УДК 616.711
Мормуль Т.С.
Студентка, НУ «Запорізька політехніка»

ЗАСТОСУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ХРЕБТА

Актуальність. Ушкодження хребта є одними з найважчих травм. За данними МОЗ України на їхню частку припадає приблизно 0,5% всіх переломів кісток. Більшість травмованих – молоді люди. 20-40% закритих ушкоджень хребта ускладнені пошкодженням спинного мозку різного ступеня тяжкості. Інвалідність при ускладнених пошкодженнях становить 95%. Летальність – до 30%.

Компресійний перелом хребта – це травма спини, внаслідок якої стискаються тіла хребця, через що ушкоджується хребетний канал (шийний відділ, грудний і поперековий, а також – крижовий і куприковий). Причинами пошкодження хребта є падіння ,стрибок на витягнуті ноги ,ДТП. Більшість компресійних переломів хребта є наслідком остеопорозу [2].

Мета дослідження: визначити ефективність малоінвазивного лікування при компресійних переломах хребта.

Завдання дослідження: розглянути сучасні оперативні методи лікування компресійних переломів хребта, їх ефективність та застосування.

Результатидосліджень. При лікуванні компресійних переломів хребта лікарі використовують досить нові процедури – вертебропластика, кіфопластика, стентопластика та транспедикулярна фіксація хребта.

Вертебропластика — це малоінванивна операція, метою якої є фіксація перелому хребця й усунення болю, викликаного цим переломом. Процедура проводиться через прокол шкіри (на відміну від відкритого втручання із застосуванням розрізу). У тіло зламаного хребця вводиться спеціальна голка, через неї в хребець подається кістковий цемент, що заповнює місце розлому й застигає протягом 10 хвилин. Це дозволяє стабілізувати хребці з середини, що веде до швидкого і тривалого полегшення больових відчуттів [3].

Операція виконується під місцевою анестезією, у деяких випадках під легким внутрішньовенним наркозом,з тривалістю близько 1 години. Через 2-3 години пацієнти можуть підніматися на ноги. На відміну від вертебропластики, при кіфопластиці у тіло зламаного хребця спочатку вводиться спеціальний балон (балонна кіфопластика), який роздувається підтиском, що призводить до певного виправлення деформації й утворення в тілі хребця порожнини. Балон здувається і видаляється, а в порожнину, що утворилася, вводиться цемент.

Переваги балонної кіфопластики наступні: можливість цілеспрямованого виправлення деформації, менший ризик поширення цементу за межі хребця [1].

Стентування тіла хребця або Стентопластіка (процедура VBS – vertebral body stenting) поєднує в собі принципи балонної кіфопластікі і судинного стента. Замість балона в тіло зламаного хребця вводиться стент – сітчаста титанова трубка, що розширюється. Стент збільшується, що призводить до виправлення деформації і відновленню висоти тіла хребця. Потім система доставки від'єднується від стента і витягується з тіла пацієнта. Встановлений стент може бути заповнений кістковим цементом, або використовуватися без цементування [4].

Транспедикулярна фіксація хребта дозволяє зафіксувати зміщений або зруйнований хребець та захистити спинний мозок.

Транспедикулярна фіксація проводиться для стабілізації пошкодженого хребта у фізіологічно вигідному положенні для швидшого одужання.

Хід такої операції проводиться через ніжки (педикули) хребців вводяться, створені з високоякісних сплавів, болти, які створюють легку та

міцнуконструкцію,щостабілізуєхребетнийстовп.Проводитьсямалоінвазивним методом без грубих розрізів. Проте, порівняно з кіфопластикою, це більш травматичне втручання, що вимагає госпіталізації пацієнта в стаціонарі.

Транспедикулярна фіксація розвантажує хребетний стовп, звільняє нервові структури від компресії, запобігає розвитку ускладнень, сприяє прискореному відновленню структури та функцій хребта [5].

Висновки. Малоінвазивні методи лікування оберігають від ранніх та пізніх ускладнень компресійних переломів хребта, а також значно скорочують відновлювальний період після травми, дозволяючи повернутися до активного життя у найкоротші терміни.

При переломі хребта часом може знадобитися заміна хребця і міжхребцевого диска на імплант для хірургічної стабілізації хребта. Фіксація хребців за допомогою кейджу та транспедикулярних гвинтів є на сьогоднішній день одним із найбільш надійних методів.

Вибір методики лікування залежить від типу перелому хребця, наявності або відсутності ушкоджень спинного мозку або навколишніх тканин, неврологічних проявів хвороби.

Список використаних джерел:

1. Компресійний перелом хребта. Режим доступу: https://zokb.org.ua/kompresiynyy-perelom-khrebta

2. Компресійний перелом хребта: основні фактори ризику. Режим доступу: https://itmed.org/articles/kompresiynyy-perelom-khrebta-osnovni-faktory-ryzyku/

3. Компресійний перелом хребця. Режим доступу: https://medclinic.info/xirurgiya-pozvonochnika/kompressionnyj-perelom-pozvonka/

4. Перелом хребта. Операція в клініці Лінько, м. Київ. Режим доступу: https://cliniclinko.com/articles-ru/perelom-pozvonochnika-operatsiya-v-klinike-linko-kiev/

5. Транспедикулярна фіксація хребта. Режим доступу: https://ecomed.ua/prods/orthopedics_and_traumatology/neirohirurgiya/fiksacia-pozvonochnika_380