

**ТИТАНОВЫЙ КЕЙДЖ-ГИБРИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ  
ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

**Сабыралиев М.К.**

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В Бишкекском научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии за период с 2009 по 2012 гг. проведено хирургическое лечение 42 больных с сочетанием титанового кейдж-гибрида с аутокостной пластикой с дегенеративно-дистрофическими поражениями поясничного отдела позвоночника. Из всех пролеченных пациентов женщины составили 20 больных (46,5%), а 22 - мужчины (53,5%). Отдаленные результаты отслежены у 33 пациентов. У 28 (84,8%) больных отмечен полный регресс болевой симптоматики, у 4 (12,1 %) пациентов после операции умеренные боли после длительной ходьбы, а у 1 (3%) боли при перемене положения и ходьбе. Способ переднего спондилодеза титановым кейджем при дегенеративных заболеваниях позвоночника позволяет достигнуть положительного результата с минимальной травматизацией.

**Ключевые слова:** Титановый кейдж, хирургическое лечение, поясничный отдел позвоночника.

**ТИТАНДАН КЕЙДЖ- ГИБРИД МЕНЕН ДЕГЕНЕРАТИВТҮҮ БУЗУЛГАН БЕЛ  
ОМУРТКАЛАРЫН ДАРЫЛОО**

**Сабыралиев М.К.**

Бишкек шаарынын травматологиялык жана ортопедиялык илим-изилдөө борбору  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бишкек шаарынын травматологиялык жана ортопедия илим-изилдөө борборунда 2009 жылдан 2012 жылга чейинки бел омурткасы оруулары менен 42 бейтапка хирургиялык дарылоо жүргүзүлгөн титан кейдж-гибридке соок кошулуп. Дарылангандардын ичинен аялдар 20 орулуу (46, 5%), жана эркектер 22 (53,5%). Алыстатылган натыйжалар 33 оруларда байкоо жүргүзүсүндөгөн. 28(84,8%) бейтапта оруунун сезилиши толугу менен артка кетүүсү байкалган, 4 (12,1%) бейтапта операциядан кийин узака басып жүргөндөн кийин оруганы орточо байкалган, а эми 1 (3%) орулууда авалын көтөрүп жана басканда бел орусу байкалган. Омуртка тутумунун орууларын дарылоо, оуркалар денесинин ортосуна титан кейдж-гибрид кадалган спондилодез ыкмасы минималдуу травмасыз жакшы натыйжаны берет.

**Негизги сөздөр:** титан кейджи, хирургиялык дарылоо, омуртка тутумунун бел бөлүгү.

**TITANIUM CAGE HYBRID IN THE TREATMENT OF DEGENERATIVE LUMBAR SPINE**

**Sabyraliev M.K.**

Bishkek Research Center of Traumatology and Orthopedics  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** In Bishkek Research Center of Traumatology and Orthopaedics in the period from 2009 to 2012. underwent surgical treatment in 42 patients and degenerative-dystrophic lesions of the lumbar spine in combination titanium cage hybrid with autokostnoy plasticity. Of all treated patients , women accounted for 20 patients (46.5%) , and 22 - male (53.5 %). Long-term results in 33 patients monitored . In 28 ( 84.8 % ) patients reported complete regression of pain symptoms , in 4 ( 12.1% ) patients after the operation moderate pain after a long walk , and in 1 ( 3 % ) , pain when changing position and walking. Method anterior fusion of titanium cages in degenerative diseases of the spine can achieve a positive result with minimum damage.

**Key words:** titanium cage, surgical treatment, lumbar spine.

**Актуальность.**

Межтеловой спондилодез предусматривает стабилизацию передней опорной колонны. При дегенеративной патологии позвоночника, наиболее распространёнными методами его достижения являются задний и передний доступы. [5]. Однако в техническом отношении межтеловой спондилодез задним доступом достаточно сложное и травматическое вмешательство для нервных корешков. Кроме того, значительная часть межпозвоночного диска полностью не резецировалась, препятствуя возникновению костного сращения [6,7,8].

Хирурги-вертебрологи не могут преодолеть психологический барьер перед вентральными вмешательствами, необоснованно считая их небезопасными. Сторонники же вентральных операций, наоборот считают декомпрессию и межтеловой спондилодез из позвоночного канала более травматичными для корешков, так как они сопряжены с формированием эпидурального фиброза и рецидивами грыж дисков у 7—27% оперированных [2,3,4,9]. В литературе появляется все больше публикаций, свидетельствующих об

осложнениях и реоперациях (до 21 %) после дорсальных вмешательств [1,3,4].

Использование кейджей, заполненных аутокостью или остеоиндуктивным материалом, позволяет восстановить высоту межтелового промежутка и обеспечивает интеграцию костной ткани с имплантом с последующим формированием на уровне сегмента спондилодеза.

Применение кейджей имеет ряд преимуществ, связанных с их большей биомеханической прочностью, высокой плотностью, элиминацией осложнений, связанных с применением аутотрансплантата; кейдж имеет определенные, заранее заданные размеры, поверхность его обработана так, чтобы создать максимальную площадь соприкосновения костной ткани с имплантом. Установка кейджа настолько повышает сегментарную стабильность, что даже при двухуровневом поражении возможно их использование без дополнительной фиксации пластиной [10].

**Материалы и методы.**

За период с 2007 по 2014 гг в БНИЦТО, проведено



синдромом, нестабильность пояснично-двигательного сегмента.

Оперативное вмешательство, проводили вышеописанным способом под эпидуральной анестезией в положении больного на правом боку. Осуществили внебрюшинный левосторонний доступ к очагу поражения, с удален пораженный диск и гиалиновые пластины тел сочленяемых позвонков, после чего произвели забор аутотрансплантатов из крыла подвздошной кости и последний уложен в специальное отверстие в кейдже и установлен при помощи насадки, между сочленяемыми позвонками и фиксирован к позвонкам спонгиозными винтами через лопасти - «ушки» с отверстиями, установка дренажа и послойное восстановление послеоперационной раны, асептическая повязка.

Контрольный осмотр осуществлен через 6 месяцев, объем движений позвоночника в полном объеме, болевого и корешкового синдрома не отмечалось. Рентгенологически спондилодез состоятельный с признаками формирующегося костного блока.

Вентральный спондилодез титановым кейджем при дегенеративных заболеваниях позвоночника позволил достигнуть положительного результата у 84,8% больных с минимальной травматизацией, так как нет необходимости забора в большом количестве аутотрансплантатов из крыла

подвздошной кости, а также полностью исключается возможность возникновения лизиса установленных аутотрансплантатов, рецидивов нестабильности после спондилодеза и позволяет проводить раннюю активизацию оперированных больных.

**Литература:**

1. Доценко В.В., Шевелев И.Н., Загородний Н.В. и др. Спондилолистез: передние малотравматичные операции // Хирургия позвоночника. 2004. № 1. С. 47–54.
2. Колотов Е.Б., Булгаков В.Н., Евсюков А.В. Роль врожденного стеноза межпозвонкового отверстия в хирургическом лечении грыж межпозвонковых дисков // Хирургия позвоночника. 2009. № 1. С. 36–40
3. Миронов С.П., Ветрилэ С.Т., Ветрилэ М.С. и др. Оперативное лечение спондилолистеза позвонка L5 с применением транспедикулярных фиксаторов // Хирургия позвоночника. 2004. № 1. С. 39–46
4. Продан А.И. Ортопедические аспекты хирургического лечения стеноза позвоночного канала // Ортопед., травматол. и протезир. 2005. № 1. С. 93–97.
5. Ветрилэ С.Т., Кулешов А.А. Хирургическое лечение спондилолистеза с использованием транспедункулярных систем фиксации и других металлических конструкций. // Материалы Конгресса травматологов-ортопедов России с международным



**Рис 1. «а» до операции**



**«б» после операции**



**Рис 2. Хороший функциональный результат через 6 мес.**

участием «Новые имплантаты и технологии в травматологии и ортопедии». – Ярославль. - 2-5 июня 1999. - С.88-89.

6. Митбрейт И.М.. Спондилолистез. — М.: Медгиз. — 1978.— 271 с.

7. Мовшович И.А.. Оперативная ортопедия. – М.: Медицина. – 1994. – 446.

8. Никольский М.А. Недостатки задних и преимущества передних оперативных доступов к телам поясничного отдела позвоночника. // В кн.: Патология позвоночника. – Новосибирск. - 1970. – С. 150-15411.

9. Boden S.D., Martin C., Rudolph R., et al. Increase of motion between lumbar vertebrae after excision of the capsule and cartilage of the facets. A cadaver study // J. Bone Joint Surg. Am. 1994. Vol. 76. P. 1847–1853.

10. Roberto Assietti, M.D., Federica Beretta, M.D., and Cesare Arienta, M.D. Two-level anterior cervical discectomy and cage-assisted fusion without plates. Neurosurg Focus 12 (1):Article 3, 2002.