



Министерство здравоохранения Российской Федерации
Межрегиональная ассоциация хирургов-вертебрологов России
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Саратовский научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии»

Вертебрология в России: итоги и перспективы развития

V съезд хирургов-вертебрологов России

23-24 мая 2014 года

Сборник материалов

Саратов – 2014

ISBN 978-5-9905584-1-0
УДК 616.711-089.23(470+571):005.745
ББК 54.58(2РОС)я43
В 358

Вертебрология в России: итоги и перспективы развития: сборник тезисов V съезд хирургов-вертебрологов России / под ред. д.м.н., проф. И.А.Норкина. Саратов. 23-24 мая 2014 г. – Саратов: ФГБУ «Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии», 2014.

Материалы съезда будут интересны организаторам-здравоохранения, широкому кругу врачей-специалистов, оказывающих специализированную, высокотехнологичную медицинскую помощь больным травматолого-ортопедического и нейрохирургического профилей.

Редакционная коллегия:
д.м.н., проф. Пучиньян Д.М., доцент Баратов А.В., к.м.н. Федонников А.С.,
к.м.н. Юшина Б.С., Норко О.Н.

ISBN 978-5-9905584-1-0

ФГБУ «Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии», 2014
НП «Приволжская книжная палата», 2014
Полиграфическая компания
«Эль-Принт» (г. Саратов), 2014

3. Негреева М.Б., Ларионов С.Н., Сороковиков В.А. и др. Биомеханические аспекты исследований дегенеративно-дистрофических заболеваний поясничного отдела позвоночника и тазобедренных суставов (обзор литературы) // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2013. – №5. – С. 187–191.

4. Продан А.И., Хвисяк А.Н., Перепечай О.А., Чернышев А.Г. и др. Влияние позвоночно-тазового баланса и дегенерации позвоночных сегментов на формирование дегенеративного поясничного спинального стеноза // Хирургия позвоночника. – 2010. – № 1. – С. 49-56.

5. Шевелёв И.Н., Корниенко В.Н., Коновалов Н.А., Черкашов А.М. и др. Анализ корреляции рентгенологических критериев и клинических проявлений центрального стеноза пояснично-крестцового отдела позвоночного канала // Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко. – 2012. – Т. 76, № 3. – С. 61-68.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕСКОПИЧЕСКИХ ТЕЛОЗАМЕЩАЮЩИХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ДЛЯ ВЕНТРАЛЬНОГО СУБАКСИАЛЬНОГО СПОНДИЛОДЕЗА

Нехлопочин А.С.¹, Ивченко В.К.², Ивченко Д.В.², Швец А.И.², Нехлопочин С.Н.¹

¹Луганская областная клиническая больница. Луганск, Украина

²Луганский государственный медицинский университет. Луганск, Украина

Введение. В последние десятилетия в хирургии позвоночника широко используются различные стабилизирующие системы. Для реконструкции передних и средних опорных колонн разрабатываются и активно внедряются в клиническую практику эндопротезы (кейджевые системы) с целью замещения костного дефекта, возникающего после корпорэктомии или резекции тел позвонков. Имплантаты, успешно выполняющие реклинирующую и стабилизирующую функции, несмотря на множество конструктивных решений, как правило, не обеспечивают условий для формирования эффективного костного блока, что крайне необходимо для сохранения интраоперационной коррекции ПДС. Величина формирующегося костного регенерата имеет прямую зависимость от заполняемого аутокостью или её заменителями объёма кейджа [1]. Это обстоятельство имеет большое значение, поскольку процессы, происходящие в системе металл-кость в условиях компрессионного напряжения могут приводить к потере достигнутой коррекции, миграции конструкций и нарушению сагиттального баланса, вызывать компрессию спинного мозга, его корешков и оболочек. Указанные осложнения могут развиваться как в ближайшем, так и отдаленном послеоперационном периоде.

Проблема оптимизации конфигурации кейджей, используемых при оперативных вмешательствах на уровне шейного отдела, наиболее актуальна в связи с малыми размерами тел позвонков и, соответственно, систем для их замещения с одной стороны и большим объемом движений в разных плоскостях с другой стороны, что определяет более жесткие требования к техническим и функциональным характеристикам имплантируемых конструкций [2].

Целью работы явилась оценка эффективности вентрального субаксиального цервикоспондилодеза в сроки наблюдения до 12 месяцев с применением телескопического эндопротеза тела позвонка собственной конструкции [3].

Материал и методы: проведено хирургическое лечение у 6 пациентов по поводу травматического повреждения шейного отдела позвоночника (3 пациента), дегенеративно-дистрофических изменений с явлениями миело - и радикулопатии (2 пациента), туберкулезного спондилита с выраженной радикулопатией (1 пациент). Оперативное вмешательство выполнено через вентролатеральный доступ по Смит-Робинсону, резецированы центральные отделы тел С5 (3 пациента) либо С6 (3 пациента) позвонков, смежные межпозвонковые диски и задняя продольная связка. В полученное костное ложе установлен телескопический эндопротез, полость которого предварительно плотно заполнялась гранулами гидроксиапатитной керамики. Вращением центральной муфты производилось увеличение длины конструкции до достижения необходимого реклинирующего эффекта и восстановления сагиттального баланса (оценивалось по данным интраоперационной рентгенографии). Дополнительная фиксация эндопротеза производилась монокортикальными винтами – по 2 в тело выше- и нижележащего позвонка. Рана ушивалась наглухо. В послеоперационном периоде проводилась фиксация шейного отдела позвоночника головодержателем.

Всем пациентам произведена рентгенография в 2 стандартных проекциях и мультисрезовая спиральная компьютерная томография (КТ) в сроках 3-5 дней, 3, 6 и 12 месяцев с момента операции.

Результаты и их обсуждение. Эффективность достигнутого спондилодеза оценивалась по ряду качественных и количественных признаков.

Качественными признаками послужили:

- Отсутствие признаков повреждения либо спонтанного демонтажа эндопротеза;
- Отсутствие признаков повреждения, миграции либо дислокации, интракорпоральных винтов;
- Отсутствие повреждения замыкательных пластин позвонков, смежных с резецированным, и пролабирования имплантированной системы в тело позвонка;
- Отсутствие признаков утраты интраоперационной коррекции сагиттального баланса;
- Отсутствие признаков остеосклероза кортикального слоя тел позвонков, контактирующих с фиксирующими элементами системы;
- Отсутствие явлений локального остеопороза по периферии интракорпоральных винтов.

При анализе КТ и спондилограмм всех пациентов на указанных сроках наблюдения вышеописанных признаков несостоятельности спондилодеза выявлено не было.

Количественными критериями оценки явились уменьшение лордозного угла стабилизированных сегментов (угол Кобба измерялся между замыкательными пластинами позвонков, смежных с резецированным) и уменьшение высоты оперированного сегмента (оценивалось расстояние между замыкательными пластинами по передней поверхности тел позвонков). В качестве исходных параметров взяты

результаты раннего послеоперационного контроля ввиду отсутствия осевой нагрузки на этом сроке наблюдения. Полученные результаты в сроках наблюдения 3, 6 и 12 месяцев свидетельствовали об отсутствии статистически достоверных изменений величин приведенных выше характеристик оперированных ПДС.

Выводы. Первые наблюдения по замещению резецированного позвонка предложенной конструкцией показали достаточную эффективность кейджа при восстановлении сагиттального баланса и стабилизации оперированного позвоночного сегмента. Размер полости кейджа позволяет заполнить его значительным объёмом аутокости или её заменителями, а конструктивные особенности дают возможность уплотнять наполнитель для инициации процессов остеогенеза с целью создания условий для формирования костного регенерата.

Литература:

1. Dorozhkin, S. V. Biocomposites and hybrid biomaterials based on calcium orthophosphates // Biomatter. 2011. № 1. P. 3 - 56.
2. Relevance of expandable titanium cage for the treatment of cervical spondylotic myelopathy / F. Zaïri, R. Aboukais, L. Thines [et al.] // Eur. Spine. J. 2012. № 8. P. 1545 - 1550.
3. Эндопротез сегмента позвоночника "LAS": свидетельство № 85708 Украина. № u201307496; заявл. 13.06.2013; опубл. 25.11.2013, Бюл. № 22.