

*Marek Kopytek, Zbigniew Jagodziński,
Maciej Cabaj, Przemysław Kloczkowski,¹*

Krótkoodcinkowa stabilizacja kręgosłupa piersiowo-lędźwiowo-krzyżowego metodą DERO

***Streszczenie.** Przedstawiony materiał kliniczny obejmuje 20 chorych operowanych w okresie od czerwca 1995 roku do grudnia 1996 roku, u których zastosowano krótkoodcinkową stabilizację kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z wykorzystaniem implantów SPINAL SYSTEM DERO.*

Wśród operowanych było 8 kobiet i 12 mężczyzn, w wieku od 19 do 51 lat - średnia wieku wyniosła 41 lat.

Wyodrębniono 3 grupy chorych:

- I grupa (N=10) obejmowała kręgozmyki i niestabilność kręgosłupa,
- II grupa (N=9) obejmowała złamania kręgosłupa lędźwiowego
- III grupa (N=1) z naciekiem nowotworowym łuku kręgu.

W grupie I znajdowali się chorzy z kręgozmykami cieśniowymi, zwyrodnieniami, oraz z niestabilnością po uprzednio wykonanych operacjach. Wskazaniem do leczenia w tej grupie chorych były stałe dolegliwości bólowe oraz ubytkowe objawy neurologiczne. Operacja polegała na wykonaniu spondylodezy tylnej przy wykorzystaniu śrub transpedicularnych, śrub podciągowych służących do repozycji przemieszczonego kręgu, prętów kręgosłupowych, bloków krzyżowych w przypadku kręgozmyki L₅. Odbarczano elementy nerwowe w przypadku obecności ubytkowych objawów neurologicznych wykonując laminektomię, discekt-

trmię i niekiedy foraminotomię. Po wykonaniu repozycji kręgozmyki dokonywano dystrakcji z odtworzeniem prawidłowej lordozy kręgosłupa. Pręty kręgosłupowe łączono płytkami poprzecznymi H, dla uzyskania lepszej stabilizacji.

W grupie II byli chorzy leczeni z powodu świeżych lub rzadziej - kilkumiesięcznych złamań kręgosłupa, którzy mieli wykonaną laminektomię odbarczającą połączoną z usztywnieniem tylnym kręgosłupa z wykorzystaniem strzałki. Wskazaniem do leczenia operacyjnego były złamania kompresyjne trzonów z przemieszczeniami do kanału kręgowego, z różnym stopniem uszkodzenia korzeni rdzeniowych, ogona końskiego lub stożka końcowego. Najpierw odbarczono uciśnięte elementy nerwowe na drodze laminektomii, a następnie wprowadzono śruby transpedikularne w nasady łuków kręgow sąsiadujących ze złamanymi kręgami, zakładano pręty kręgosłupowe, dokonywano dystrakcji i liczone pręty płytkami poprzecznymi H.

¹ *Marek Kopytek, Zbigniew Jagodziński, Maciej Cabaj, Przemysław Kloczkowski*, Oddział Neurotraumatologii i Neurochirurgii Katedry Neurochirurgii AM w Łodzi. Kierownik: Prof. dr hab. med. *Z. Jagodziński*

W grupie III znalazła się chora z naciekiem nowotworowym łuku kręgu Th₁₂, z objawami ucisku worka oponowego i elementów nerwowych. Po wykonaniu laminektomii odbarczającej wkręcono śruby transpedikularne do nasad łuków sąsiednich kręgów i po założeniu prętów połączono je płytką H.

Obserwacja pooperacyjna wynosi od 18 miesięcy u pierwszych operowanych chorych do 1,5 miesiąca u najpóźniej operowanych.

Najlepsze wyniki zaobserwowano u chorych w grupie I. U większości z nich dolegliwości bólowe ustąpiły bezpośrednio po operacji, a ubytkowe objawy neurologiczne wycofały się w ciągu kilku tygodni lub kilku miesięcy.

W grupie II najlepsze wyniki stwierdzono u osób, które miały zespół bólowy jako jedyny objaw kliniczny - u nich bóle zmniejszyły się w sposób znaczący lub ustąpiły całkowicie. Z 4 osób z niedowładami kończyn dolnych u 3 niedowład zmniejszył się znacząco, u 1 występuje paraplegia dolna. Zaburzenia czynności

zwieraczy pęcherza moczowego występują u 3 chorych.

U chorej w grupie III zmniejszyły się bóle, które były głównym objawem klinicznym. Zaobserwowano 4 powikłania pooperacyjne. 2 z nich polegały na braku gojenia rany pooperacyjnej związanej z wydobywaniem się martwaków kostnych użytych do obłożenia łuków, w jednym przypadku wystąpiło jałowe ropienie rany pooperacyjnej. Chorzy ci byli reoperowani i po usunięciu zmienionych martwiczo tkanek, oraz po zastosowaniu drenażu płuczącego rany, gojenie przebiegało prawidłowo. U jednego chorego doszło do zagięcia kąтового śrub transpedikularnych nad niestabilnym kręgiem. Wykonano ponowną operację, wydłużając o 2 sąsiednie segmenty odcinek kręgosłupa objęty spondylodezą tylną.

Reasumując, transpedikularna stabilizacja kręgosłupa lędźwiowego i jego pogranicza piersiowego i krzyżowego jest wystarczająco mocna i pozwala na szybką rehabilitację niezależnie od rodzaju choroby, która była przyczyną leczenia operacyjnego.