесткий поясничный корсет.

При обычной дискэктомии сроки лечения в среднем 15 к/д, больше половины больных нетрудоспособны в течение года.

Заключение: Эндоскопическая дискэктомия проводимая эндоскопом с высококачественной оптикой и видеокамерой, является малоинвазивным методом хирургического лечения грыжи, без разрушения костных структур позвоночника, и позволяющая раннюю активизацию пациентов и сокращения сроков нетрудоспособности, возвращение к полноценной жизни.

ТРАНСКУТАННАЯ ПУНКЦИОННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕАНГИОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Г.М. Кавалерский, А.Д. Ченский, С.К. Макиров, Л.Ю. Слияков, В.Г. Черепанов, К.А. Лисенков

Введение: Пункционная вертебропластика (ПВ) - малоинвазивный метод хирургического лечения гемангиом тел позвонков. ПВ за счет использования костного цемента на основе полиметилметакрилата обладает антибластическим эффектом и обеспечивает стабилизацию пораженных позвонков, в т.ч. предотвращает развитие компрессионных переломов позвонков и неврологических осложнений.

Материал и методы: На базе отделения травмы и патологии позвоночника в период с 2005 по 2006 г. обследованы и оперированы 37 человек с гемангиомами позвоночника. 24 пациента женщины в возрасте от 30 до 54 лет. Вмешательства проводили на C2-L4 уровнях. Гемангиомы шейного отдела позвоночника выявлены у 3 пациентов (у 1 пациента на уровне C2), грудного отдела у 21, поясничного отдела позвоночника у 13 пациентов. Солитарные гемангиомы выявлены у 28 пациентов, множественные у 9 пациентов (7 человек на 2 уровнях, 1 на 3 уровнях, 1 пациента на 4 уровнях).

Алгоритм предоперационного обследования включал спондилографию, МРТ, КТ пораженного отдела позвоночника. Целесообразность подобного предоперационного обследования связана с недостаточной чувствительностью рентгенологического и МРТ обследования при гемангиомах позвоночника и необходимостью проведения дифференциальной диагностики с дегенеративными заболеваниями позвоночника.

ПВ проводили при определении показателей агрессивности гемангиомы.

Критерием агрессивности является:

1. клинически - выраженный болевой синдром.

2. рентгенологически - поражение всего тела позвонка, расширение гемангиомы к корню дужки;

расширение кортикального слоя с нечеткими краями, неправильная ячеистость гемангиом при КТ и МРТ исследованиях.

Пункционную вертебропластику выполняли под местной анестезией. При проведении вмешательств на грудном и поясничном отделах позвоночника использовали транспедикулярный доступ, на шейном уровне наружно-боковой доступ под ЭОП контролем. При расположении процесса в задней трети тела позвонка проводили интраоперационную контрастную веноспондилографию. При введении костного цемента использовали специальные рентгендобавки (BiSO4).

Больных активизировали в день операции, во всех случаях проводили КТ контроль расположения композита в теле позвонка.

Результаты лечения: Основным клиническим эффектом метода является регресс болевого синдрома, повышение качества жизни.

Оценка результатов лечения проводилась по трем основным критериям: субъективной выраженности болевого синдрома, двигательная активность пациента, зависимость от анальгетиков. Оценка проводилась до и после операции с использованием специальных шкал непосредственно после вмешательства, а также в период 1, 3, 6, 12 мес. после операции. Кроме этого, оценивали эффективность ПВ по данным КТ в послеоперационном периоде.

Осложнения: 6 больных в послеоперационном периоде жаловались на мышечные боли, обусловленные травмой мышц при осуществлении доступа (у всех больных при многоуровневой вертебропластике).

В 2 случаях в послеоперационном периоде имели место радикулярные ирритативные боли, регрессировавшие на фоне консервативной терапии.