

**ПОЗАОСЕРЕДКОВИЙ ЧЕРЕЗКІСТКОВИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ СПИЦЕ-СТРИЖНЕВИМИ АПАРАТАМИ ЯК МЕТОД ВИБОРУ ПРИ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМАХ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ**

*В.Ю.Худобін, Г.В.Лобанов, Ю.В.Прудніков,  
Є.В.Бутєв, В.М.Оксимець*

**Резюме.** У роботі наведений аналіз лікування 48 хворих з відкритими і закритими діафізарними переломами стегнової кістки, у яких використовували метод позаосередкового остеосинтезу. З урахуванням загального терміну лікування даний спосіб не є оптимальним.

**Ключові слова:** стегнова кістка, переломи, позаосередковий черезкістковий остеосинтез.

**EXTRAFOCAL TRANSOSSEOUS OSTEOSYNTHESIS BY MEANS OF PIN-NAIL APPARATUS AS A METHOD OF CHOICE WITH DIAPHYSIAL FRACTURES OF THE FEMORAL BONE**

*V.Yu.Khudobin, G.V.Lobanov, Yu.V.Prudnikov,  
Ye.V.Butiev, V.M.Oxymets'*

**Abstract.** The paper deals with an analysis of curing 48 patients with open and closed diaphysial fractures of the femoral bone who underwent the method of extrafocal osteosynthesis. Taking into account the total term of treatment, this technique is not optimal.

**Key words:** femoral bone, fractures, extrafocal transosseous osteosynthesis.

Research Institute of Traumatology and Orthopedics (Donets'k)

Надійшла в редакцію 28.07.2005 р.

---

© Сулима В.С., Балан С.І., Тхорівський О.Т.

616.711+616-089+617.547

**ДЕЯКІ АСПЕКТИ МІКРОХІРУРГІЧНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ ХРЕБЕТНОГО КАНАЛУ ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ ОСТЕОХОНДРОЗІ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА**

*В.С.Сулима, С.І.Балан, О.Т.Тхорівський*

*Івано-Франківський державний медичний університет; обласна клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ*

---

У хірургії хребта поширеною операцією з приводу дискогенного ураження поперекового відділу була ламінектомія. Втручання забезпечувалося широким доступом до міжхребцевих дисків і структур хребетного каналу (ХК). Але досить часто після такого лікування виникали ускладнення: нестабільність хребта, спайковий процес у ХК, що призводило до рецидиву болювого синдрому. Нині широку популярність набули мікродискектомії (С.Вarríos et al., 1990). За даними W.Caspar (1986), у 94% випадків мік-

рохірургічна операція виконується тільки на одному рівні ураження. За Р.Н.Young (1990), частота операцій при одному рівні ураження сягала 99%. Але мікродискектомії не завжди досягають повної декомпресії нервово-судинних структур ХК. Відомо, що за наявності патології на двох і більше рівнях доцільно проводити оперативне втручання тільки на клінічно вагомих рівнях. Це дозволяє запобігти виникненню післяопераційних дисцитів і спондилітів, формуванню епідурального фіброзу в ділянці втручання [1].

Ефективного усунення вертеброрадикулярного конфлікту, на нашу думку, можна досягти тільки при індивідуальному виборі тієї чи іншої тактики оперативного лікування хворих з ускладненим остеохондрозом поперекового відділу хребта, що залежить від характеру і розповсюдженості патологічного процесу.

**Мета дослідження.** Визначити вплив розповсюдженості патологічних змін ХК при ускладненому остеохондрозі на вибір тактики оперативного втручання.

**Матеріал і методи.** У відділенні хірургії хребта та спинного мозку обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківськ 2004 року на стаціонарному лікуванні перебувало 386 хворих з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями поперекового відділу хребта, яким виконали 242 операції з приводу компресійних синдромів. При цьому виявили 288 патологічних осередків на різних рівнях (часто поєднаних). Середній вік хворих становив  $44,9 \pm 7,5$  років (від 17 до 69 років). Хворих чоловічої статі було 130 (54,0%), жіночої – 112 (46,0%). Тривалість захворювання до операції становила від 4 днів до 4 років. У більшості випадків оперативному втручання передувало тривале безуспішне консервативне лікування. У доопераційному періоді усім хворим проводили нейроортопедичне та лабораторне обстеження, комп'ютерну томографію, а в деяких випадках ядерномагнітнорезонансну томографію та мієлографію.

Аналіз результатів хірургічного лікування хворих з ускладненим остеохондрозом залежав від характеру патології і кількості уражених сегментів поперекового відділу хребта. Хворим з радікулярним компресійним синдромом виконали такі операції: інтерламініектомія з дискектомією, інтерламініектомія з менінгорадикулолізом і латеральною декомпресією, інтерламініектомія на двох рівнях, білатеральна інтерламініектомія, геміламініектомія з дискектомією і менінгорадикулолізом, ламінектомія (інтерламініектомія) зі стабілізацією оперованого сегмента керамічними імплантатами. Також здійснили малоінвазивні втручання, до яких належали 87 (35,0%) мікродискектомії, 3 (1,2%) мікродискектомії на двох рівнях та 12 (4,9%) транспасфораменотомії. Абсолютними показаннями до оперативного лікування вважали: зростаючий неврологічний дефіцит; синдром компресії "кінського хвоста"; явища "мієларадікулоішемії"; больовий синдром, який не піддавався консервативному лікуванню. Операції виконували невідкладно. Відносними показаннями до виконання хірургічного лікування були: недостатній ефект від консервативного лікування; часто рецидивуючий нервебіг; стійкий неврологічний дефіцит.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У структурі загальної патології ускладнено-

го остеохондрозу секвестровані грижі міжхребцевих дисків були у 112 (38,8%) хворих, з яких 46 (16,0%) прооперовані за малоінвазивною методикою, стеноз ХК – у 45 (15,6%) хворих, з приводу якого проводили інтерламініектомію і менінгорадикулоліз з латеральною декомпресією ХК.

У 28 (11,6%) випадках спінальний стеноз поєднувався з грижами міжхребцевих дисків, що потребувало проведення і дискектомії, а в 10 (4,1%) випадках – розширення доступу (геміламініектомії). Значні за обсягом серединні грижі потребували проведення інтерламініектомії з обох боків – 5 (2,0%). При екстрафораменальних грижах провели 12 (5%) екстраканальних доступів (транспасфораменотомій). У 2 (0,8%) випадках у зв'язку зі значною нестабільністю сегмента проводили стабілізацію корундовою і пористою керамікою, що також потребувало розширення обсягу операції для імплантації кераміки.

За рівнем оперативних втручань мікродискектомію виконували на сегменті  $L_5-S_1$  у 59 (24,3%) випадках, а транспасфораменотомію – на рівні  $L_4-L_5$  у 7 (2,9%) випадках, у зв'язку з особливостями техніки доступу. Найбільшу (121, 50,0%) кількість оперативних втручань здійснили на рівні  $L_5-S_1$ . При диспластичному остеохондрозі на рівні  $L_5-L_6$  здійснили 3 (1,2%) мікродискектомії, які мали певні технічні труднощі. Тому при цій патології частіше виконували інтерламініектомію, котра краще візуалізувала компресовані нервово-судинні структури ХК.

При розповсюдженні патологічних змін у ХК виконували переважно інтерламініектомії на двох і більше рівнях – 19 (7,8%), білатеральну інтерламініектомію – 11 (4,5%), мікродискектомії – 3 (1,2%). Багаторівневе ураження супроводжувалося у більшості випадків стенозом ХК – 16 (6,6%), що потребувало розширеної мікрохірургічної реконструкції ХК.

На момент виписки у 91,5% хворих, яким провели малоінвазивне втручання (мікродискектомія, транспасфораменотомія), повністю зникли біль і парестезії в нозі. Суттєве зменшився біль у 8,5% хворих, однак деякі неприємні відчуття в нозі у них залишилися. Біль та парестезії в нозі повністю усунули у 75 (53,5%) хворих, яким проводилося розширене оперативне втручання. Суттєве зменшення болю настало у 50 (35,7%) хворих, а 15 (10,7%) пацієнтів

виписали без суттєвих змін. Рецидиви компресійних синдромів виявили у 3 (2,8%) хворих, котрим проводили мікродискектомії. Рецидиви у 6 (4,35%) хворих після розширених втручань, на нашу думку, були пов'язані з виникненням епідурального фіброзу, котрий є наслідком значної травматизації вмісту ХК і тривалого перебігу захворювання.

Отримані результати свідчать, що при стенозах ХК у поєднанні з дисковою патологією на декількох рівнях необхідно проводити розширені оперативні втручання з метою оптимально-

го усунення вертеброрадикулярного конфлікту. Більшість мікродискектомій слід виконувати тільки при грижовій патології і при однорівневому ураженні.

**Висновки.** 1. Мікродискектомію, як стандарт лікування хворих з компресійним синдромом при остеохондрозі поперекового відділу хребта, доцільніше виконувати при однорівневих неускладнених ураженнях. 2. При багаторівневому ураженні слід виконувати розширені оперативні втручання з метою радикального усунення вертеброрадикулярного конфлікту.

### Література

1. Greenberg M.S. *Spine and spinal cord // Handbook of Neurosurgery.* – Lakeland, Florida, 1997, – V. 1. – P. 459.

#### ДЕЯКІ АСПЕКТИ МІКРОХІРУРГІЧНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ ХРЕБЕТНОГО КАНАЛУ ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ ОСТЕОХОНДРОЗІ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

*В.С.Сулима, С.І.Балан, О.Т.Тхорівський*

**Резюме.** У статті наведений аналіз впливу характеру патологічних змін хребетного каналу і їх розповсюдженість на вибір тактики хірургічного лікування. У хворих з проявами компресійного синдрому при ускладненому перебігу остеохондрозу поперекового відділу хребта на одному рівні малоінвазивні втручання (мікродискектомія, транспасфораменотомія) є оптимальними методом оперативного втручання. При багаторівневих ураженнях доцільніше виконувати розширені хірургічні операції.

**Ключові слова:** остеохондроз, хірургічне лікування.

#### SOME ASPECTS OF MICROSURGICAL DECOMPRESSION OF THE VERTEBRAL CANAL WITH COMPLICATED LUMBAR SPINE OSTEOCHONDROSIS

*V.S.Sulyma, S.I.Balan, O.T.Tkhorivs'kyi*

**Abstract.** The paper analyzes the influence of the character of pathological changes of the vertebral canal and their prevalence on the choice of a surgical approach. Miniinvasive interventions (microdiscectomy, transpasforamenotomy) are an optimal method of surgical intervention in patients with manifestations of compression syndrome in case of a complicated course of osteochondrosis of the lumbar portion of the spine at one level. It is expedient to perform extensive surgical operations with multilevel affections.

**Key words:** osteochondrosis, surgical treatment.

State Medical University (Ivano-Frankivs'k),  
Regional Clinical Hospital (Ivano-Frankivs'k)

Надійшла в редакцію 01.08.2005 р.,  
після доопрацювання – 19.09.2005 р.