

М. В. Хижняк, Ю. Е. Педаченко, А. Ф. Танасейчук, А. Н. Фурман, Ю. А. Бондарчук

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ГРЫЖАМИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

ГУ «Институт нейрохирургии им. А. П. Ромоданова НАМН Украины»

Проанализированы результаты хирургического лечения 206 пациентов с множественными грыжами шейного отдела позвоночника, которые были оперированы с применением различных малоинвазивных хирургических методик (пункционной лазерной микродискэктомии, открытой микродискэктомии, а также комбинацией вышеперечисленных методов). Средний возраст пациентов составлял – $49 \pm 0,56$ лет. Пункционная лазерная микродискэктомия была проведена 79 больным, открытая микродискэктомия с последующей установкой кейджа, выполнена 78 больным, 49 пациентов были оперированы с использованием комбинированных методик. Выраженность болевого синдрома оценивали по шкале ВАШ. У пациентов, которым выполнено пункционную лазерную микродискэктомию болевой синдром регрессировал с $5,8 \pm 1,4$ балла до $4,8 \pm 1,2$ в раннем послеоперационном периоде, через 6 месяцев до $2,45 \pm 1,7$, а спустя 1 год до $1,8 \pm 0,11$, пациентам, которым произведено открытую микродискэктомию боль регрессировала с $9,8 \pm 1,6$ до $1,5 \pm 1,4$ в раннем послеоперационном периоде, через 6 месяцев до $1,2 \pm 1,3$, через 1 год до $0,7 \pm 0,23$, после применения комбинированной методики болевой синдром регрессировал с $9,7 \pm 1,3$ до $1,5 \pm 1,4$ в раннем послеоперационном периоде, через 6 месяцев до $1,0 \pm 1,2$, а соответственно через 1 год до $0,8 \pm 0,6$.

Таким образом, дифференцированное применение хирургических методик является высокоэффективным малоинвазивным методом лечения больных с множественными грыжами шейного отдела позвоночника.

Ключевые слова: шейный отдел позвоночника, дискэктомия, хирургическое лечение.

M. V. Hizhnyak, Yu. E. Pedachenko, A. F. Tanaseychuk,
A. N. Fuhrman, Yu. A. Bondarchuk

THE IMMEDIATE AND LONG-TERM RESULTS OF DIFFERENTIATED SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MULTIPLE HERNIAS OF THE CERVICAL SPINE

The results of surgical treatment of 206 patients with multiple hernias of the cervical spine were analyzed. They were operated using various minimally invasive surgical techniques (puncture laser microdiscectomy, open microdiscectomy, and a combination of the above methods). The average age of the patients was; $-49 \pm 0,56$ years. Puncture laser microdiscectomy was performed in 79 patients, open microdiscectomy followed by installation of a cage, 78 patients were performed, 49 patients were operated using combined methods. The severity of the pain syndrome was assessed according to the VAS scale. In patients who underwent puncture laser microdiscectomy, the pain syndrome regressed from 5.8 ± 1.4 points to 4.8 ± 1.2 in the early postoperative period, 6 months to 2.45 ± 1.7 , and 1 year to $1,8 \pm 0,11$, patients who underwent open microdiscectomy pain regressed from $9,8 \pm 1,6$ to $1,5 \pm 1,4$ in the early postoperative period, in 6 months to $1,2 \pm 1,3$, through 1 year to 0.7 ± 0.23 , after application of the combined technique, the pain syndrome regressed from 9.7 ± 1.3 to 1.5 ± 1.4 in the early postoperative period, after 6 months to 1.0 ± 1.2 , and accordingly about 1 year to 0.8 ± 0.6 .

Thus, the differentiated application of surgical techniques is a highly effective minimally invasive method for treating patients with multiple hernias of the cervical spine.

Keywords: cervical spine, discectomy, surgical treatment.

Согласно литературным данным, частота клинических проявлений остеохондроза позвоночника составляет от 77 до 95% всех заболеваний периферической нервной системы. Значительная часть из них приходится на шейный отдел позвоночника. (4)

В общей структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности болевые синдромы, обусловленные грыжами межпозвонковых дисков, занимают второе место после респираторных заболеваний. Согласно данным литературных источников, распространенность дискогенных болевых синдромов шейного отдела позвоночника составляют 4–12% от общего количества дегенеративных заболеваний позвоночника. Множественные грыжи шейного отдела позвоночника встречаются у 3–8% населения социально активного возраста (Lawrence J. C. 1993).

Разнообразие клинических проявлений болевых синдромов шейного отдела обусловлено патоморфологическими особенностями позвоночно-двигательного сегмента позвоночника (1,2,3,5,8) Поражение смежных межпозвонковых дисков в большинстве случаев сопровождается формированием грыжи на одном уровне, патологической нестабильности и начальных изменений в межпозвонковых дисках на смежных позвоночно-двигательных сегментах.

В настоящее время выбор тактики хирургического вмешательства при многоуровневых дискогенных поражениях является актуальным, и требует дальнейшего исследования (9, 10).

Цель: проанализировать ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с множественными грыжами шейного отдела позвоночника путем дифференцированного применения малоинвазивных хирургических методик.

Материалы и методы: проведен анализ хирургического лечения 206 пациентов с множественными грыжами шейного отдела позвоночника, за период с 1997–2016 гг. При выборе метода оперативного вмешательства учитывались возраст пациента, анамнез заболевания, выраженность клиничко-неврологической симптоматики, результаты инструментальных методов исследования,

Средний возраст оперированных больных составил $49 \pm 0,56$ лет, большинство из них были пациенты мужского пола. В наших наблюдениях преобладали пациенты с грыжами межпозвонковых дисков на 2-х уровнях, с анамнезом заболевания преимущественно до 1 года.

Распределение больных по длительности заболевания представлено на рисунке 1.

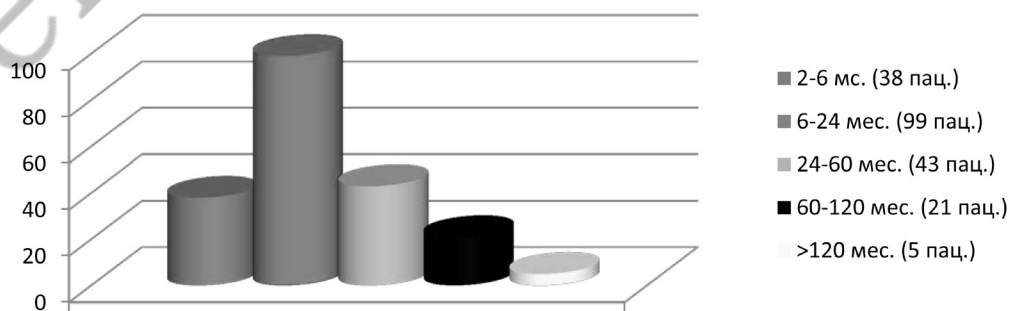


Рисунок 1.

Распределение пациентов с грыжами межпозвоночных дисков на 2-х уровнях представлено в Табл.1

Распределение пациентов с грыжами межпозвоночных дисков на 3-х уровнях представлено в Табл. 2

ном периоде, через 6 месяцев до $2,45 \pm 1,7$, а спустя 1 год до $1,8 \pm 0,11$.

Больные, которым была проведена открытая микродискэктомия боль регрессировала с $9,8 \pm 1,6$ до $1,5 \pm 1,4$

Таблица 1

Уровень	C3-C4, C4-C5	C3-C4, C6-C7	C3-C4, C5-C6	C4-C5, C5-C6	C4-C5, C6-C7	C5-C6, C6-C7	C5-C6, C7-Th1	C6-C7, C7-Th1
Количество пациентов	3	1	3	48	10	113	1	4

Таблица 2

Уровень	C3-C4, C4-C5, C5-C6	C4-C5, C5-C6, C6-C7
Количество пациентов	4	19

У пациентов включенных в исследование имели место следующие синдромы: радикулопатия у 160 больных; миелопатия – 9; миелорадикулопатия – 22;

Клинико-инструментальное исследование проводилось на основании общепринятого диагностического комплекса, включая выраженность болевого синдрома, наличие неврологической симптоматики, данные инструментальных методов (спондилография в стандартных проекциях и с функциональными пробами, КТ, МРТ, ЭНМГ).

Все больные до операции проходили курс консервативного лечения амбулаторно или в условиях стационара при отсутствии терапевтического эффекта.

Больные в зависимости от выбора хирургической тактики разделены на 3 группы:

1 группа – 79 (38,3%) больных, которым была выполнена пункционная лазерная микродискэктомия;

2 группа – 78 (37,8%) больных, которым была проведена стандартная микродискэктомия с последующей установкой кейджа;

3 группа – 49 (23,7%) больных, которым было проведено комбинированное (стандартная микродискэктомия в сочетании с пункционной лазерной микродискэктомией) лечение.

Показаниями к проведению пункционной лазерной микродискэктомии являются: болевой синдром, отсутствие выраженной неврологической симптоматики, грыжа диска до 1/3 сагиттального просвета позвоночного канала, наиболее эффективна у пациентов в возрасте от 20 до 50 лет, с анамнезом заболевания не более 1 года и последнего обострения от 6 мес (6,7).

Стандартная микродискэктомия с установкой кейджа выполнялась больным с грыжами межпозвоночных дисков больших размеров, сопровождающихся наличием стеноза или нестабильности в соответствующем позвоночно-двигательном сегменте.

Результаты и обсуждение

Все больные были активизированы в ближайшие 24 часа после оперативного вмешательства. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Срок госпитализации после проведения пункционной лазерной микродискэктомии составил 1 день. Пациенты после открытой микродискэктомии или в комбинации с методом пункционной лазерной микродискэктомии находились на стационарном лечении до 3 дней.

У пациентов, которым выполнено пункционную лазерную микродискэктомию болевой синдром регрессировал с $5,8 \pm 1,4$ балла до $4,8 \pm 1,2$ в раннем послеоперацион-

ном периоде, через 6 месяцев до $1,2 \pm 1,3$, через 1 год до $0,7 \pm 0,23$, после применения комбинированной методики болевой синдром регрессировал с $9,7 \pm 1,3$ до $1,5 \pm 1,4$ в раннем послеоперационном периоде, через 6 месяцев до $1,0 \pm 1,2$, а соответственно через 1 год до $0,8 \pm 0,6$.

По результатам нашего исследования, ни одного случая нарастания болевого синдрома или прогресса неврологической симптоматики в послеоперационном периоде отмечено не отмечено. У большинства пациентов парез пальцев кисти регрессировал на момент опроса. Контроль МРТ в динамике выполнялся всем больным после операций.

Выводы

Дифференцированная тактика хирургического лечения больных с множественными грыжами ШОП позволяет:

- минимизировать хирургическую травму;
- уменьшить риск послеоперационных осложнений;
- сокращает срок пребывания больных в хирургическом стационаре
- уменьшает сроки послеоперационной реабилитации.
- профилактировать дальнейшее развитие грыжеобразования на смежных уровнях.

Литература

1. Коган, О. Г., Шмидт И. Р., Заславский Е. С. Классификация неврологических проявлений остеохондроза позвоночника и принципы формулирования диагноза: Методические рекомендации для врачей-курсантов. Новокузнецк, 1981.
2. Луцки, А. А. Компрессионные синдромы остеохондроза шейного отдела позвоночника. Новосибирск, 1997.
3. Овсянников, В. А. Деревящница межпозвоночных дисков в патогенетическом лечении рефлекторных синдромов шейного остеохондроза: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1983.
4. Попелянский, Я. Ю. Ортопедическая неврология (Вертеброневрология): Руководство для врачей ; 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 672 с.
5. Хелимский, А. М. Хронические дискогенные болевые синдромы шейного и поясничного остеохондроза. Хабаровск, 2000.
6. Хижняк, М. В. Малоинвазивная хирургия дискогенных нейрокompрессионных синдромов поясничного отдела позвоночника: дис. д-ра мед. наук: спец. 14.01.05 – нейрохирургия / М. В. Хижняк. – К., 2006. – 313 с.
7. Хижняк, М. В. Пункционная лазерная микродискэктомия / М. В. Хижняк, Ю. Е. Педаченко. – К.: «Вид-во Раевского», 2009. – 128 с.
8. Шмидт, И. Р. Остеохондроз позвоночника: Этиология и профилактика. Новосибирск, 1992.
9. Walker, A., Ferlic D. et al.: The results of anterior interbody fusion of the cervical spine. J Bone Joint Surg, 1958, V. 39, p. 345–360.
10. Walters, W., Levinthal R.: Anterior cervical discectomy with and without flision. Spine, 1994, V. 19, N 20, p. 2343–2347.

Поступила 4.07.2017 г.