

ТРАНСПЕДИКУЛЯРНАЯ ФИКСАЦИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В СВЕТЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Г.М. Кавалерский, С.К. Макиров, А.Д. Ченский, Л.Ю. Слияков,
А.В. Черняев, Д.С. Бобров*

*Кафедра травматологии, ортопедии и хирургии катастроф,
ГОУ ВПО Московская медицинская академия имени И.М.Сеченова, Москва, Россия*

Задний доступ в хирургии дегенеративных заболеваний поясничного отдела позвоночника в настоящее время является основным и самым распространенным. Классический доступ к дужкам и суставным отросткам позвонков включает в себя обширное скелетирование паравертебральных мышц на уровне пораженного позвоночно-двигательного сегмента. На данный момент разработаны и внедрены в клиническую практику следующие малоинвазивные методики задней стабилизации – чрезкожная установка транспедикулярного фиксатора (ТПФ), унилатеральная установка ТПФ изи мини-доступа. Целью исследования явилось обоснование применения малоинвазивной методики установки ТПФ, выработка показаний к проведению данных видов пособий.

В основную группу было включено 20 пациентов с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с нестабильностью сегментов и корешковой симптоматикой, оперированных с применением малоинвазивной технологии. В контрольную группу включено 15 пациентов, оперированных с применением традиционного (открытого) доступа. Сравнение двух групп проводили по следующим критериям: клинко-рентгенологический результат, время проведения хирургического вмешательства, интраоперационная кровопотеря и необходимость проведения трансфузий, время использования электронно-оптического преобразователя (ЭОП), выраженность болевого синдрома по ВАШ, наличие осложнений. Интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) до операции у пациентов 1 группы в среднем составила 7,8 балла (сильные боли), во 2 группе – 7,9. В предоперационном периоде проводилось дополнительные исследования функциональная рентгенография (флексия-экстензия) для выявления нестабильности ПДС, биохимический анализ крови на КФК-ММ и ЛДГ (максимальная активность данных ферментов отмечается в скелетных мышцах), игольчатая электромиография (ЭМГ) паравертебральных мышц. Всем пациентам проводилось оперативное лечение – декомпрессия с использованием микрохирургического интерламинарного доступа, дискэктомия, установка ТПФ. Длительность

оперативного вмешательства в первой группе в среднем составила 160,7 минут, во второй – 150,8 минут. Кровопотеря при применении малоинвазивного доступа в среднем составила 150,7 мл, при классическом открытом доступе – 385,3 мл. Пациентам основной группы проведение гемотрансфузий не потребовалось, 2-м пациентам контрольной группы проводилась трансфузия аутокрови. Рентгенологический послеоперационный результат у пациентов обеих групп признан хорошим. В 1 группе болевой синдром по ВАШ на 3 сутки после операции составил 2,5 балла, во 2-й – 5,0, что существенно затруднило раннюю активизацию. Все пациенты 1-ой группы были активизированы на 1 сутки после операции, во второй группе у 10 пациентов отмечался стойкий болевой синдром в послеоперационной ране до 15 суток после операции. Время работы ЭОПа при операциях по малоинвазивным методикам по сравнению с классическими способами увеличилось в среднем на 25%. Осложнений в обеих группах нами не отмечено. Повышение уровней ЛДГ и КФК-ММ в основной группе на 3 сутки после операции произошло в среднем на 20%, нормализация до исходных значений произошло к 7 суткам после оперативного вмешательства. В контрольной группе повышение ферментативной активности произошло на 35%, нормализация – к 13 суткам после операции. По данным ЭМГ на 13 сутки после операции в сравнении с предоперационными данными в 1 группе отмечено уменьшение длительности потенциалов двигательных единиц (ПДЕ) в среднем на 7,9%, во второй группе – 14,9%, другие параметры (потенциал фибрилляций, положительные острые волны) не несут диагностического значения в раннем послеоперационном периоде. При осмотре пациентов через 1 год с момента операции различий в результатах в основной и контрольной группах обнаружено не было. Таким образом, применение новой методики обосновано в связи с возможностью проведения ранней активизации пациентов в следствие минимальной травматизации паравертебрального фасциально-мышечного комплекса, подтверждаемого как субъективными, так и объективными данными.