

2. Вероятность уменьшения неврологического дефицита после операции непосредственно связана со степенью его выраженности до оперативного вмешательства, о чем свидетельствует удельный вес пациентов с улучшением с исходными параплегией и парапарезом — 29,5 и 50 % соответственно.

3. Ухудшение в неврологическом статусе наблюдалось у 3,4 % пациентов без неврологических нарушений до операции.

4. Хирургическое лечение пациентов с неврологическим дефицитом вследствие метастатического поражения позвоночника должно проводиться как можно раньше, оптимально — до развития нижней параплегии.

**УДК 615.462**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАТИВНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ АУТОСМЕСИ ПРИ ТРАНСФОРАМИНАЛЬНОМ МЕЖТЕЛОВОМ СПОНДИЛОДЕЗЕ**

*Кириленко С. И., Надыров Э. А., Николаев В. И., Рожин В. В., Добыш А. А.*

**Учреждение здравоохранения  
«Гомельская областная клиническая больница»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### ***Введение***

Костное сращение при трансфораминальном межтеловом спондилодезе достигается путем имплантации кейджа с трансплантантом между телами позвонков, а так же путем укладки трансплантата на декортицированные дужки, фасеточные суставы, поперечные отростки позвонков. Если при доступе использовалась высокооборотистая хирургическая костная фреза, то на этапе костной пластики возникает дефицит местного ауто трансплантата, в связи с чем требуется забор гетеротопического ауто трансплантата или использования аллотрансплантата.

### ***Материал и методы исследования***

При предложенном способе сохранения местного ауто трансплантата его роль выполняла нативная трансплантационная ауто смесь (НТА), полученная с помощью устройства для фильтрации костной стружки. Один из основных компонентов НТА, костная стружка, образуется при резекции костной ткани высокооборотистой хирургической фрезой. Роль трансплантата на этапе костной пластики выполняла НТА. Данным способом прооперировано 64 пациента. В исследование вошло 45 пациента. Средний возраст пациентов (Me (25–75 %)) составил 48 (31–52) лет, минимальный – 19 лет, максимальный — 68 лет.

Мужчин — 13 (28,9 %), женщин — 32 (71,1 %) пациентов. Оценка социальной адаптации, болевого синдрома проводилась с помощью индекса Освестри, ВАШ соответственно на момент поступления и через 6 месяцев после операции. Костное сращение определялось с помощью компьютерной томографии (КТ) через 6 месяцев.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

До операции по индексу Oswestry в первой группе не было пациентов, II — 5 (11,1 %), III — 13 (28,9 %), IV — 15 (33,3 %), V — 12 (26,7 %).

В срок 6 месяцев после операции первую группу по индексу Освестри составило 24 (53,3 %), II — 18 (40 %), III — 2 (4,4 %), IV — 1 (2,2 %), V — 0 (0 %) соответственно.

Уменьшение болевого синдрома оценивалось по разнице количества баллов до хирургической операции и после с шагом в 2 балла. Уменьшение болевого синдрома на 0–2 балла — у 3 (6,7 %), 3–4 балла — у 5 (11,1 %), 5–6 баллов — у 13 (28,9 %), 7–8 — у 17 (37,8 %), 9–10 — у 7 (15,6 %) соответственно.

У 40 пациентов из 45 в срок 6 месяцев достигнуто костное сращение по данным КТ (88,9 %). У 5 пациентов отмечена замедленная консолидация.

#### **Выводы**

Предложенный способ костной пластики местным трансплантатом в виде НТА при трансфораминальном межтеловом спондилодезе может представить альтернативу применяемым гетеротопическим ауто- и аллотрансплантатам при использовании которых костный спондилодез наступает в 70–80 % случаях.

УДК 616.711-089:615.841-047.36

### **НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АППАРАТНОГО ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ЭЛЕКТРОНЕЙРОМОНИТОРИНГА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОЗВОНОЧНИКЕ**

*Кноте А. О., Егорова З. В., Картыжова А. А.*

Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии»  
г. Минск, Республика Беларусь

#### **Цель**

Ранняя диагностика возможного механического или ишемического повреждения нервной ткани, как во время оперативного вмешательства, так и для предупреждения послеоперационных неврологических расстройств и решения диагностических задач.

#### **Материал и методы исследования**

В РНПЦ травматологии и ортопедии в период с мая 2019 г. по настоящее время в ходе выполнения 28 оперативных вмешательств у пациентов с тяжелыми врожденными деформациями, заболеваниями и повреждениями позвоночника была произведена интраоперационная оценка функционального состояния спинного мозга и спинномозговых корешков. Возраст пациентов варьировал от 4 лет до 28 лет. Женский пол — 20 пациентов, мужской — 8. Пациентам были выполнены следующие операции: коррекция и стабилизация сколиотической деформации позвоночника по методике Котреля-Дюбуссе — 10 случаев; коррекция и стабилизация кифосколиотической деформации позвоночника — 3 случая; удаление клиновидных позвонков и полупозвонков с коррекцией и стабилизацией кифосколиотической деформации позвоночника — 6 случаев; заднебоковая декомпрессия позвоночного канала с задним многоуровневым спондилодезом — 5 случаев; передняя декомпрессия позвоночного канала с передним многоуровневым спондилодезом — 4 случая.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Всем пациентам во время проведения оперативных вмешательств осуществлялся непрерывный интраоперационный контроль функционального состояния спинномозговых корешков, регистрируя электромиографическую активность мышц, а так же контроль функционального состояния проводимости спинного мозга при помощи записи моторных вызванных потенциалов, используя чрескожную транскраниальную электро-стимуляцию двигательных зон коры головного мозга, и получая ответ от мышц конечностей, что давало информацию о развитии ятрогенного раздражения или повреждении корешка и степени проводимости спинного мозга. Учитывая вариабельность трехплоскостного расположения позвонков при деформациях и поражениях позвоночного столба в 13 случаях из 28 при выполнении теста транспедикулярных винтов потребовалось перепроведение одного винта; в 2 случаях — двух транспедикулярных винтов; в одном случае — трех винтов.