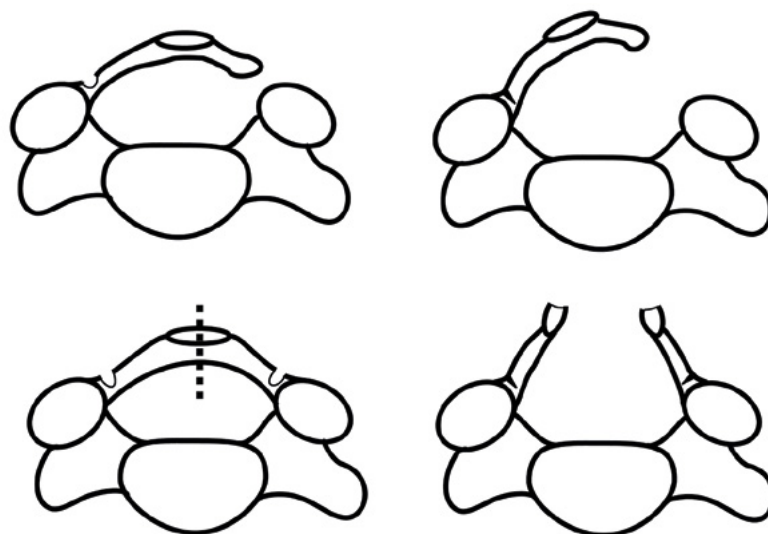


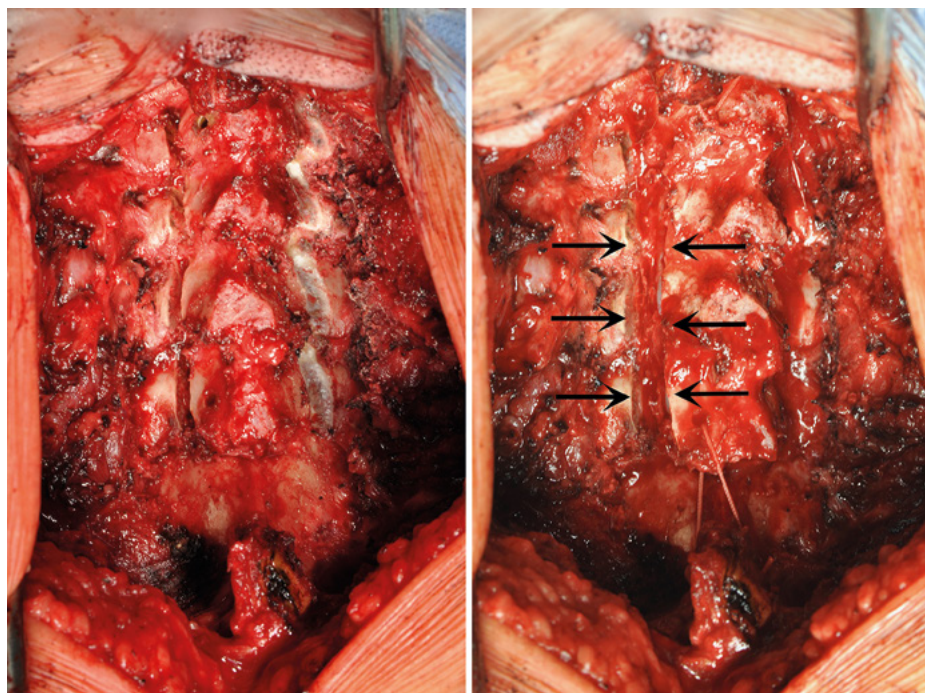
vyztužené, s úhlově částečně upravitelnými koncovkami a po vložení se roztáhnou do požadované délky. Komplikace při předních výkonech mohou být v rámci přístupu – poranění cév, nervů, orgánů dýchací a trávicí soustavy. Z dalších komplikací je nutné zmínit možnost vzniku pooperačního hematomu. Ten může být lokalizován do oblasti dekomprese v páteřním kanále, s následným útlakem nervových struktur a většinou postupným zhoršováním neurologického nálezu. K došetření je vhodná kontrolní MRI a dle nálezu operační revize, odstranění náhrady, vypuštění hematomu, stavění krvácení a opět vrácení náhrady a stabilizace. Druhou možností výskytu pooperačního hematomu je prevertebrální lokalizace v měkkých částech krku. Po operaci dochází k otoku krku, zhoršenému polykání a dýchání. Je hned indikovaná operační revize, výplach koagul, stavění krvácení a zavedení odsavné drenáže. Infekční komplikace mohou být časně, nebo pozdní. Oproti zadním výkonům jsou po předních výkonech velice vzácné. Nejzávažnější komplikací může být zhoršení neurologického nálezu při malpozici štěpu, klece, šroubů a dlahy. Po MRI došetření je indikovaná okamžitá revize s úpravou implantátů a štěpů. Z pozdních komplikací se vyskytuje nezhojení fúze, poškození implantátů, vycestování šroubů, vzácně i polykací potíže při prominenci dlahy a implantátu. Principem operačního výkonu je pevná fúze. Časem může docházet u některých pacientů k přetížení sousedních segmentů, jejich degeneraci a vzniku tzv. adjacent segment disease (ADS). Prevencí je šetrná operační preparace, bez poškození přilehlých plotének, nepřekorigování výšky náhrady ploténky a tím opět zvýšení tlaku na přilehlé segmenty, a v rámci pooperační péče dbát na správnou rehabilitaci, instruktáž cvičení na uvolnění zkrácených šijových svalů a současně posílení oslabených svalů se snahou o obnovení fyziologického tvaru krční páteře.

Ze zadního přístupu je operace většinou indikovaná při víceetážovém postižení, primární stenóze a zachované krční lordóze. Operační výkon se dělí na laminektomii, odstranění celého obratlového oblouku, a laminoplastiku, otevření obratlového oblouku a tím rozšíření páteřního kanálu. Při deformitě, kyfotizaci, nestabilitě je nutná zad-

Obr. 4. Nahoře Hirabayashiho jednostranná, open door, laminoplastika, dole Kurokawova oboustranná, french door, laminoplastika



Obr. 5. Peroperační snímky, vlevo po protnutí oblouku vlevo a žlábek vpravo, vpravo po odklopení a šipky naznačují rozšíření páteřního kanálu, šedě prosvítající durální vak



ní stabilizace. Laminektomie je indikovaná spíše u jedno- až dvouetážového postižení. Principem je částečné nebo úplné odstranění obratlového oblouku, laminy, s dekompresí nervových struktur a ve většině případů je doplněná zadní stabilizací páteře. Při zadní stabilizaci se použijí šrouby implantované do kloubních masivů. Druhou možností v oblasti dolní krční páteře je zavedení pedikulárních

šroubů. Velice vzácně se dají použít i speciální háčky, zavedené za obratlové oblouky, nebo drátěné kličky podvlečené opět pod obratlové oblouky. Vše se spojuje pomocí tyčí. Zadní stabilizace umožňuje udělat částečnou kompresi, stažení, nebo distrakci, roztažení pohybového segmentu. Chirurgické řešení CSM má za úkol dekompresi nervových struktur a co nejméně poškodit stabilitu páteře. V oblasti krční páteře