



ПАМЯТКА ПАЦИЕНТУ ДО ОПЕРАЦИИ

ЗАДНЯЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ПОЗВОНОЧНИКА. ТРАНСПЕДИКУЛЯРНАЯ ФИКСАЦИЯ.

Задняя декомпрессия позвоночника с транспедикулярной фиксацией — это хирургический метод лечения стеноза (сужения) позвоночного канала, при котором осуществляется удаление структур, сдавливающих нервные элементы (дужки позвонков, желтую связку, фрагменты суставов), с последующей стабилизацией позвоночника с помощью металлической конструкции. Данный метод позволяет устранить компрессию спинного мозга и нервных корешков и восстановить опороспособность позвоночника на оперированном уровне.

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ

- Стеноз позвоночного канала поясничного, грудного или шейного отдела с развитием нейрогенной перемежающейся хромоты (невозможность пройти более 100-200 метров из-за боли и слабости в ногах);
- Декомпенсированный стеноз с развитием миелопатии (нарушение функции спинного мозга) или корешкового синдрома;
- Спондилолистез (соскальзывание позвонка) со стенозом и нестабильностью позвоночника;
- Сочетание стеноза с грыжей диска и нестабильностью позвоночного сегмента;
- Гипертрофия (утолщение) желтой связки и дугоотростчатых суставов, вызывающая компрессию нервных структур;
- Неэффективность консервативного лечения при сохраняющемся болевом синдроме и неврологическом дефиците;
- Посттравматические деформации и стенозы.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Тяжелое соматическое состояние пациента (декомпенсация сердечно-сосудистой, дыхательной систем);
- Необратимые нарушения свертываемости крови;
- Местный или общий инфекционный процесс (в том числе спондилодисцит);
- Онкологические заболевания с метастазами в позвонки на оперируемом уровне;
- Выраженный остеопороз (снижение плотности костной ткани), делающий невозможной надежную фиксацию винтов;
- Терминальные состояния.

ЭТАПЫ И ИХ ОСОБЕННОСТИ

Операция проводится под общим наркозом с использованием интубации трахеи и искусственной вентиляции легких. Пациент укладывается на операционный стол в положении на животе (на специальных валиках для исключения давления на живот и грудную клетку).

ОСОБЕННОСТИ ДОСТУПА К ПОЗВОНОЧНИКУ

Хирург выполняет линейный разрез кожи по средней линии спины (или шеи) длиной от 10 до 25 см (в зависимости от количества пораженных сегментов). Мышцы, прикрепляющиеся к остистым отросткам, отслаиваются и разводятся в стороны, открывая задние структуры позвоночника: остистые отростки, дужки позвонков и дугоотростчатые суставы.

ОСОБЕННОСТИ ДЕКОМПРЕССИИ НЕРВНЫХ СТРУКТУР

С использованием операционного микроскопа или увеличительной оптики хирург выполняет резекцию (удаление) остистых отростков, дужек позвонков (ламиноэктомия или ламинэктомия), утолщенной желтой связки и, при необходимости, медиальных отделов дугоотростчатых суставов. Это позволяет расширить позвоночный канал, освободить спинной мозг и нервные корешки от сдавления. При наличии грыж диска или остеофитов (костных разрастаний) они также удаляются.

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ

Для стабилизации позвоночника и предотвращения нестабильности после декомпрессии выполняется транспедикулярная фиксация. Под контролем электронно-оптического преобразователя (интраоперационной рентгенографии) в тела позвонков через ножки дуг (педикулы) вводятся специальные титановые винты. Справа и слева винты соединяются между собой продольными стержнями (штангами), образуя единую жесткую конструкцию. При необходимости (несращение, дефекты кости) в межтеловое пространство могут устанавливаться кейджи (импланты) для формирования костного блока.

ОСОБЕННОСТИ ОКОНЧАНИЯ ОПЕРАЦИИ

После завершения декомпрессии и фиксации проводится тщательный гемостаз (остановка кровотечения). Рана послойно ушивается, с установкой активного дренажа (трубок) для оттока послеоперационного отделяемого. Дренажи удаляются обычно на 2-3 сутки.

После окончания операции пациента переводят в палату интенсивной терапии (реанимацию) или палату пробуждения для наблюдения за неврологическим статусом, гемодинамикой и контроль дренажей. Длительность пребывания в реанимации составляет от нескольких часов до 1-2 суток (в зависимости от объема операции). Затем пациент переводится в профильное отделение, где врач продолжает наблюдение и корректирует назначения. Активизация пациента (вставание, ходьба) обычно разрешается на 2-3 сутки после операции в послеоперационном корсете или жестком воротнике (в зависимости от отдела позвоночника) под контролем врача. Общий срок госпитализации составляет от 7 до 14 дней (в зависимости от сложности операции и восстановления).

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Распространенные (временные)

- Боль и дискомфорт в области послеоперационной раны;
- Усиление чувства онемения или парестезий («мурашек») в конечностях (реакция нервных структур на декомпрессию);
- Мышечный спазм в области операции;
- Тошнота после наркоза;
- Гематома (синяк) мягких тканей в области операции.

Редкие

- Неполное заживление послеоперационной раны (ликворея) — подтекание спинномозговой жидкости;
- Присоединение инфекции (эпидурит, спондилит, нагноение послеоперационной раны);
- Временное усиление неврологического дефицита (слабость в конечностях) из-за отека спинного мозга или корешков;
- Неправильное положение или миграция (смещение) винтов/стержней;
- Тромбоз глубоких вен нижних конечностей;
- Перелом ножки позвонка или тела позвонка при введении винтов.

Очень редкие

- Кровотечение с формированием эпидуральной гематомы, требующее повторного вмешательства;
- Повреждение твердой мозговой оболочки с ликвореей, требующее дополнительного ушивания;
- Повреждение нервного корешка или спинного мозга с развитием стойкого неврологического дефицита (паралич, нарушение функции тазовых органов);
- Несостоятельность металлоконструкции (перелом винтов или стержней) в отдаленном периоде;
- Отсутствие костного сращения (формирование ложного сустава);
- Тромбоэмболические осложнения.

Обращаем внимание, что представленная информация носит ознакомительный характер и не заменяет консультацию лечащего врача-нейрохирурга (вертебролога)!

Риски всегда обсуждаются индивидуально.