

Adamski Ryszard, Tura Krzysztof¹

Stabilizacja krótkoodcinkowa w leczeniu schorzeń i urazów kręgosłupa -w materiale własnym

Streszczenie: Autorzy przedstawiają własne doświadczenia w zastosowaniu stabilizacji wewnętrznej kręgosłupa systemem DERO. W Oddziale Urazowo-Ortopedycznym Szpitala Miejskiego w Toruniu od marca 1995 do stycznia 1996 roku leczono sześciu chorych z zastosowaniem systemu DERO - wśród nich było pięcioro chorych po urazach oraz jeden ze zmianami nowotworowymi. Osiągnięto zachęcające wczesne rezultaty, lecz z uwagi na niewielką ilość przypadków oraz krótki okres obserwacji praca ta ma charakter doniesienia wstępnego.

Wstęp

Poszukiwanie dobrego i o stosunkowo przystępnej cenie zestawu do stabilizacji tylnej kręgosłupa skłoniły nas do zakupu stabilizatora systemu DERO. Zdecydowała o tym nie tylko cena kilkakrotnie niższa od porównywalnych stabilizatorów renomowanych firm, a przede wszystkim jego uniwersalność umożliwiająca stosowanie haków i śrub transpedikularnych pozwalających na krótką i mocną stabilizację z jednoczesną dystrakcją i odtworzeniem krzywizn fizjologicznych kręgosłupa.

Zabiegi operacyjne z zastosowaniem stabilizatorów wewnętrznych kręgosłupa systemu DERO prowadzono na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym Szpitala Miejskiego w Toruniu w marcu 1995 r. Do stycznia 1996 operowano sześciu chorych, pięciu po urazach kręgosłupa oraz jednego z powodu przerzutów nowotworowych.

Opis przypadków

Przypadek 1

Mężczyzna lat 52 przyjęty do naszego oddziału po pięciu tygodniach od doznanego

urazu kręgosłupa po upadku z wysokości. Rozpoznano złamanie kompresyjne trzonu kręgu Th₁₂ z porażeniem kończyn dolnych. Zastosowano leczenie operacyjne laminektomię Th₁₂ z odbarczeniem kanału kręgowego oraz stabilizację kręgów Th₁₁-L₁ za pomocą śrub transpedikularnych. Uzyskano znaczną korekcję przemieszczeń złamanego kręgu. Stan neurologiczny uległ poprawie - obecnie pacjent w stanie ogólnym dobrym zaadaptowany jest do wózka inwalidzkiego.

Przypadek 2

Mężczyzna lat 65 przekazany z oddziału neurologii z objawami narastającego od 2 tygodni niedowładu kończyn dolnych. Rozpoznano złamanie patologiczne kręgów Th₇-Th₈. Wykonane badania TK wykazało rozległy naciek nowotworowy przechodzący ze ściany klatki piersiowej do światła kanału kręgowego. Zastosowano leczenie operacyjne - laminektomię Th₇-Th₈ z częściowym usunięciem mas nowotworowych oraz stabilizację tylną za pomocą haków i prętów. Po zabiegu nastąpiła znaczna poprawa stanu neurologicznego oraz ustąpiły dolegliwości bólo-

¹ Ryszard Adamski, Krzysztof Tura, Szpital Miejski w Toruniu, Oddział Urazowo-Ortopedyczny, ul. Matejki 70 m.6, 87-100 Toruń, tel. (0-56) 214-20. Ordynator: dr n. med. Ryszard Adamski

we. W ciągu trzymiesięcznej obserwacji pooperacyjnej nie zaobserwowano pogor-

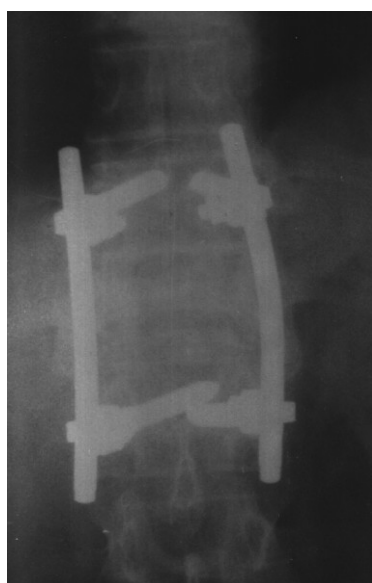
szenia stanu neurologicznego.



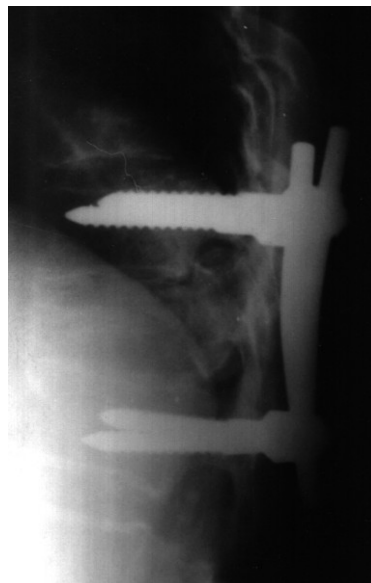
Rys.1 .Przypadek 1.



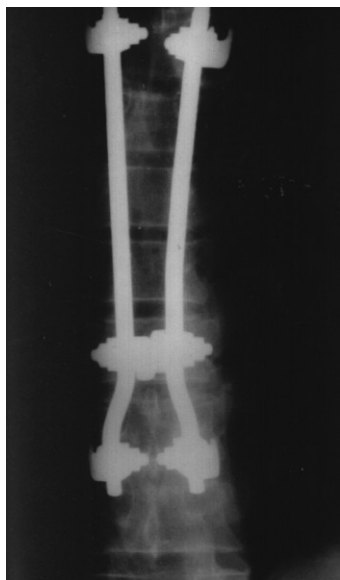
Rys.2 .Przypadek 1.



Rys.3 .Przypadek 1.



Rys.4 .Przypadek 1.

*Rys.5 .Przypadek 2.**Rys.6 .Przypadek 2.***Przypadek 3**

Mężczyzna lat 31 przyjęty w pierwszej dobie po wypadku w pracy (przygnieciony przez wózek widłowy). Wykonane zdj.rtg. i TK wykazały złamanie trzonu kręgów L₁-L₂ z przemieszczeniem odłamów do światła kanału kręgowego ze zmniejszeniem jego szerokości 1/2. Badaniem neurologicznym stwierdzono: niewielki niedowład kończyn dolnych oraz zaburzenia zwieraczy. Wykonano doraźnie zabieg operacyjny laminectomię L₁-L₂ z odbarczeniem kanału kręgowego, stabilizację Th₁₂-L₃ za pomocą śrub transpedikularnych oraz spondylodezę tylną. Po zabiegu zaburzenia neurologiczne ustąpiły całkowicie. Kontrolne zdj.rtg. wykazały pełne odtworzenie wysokości złamanych trzonów kręgowych. W piątej dobie po operacji rozpoczęto pionizację, po trzech miesiącach od operacji pacjent chodzi sprawnie, bez żadnych dolegliwości i objawów neurologicznych.

*Rys.7 .Przypadek 3 .*



Rys.8. Przypadek 3 .



Rys.10. Przypadek 3 .



Rys.9. Przypadek 3 .



Rys.11. Przypadek 3 .

Przypadek 4

Kobieta lat 17 przyjęto po upadku z wysokości ze złamaniem kręgu Th₁₂ z całkowitym porażeniem kończyn dolnych. Badanie TK wykazało przemieszczenie odłamów kostnych do światła kanału kręgowego ze znacznym jego zwężeniem. W pierwszej dobie od urazu wykonano zabieg operacyjny- laminektomię Th₁₂ z odbarczeniem kanału kręgowego, stabilizację Th₁₁-L₁ za pomocą haków i śrub transpedikularnych. Stan neurologiczny nie ulega poprawie, kontrolne zdj.rtg. wykazało przemieszczenie haków założonych za krąg Th₁₁ z utratą korekcji przemieszczeń. Pacjentkę przekazano do dalszego leczenia w ośrodku specjalistycznym.

Przypadek 5

Mężczyzna lat 59 na oddział w dziesiątej dobie od urazu (upadek z wysokości w czasie wykonywania prac w gospodarstwie rolnym) z niewielkiego stopnia niedowładem kończyn dolnych i zaburzeniami zwieraczy. Badanie rtg i KT wykazało złamanie kręgów L₁-L₂ z przemieszczeniem odłamów do światła kanału kręgowego z jego zwężeniem o 1/2 szerokości. Wykonano zabieg operacyjny-laminektomię L₁ z odbarczeniem kanału kręgowego oraz stabilizację odcinka Th₁₂-L₃ za pomocą śrub transpedikularnych, oraz spondylodezę tylną, po czterech tygodniach od operacji ustąpiły wszystkie zaburzenia neurologiczne. Pacjent chodzi sprawnie bez dolegliwości.



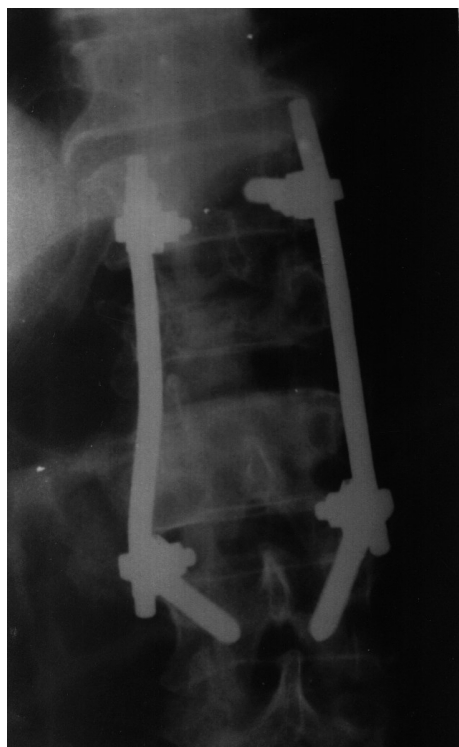
Rys.12. Przypadek 5 .



Rys.13. Przypadek 5 .



Rys.14. Przypadek 5.



Rys.15. Przypadek 5.



Rys.16. Przypadek 5.

Przypadek 6

Mężczyzna lat 42 przyjęty na oddział po upadku z wysokości z całkowitym porażeniem kończyn dolnych. Badanie TK wykazało złamanie trzonów i łuków kręgow Th₄ i Th₅ z kręgozmykiem urazowym ze znacznym zwężeniem światła kanału kręgowego. Wykonano zabieg operacyjny-laminektomię Th₄-Th₅ oraz stabilizację Th₃-Th₆ za pomocą haków i prętów metalowych z korekcją przemieszczeń. Nie uzyskano poprawy neurologicznej.

Wnioski

1. Stosowanie stabilizatorów wewnętrznych systemów DERO daje możliwość korekcji przemieszczeń w przypadku urazów kręgosłupa za pomocą dys-

- trakcji i odtworzenia krzywizn fizjologicznych.
2. Najpewniejszą stabilizację w dolnym odcinku kręgosłupa piersiowego oraz w odcinku lędźwiowym uzyskuje się za pomocą śrub transpedikularnych.
 3. Dobra jakość stabilizatora systemu DERO, łatwość montażu oraz przystępna cena zachęcają do jego szerszego stosowania.
 4. Stosowanie stabilizatorów wewnętrznych DERO celowe jest również w zabiegach w obrębie kręgosłupa zmniejszających jego stabilność, np. w odbarczeniu przerzutów nowotworowych.

Piśmiennictwo:

1.Ciupik L., M.Golik: *Nowy polski system do trójplaszczynowej operacji sko-*

liozy, Chir. Narz. Ruchu. Ortop. Pol., LVII, Supl.1; **2. Doniec J., M. Paściak,** *Zespolenie transpedikularne w leczeniu złamań odcinka piersiowo-lędźwiowego kręgosłupa* Chir. Narz. Ruchu Ortop. Pol. 1993; LVII(5); 361÷364; **3. Doniec J., M. Paśniak,** *Urazy kręgosłupa lędźwiowo-piersiowego: wskazania do stabilizacji wewnętrznej*, [w:] Uniwersalny System korekcyjno-stabilizacyjny DERO do operacyjnego leczenia kręgosłupa, 1995; z.1; s. 123÷128, **4.Wroński J., W. Berny i inni,** *Wstępne wyniki zastosowań stabilizatorów wewnętrznych DERO w schorzeniach kręgosłupa odcinka piersiowo-lędźwiowego* [w:] Uniwersalny system korekcyjno-stabilizacyjny DERO do operacyjnego leczenia kręgosłupa; 1995; z.1; s. 151÷157.