

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИСКОГЕННЫХ НЕЙРОКОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМОВ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОВОНОЧНИКА У ЛИЦ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

М.В. Хиженяк, д-р мед. наук;

*А.А. Потапов**, д-р мед. наук, профессор;

А.Ф. Танасейчук, канд. мед. наук,

Институт нейрохирургии АМН Украины, г. Киев;

**Медицинский институт Сумского государственного университета,
г. Сумы*

В статье представлена оценка результатов хирургического лечения больных с дискогенными нейрокомпрессионными синдромами шейного отдела позвоночника различных возрастных групп, которые были прооперированы с применением переднего доступа.

Ключевые слова: *хирургическое лечение, дискогенный нейрокомпрессионный синдром, передний доступ.*

ВВЕДЕНИЕ

Повышенный интерес к изучению шейного остеохондроза в последние годы можно объяснить не только недостаточностью сведений о сущности, диагностике и лечении остеохондроза позвоночника, но и чрезвычайно большой распространенностью этой патологии. Согласно данным Я.Ю. Попелянского (2005 г.) удельный вес различных синдромов остеохондроза позвоночника составляет 77-95% всех заболеваний периферической нервной системы [1, 3, 4].

Дискогенные нейрокомпрессионные синдромы шейного отдела позвоночника - распространенная группа заболеваний, которая включает компрессию сосудисто-нервных образований эпидурального пространства вначале грыжей диска, а затем элементами спондилеза и спондилоартроза с развитием неврологической симптоматики и/или болевого синдрома. Эта патология чаще всего возникает при выраженных проявлениях остеохондроза шейного отдела позвоночника [1, 2, 4].

Среди основных механизмов развития дискогенных нейрокомпрессионных синдромов шейного отдела позвоночника определяющее значение отводится раздражению корешковых структур, симпатического сплетения, вертебральных артерий или их прямой компрессии, что приводит к развитию синдрома вертебробазилярной недостаточности [1, 3, 5].

Одним из составляющих элементов дискогенного нейрокомпрессионного синдрома шейного отдела позвоночника является сосудистая компрессия, в том числе сдавление передней спинальной артерии, что приводит к развитию ишемии спинного мозга на участке кровоснабжения компремированного сосуда [1, 2, 7].

Оперативное лечение грыж межпозвоночных дисков проводится у 10-15% больных, страдающих этой патологией [1, 2, 3, 6].

Применяется широкий спектр хирургических вмешательств. Это позволяет максимально индивидуально подобрать технику операции для каждого больного с целью достижения максимального эффекта с минимальным повреждением окружающих тканей. Применяется микрохирургическая техника, широко используются различные эндоскопические методики, что способствует дифференцированному хирургическому лечению [1, 3, 5].

Появление современных методов диагностики, расширение научных знаний по патогенезу и особенностям клинических проявлений дискогенных нейрокомпрессионных синдромов шейного отдела позвоночника создают предпосылки для разработки и внедрения новых методов лечения [2, 4, 6].

В настоящее время наиболее часто используют следующие хирургические методики [1, 2, 3, 5, 7]:

Лазерная нуклеотомия - выпаривание дегенеративно измененного пульпозного ядра межпозвоночного диска с целью снятия давления грыжи на корешки спинного мозга. Источник лазерного излучения подводится к ядру диска различными методами.

Эндоскопическая нуклеотомия - удаление поврежденного диска с помощью эндоскопической техники.

Хемонуклеолиз - растворение измененного ядра диска с помощью введенных в него ферментных препаратов. Условием, ограничивающим применение данного метода, является сохранение в неизменном виде мембраны межпозвоночного диска, так как используемые препараты очень агрессивны.

Биологическое обновление межпозвоночного диска. Методика выполняется в два этапа. На первом - с помощью пункции производится забор около 1 мм³ клеточного материала здорового диска, который затем помещается в специальную среду, в которой клетки интенсивно размножаются. На втором этапе полученный массив здоровых клеток помещается в ядро пораженного диска, возвращая ему первоначальные свойства.

Диссектомия пораженного диска с последующим его протезированием.

Передний доступ для декомпрессии спинного мозга и стабилизации шейного отдела позвоночника был впервые предложен Leroy - Abott в Мичиганском университете США, а первая операция была выполнена

хирургами того же университета R.W. Bailey и С.Е. Badgley в 1952 году. В 60-е годы XX в. передний доступ для лечения травматических, дегенеративных, опухолевых и инфекционных поражений шейного отдела позвоночника получил широкое распространение в Северной Америке и Западной Европе благодаря работам G.W. Smith и R.A. Robinson - 1958, R.D. Cloward - 1961, Н. Verbeist – 1969 [3, 5, 6, 8]. В нашей стране этот доступ применяли и унифицировали А.А. Луцки, А.И. Осна, Я.Л. Цивьян, Г.С. Юмашев [1, 2, 4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Целью нашего исследования была оценка результатов хирургического лечения больных с дискогенными нейрокомпрессионными синдромами шейного отдела позвоночника различных возрастных групп, которые были прооперированы с применением переднего доступа.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Группа наблюдений включала 36 больных с дискогенными нейрокомпрессионными синдромами шейного отдела позвоночника, находившихся на лечении в отделении лазерной и эндоскопической спинальной нейрохирургии в период с 2008 по 2010 г.

По возрасту больные распределены следующим образом: от 18 до 35 лет - 6 набл., от 35 до 50 лет - 16, от 50 до 55 - 11, от 55 до 60 - 2 набл., свыше 60 - 1 набл. (табл. 1).

Нами проанализированы 2 группы больных:

1-я группа – пациенты с неосложненным вариантом нейрокомпрессии (грыжа диска шейного отдела позвоночника);

2-я группа - больные с мультифакторной компрессией (табл. 2).

Таблица 1 - Распределение наблюдений по возрастным группам (ВОЗ, 1983)

Возрастная группа	n
30-44 (зрелый)	9
45-59 (средний)	18
60-74 (пожилой)	8
74 и старше (старческий)	1
Всего	36

Таблица 2 - Распределение наблюдений по характеру поражения

Возрастная группа	Неосложненная грыжа (группа 1)	Грыжа + стеноз с\м канала (группа 2)
30-44 (зрелый)	8	1
45-59 (средний)	8	10
60-74 (пожилой)	1	7
74 - (старческий)		1
Всего	17	19

Клиническая картина нейрокомпрессионного синдрома в шейном отделе позвоночника зависела от уровня поражения, направления смещения грыжи диска и анатомических особенностей - в первую очередь от наличия сопутствующего дегенеративного сегментарного стеноза.

Клиническая картина первой группы больных характеризовалась наличием радикулярного синдрома на стороне выпадения диска, который определялся лишь снижением или выпадением соответствующего рефлекса, болью, парестезиями, небольшими участками гипестезии в зоне автономной иннервации. Имели место боли в шейно-грудном отделе позвоночника, симптом Лермитта, парестезии по ходу поражения соответствующего корешка.

Во второй группе клиническая картина выражалась более глубокими нарушениями, которые проявлялись в виде синдрома псевдомиелополирадикулоневрита. Преобладает болевой синдром с локализацией боли в шейно-грудном отделе позвоночника, в руках и ногах. Боли усиливались при движениях, наклоне и разгибании головы. Отмечались парестезии, термические дизестезии, снижение глубокой чувствительности в пальцах рук. Была снижена вибрационная чувствительность в ногах. Умеренно выражены симптомы Нери, Ласега-Кернига. Сохранены сухожильно-надкостничные рефлексы. В половине случаев отмечались патологические стопные знаки, тазовые нарушения. Нередко (38% случаев) отмечался синдром рассеянного склероза - слабость и скованность в ногах с наличием гиперрефлексии, клонусов, патологических кистевых и стопных знаков, отсутствием или

снижением брюшных рефлексов. Поверхностные виды чувствительности были сохранены, снижена вибрационная чувствительность в ногах. В большинстве случаев у больных определялся или был в анамнезе симптом Лермитта, парестезии в руках. В 1/3 случаев обнаруживался горизонтальный нистагм.

Диагноз подтвержден данными магниторезонансной томографии. Использовались дополнительные методы исследования – компьютерная томография, ЭНМГ, доплерография. Во всех наблюдениях при выработке показаний к операции учитывались данные спондилографии (спондилолистез, функциональная сегментарная нестабильность).

У 36 больных, находившихся под нашим наблюдением, неосложненные грыжи м\п дисков верифицированы в 17 случаях в основном у лиц зрелого и среднего возраста, нейрокомпрессионные синдромы, сопровождающиеся стенозом с\м канала, - в 19 наблюдениях (табл. 2).

Все больные прооперированы передним доступом на шейном отделе позвоночника - в случаях неосложненной грыжи (группа 1) применяли дискэктомию пораженного диска с последующим протезированием кейджем Stryker, при наличии дегенеративных изменений ПДС (группа 2) - проводилась дискэктомия с частичной резекцией тел прилежащих позвонков и дальнейшим корпородезом круглым ВАК-кейджем.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У всех пациентов после оперативного лечения отмечалась положительная динамика (табл. 3).

Таблица 3 - Динамика интенсивности болевого синдрома в группе оперированных (по ВАШ)

Период	Дооперационный		Послеоперационный					
	гр. 1	гр. 2	3 дня		1 мес.		6 мес.	
			гр. 1	гр. 2	гр. 1	гр. 2	гр. 1	гр. 2
Средний балл	9,1	8,6	3,2	4,1	1,4	3,4	1,4	2,4

Большинство оперированных больных (94% - 1-я группа и 76% - 2-я группа) отмечали значительный регресс симптоматики в первый день после операции.

Динамика функциональной активности оперированных больных в послеоперационном периоде проанализирована в таблице 4.

Таблица 4 - Модифицированная шкала оценки качества жизни (Американская ассоциация хронической боли)

Уровень функциональной активности	Дооперационный период		Послеоперационный период					
			1 неделя		3 недели - 6 мес.		более 6 мес.	
	1-я гр	2-я гр	1-я гр	2-я гр	1-я гр	2-я гр	1-я гр	2-я гр
1	3	3	1	2	-	1	-	-
2	9	7	5	6	-	3	-	2
3	5	8	11	9	-	12	3	5
4	-	1	-	1	5	5	3	10
5	-	-	-	-	2		1	2
Всего	17	19	17	18	7	21	7	19

По данным модифицированной шкалы оценки качества жизни (табл. 4) в первой группе больных значительное облегчение отмечено в 1-ю неделю после операции. Через 6 месяцев после вмешательства все (100%) больные вернулись к активной жизни.

Во второй группе уровень активности возрастал медленнее в связи с наличием у них грубо выраженного нейрокомпрессионного синдрома шейного отдела позвоночника, однако 12 больных (63%) вернулись к активной жизни без ограничений через 6 месяцев после операции.

ВЫВОДЫ

1. Дискэктомия в шейном отделе позвоночника с последующей стабилизацией различными адаптированными имплантами является высокотехнологическим и высокоэффективным вмешательством, которое позволяет активизировать больных на следующий день после операции.

2. Использование адаптированных трансплантатов фирмы STRYKER позволяет минимизировать операционную травму и способствует более ранней реабилитации больных.

3. У больных с неосложненной грыжей межпозвоночного диска в шейном отделе позвоночника наиболее целесообразно применять дискэктомию с последующим протезированием диска металлокерамическим кейджем.

4. У пациентов с нейрокомпрессионными синдромом шейного отдела позвоночника, обусловленным стенозированием спинномозгового канала, необходимо выполнять дискектомию с частичной резекцией прилежащих позвонков и последующей стабилизацией ВАК-кейджем.

SUMMARY

FEATURES OF SURGICAL TREATMENT DISCOGENIC NEUROCOMPRESSION SYNDROMES OF THE CERVICAL SPINE IN PERSONS OF DIFFERENT AGE GROUPS

M.V. Khizhnyak, A.A. Potapov, A.F. Tanaseychuk

The paper presents an evaluation of the results of surgical treatment of patients with discogenic neurocompression syndromes of the cervical spine of different age groups which were operated using the front approach.

Key words: surgery, discogenic neurocompression syndrome, anterior approach.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: учебник / Я.Ю. Попелянский. – М.: МедПрессинформ, 2005. – 368 с.
- Корж Н.А. Нестабильность шейного отдела позвоночника: дис. ... д-ра. мед. наук : 14.01.05 / Н.А. Корж. - Х., 1985. - 434 с.
- Продан А.И. Поясничный спондилоартроз / А.Ю. Пашук, В.А. Радченко, Г.Х. Грунтовский. - Х.: Основа, 1992. - 106 с.
- Юмашев Г.С. Остеохондроз позвоночника / М.Е. Фурман. - М.: Медицина, 1984. - 382 с.
- Benson V. Current estimates from National Health Interview Survey / V. Benson, M.A. Marano // National Center for Health Statistics. Vital. Health Stat. - 1998. - Vol.10. - P.79–80.
- McCulloch J. Macnab's backache / J. McCulloch, E. Transfeldt. – Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. - 795 p.
- Straus B.M. Chronic pain of spinal origin: the costs of intervention / B.M. Straus // Spine. - 2002. - Vol. 27, № 22. - P. 2619.
- Clinical biomechanics of the spine / A.A. White, M.M. Panjabi. - Philadelphia: J.B. Lippincott Co, 1990. – 361 p.

Поступила в редакцию 30 ноября 2010 г.