

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖА ДИСКА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Э.М. Хаятов,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

Болевой синдром и разнообразные неврологические синдромы, возникающие в результате дегенеративно-дистрофического поражения шейного отдела позвоночника, приводят к значительным нарушениям трудовой и социальной адаптации. Среди причин временной потери трудоспособности и инвалидизации эти заболевания по-прежнему занимают одно из первых мест, что определяет их высокую социальную значимость.

Ключевые слова: грыжа диска, стеноз позвоночного канала

БЎЙИН УМУРТҚАЛАРИ ДИСК ЧУРРАЛАРИ ТАШХИСИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Э.М.Хаятов,

Бухоро Давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Бўйин умуртқалари диск чурраларининг дегенератив-дистрофик заарарланиши натижасида оғриқ синдроми ва ҳар хил неврологик синдромларнинг юзага келиши беморларнинг меҳнат қobiliяти ва ижтимоий ҳолати бузилишларига олиб келади. Меҳнат қobiliятининг вақтинча йўқолиши ва ногиронлик сабаблари орасида биринчи ўринни эгаллайди ва бу юқори ижтимоий аҳамиятга эга.

Калит сўзлар: бўйин умуртқалари диск чурраси, иккиламчи умуртқа канали торайиши.

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF THE HERN OF THE CERVICAL DISC OF THE SEVEN DEPARTMENT OF THE SPINE

E.M. Khayatov,

Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume,

Pain syndrome and a variety of neurological syndromes arising as a result of degenerative-dystrophic lesion of the cervical spine, lead to significant violations of labor and social adaptation. Among the causes of temporary disability and disability, these diseases still occupy one of the first places, which determines their high social significance.

Key words: hernia of the disc, stenosis of the spinal canal

Актуальность

Болевой синдром и разнообразные неврологические синдромы, возникающие в результате дегенеративно-дистрофического поражения шейного отдела позвоночника, приводят к значительным нарушениям трудовой и социальной адаптации. Среди причин временной потери трудоспособности и инвалидизации эти заболевания по-прежнему занимают одно из первых мест, что определяет их высокую социальную значимость. Боль в шейном отделе позвоночника с иррадиацией в руку наблюдается у 1/3 пациентов при дегенеративно-дистрофических поражениях шейного отдела позвоночника, что в 40% случаев обусловлено наличием грыжевых выпячиваний межпозвонковых дисков [Гуша А. О., 2007; Кузнецов В. Ф., 2004; Rothman R., Simeone F., 1992].

Частота грыж межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника составляет 50 случаев на 100.000 населения и отмечается преобладание их у мужчин среднего возраста [Гуша А. О., 1997].

При наличии компрессионного радикулярного синдрома, не поддающегося консервативной терапии, нейрохирургическое вмешательство, направленное на декомпрессию нервного корешка, производится как

задними, так и передними доступами, включающими пункционные, эндоскопические и открытые хирургические методики. Различные варианты задних подходов, от ламинэктомии до фораминомии, обеспечивая декомпрессию нервных структур, не предназначены для полноценного удаления грыжевых выпячиваний межпозвонкового диска и остеофитов вследствие высокого риска тракционного повреждения спинного мозга [Басков А. В. и др., 2006].

В клинической практике широко используются передние доступы, варьирующие от полной или частичной корпорэктомии с последующей фиксацией до "чистой" дискэктомии без иммобилизации. Применение клинически обоснованной передней хирургической методики приводит к декомпрессии нервно-сосудистых структур, но сопровождается нарушением стабильности и подвижности на уровне оперированного сегмента, а также ускоряет дегенеративные изменения на соседних уровнях шейного отдела позвоночника [Гуша А. О. и др., 2006; Мукбил Д. А. и др., 2006; Шевелев И. Н. и др., 2002, Apfelbaum R. I. et al., 2000].

Пункционные и эндоскопические методы имеют преимущество над другими методиками благодаря малой травматизации мышц, костных структур, более низкому риску повреждения сосудов и нервов, от-

существованию выраженных послеоперационных рубцово-спаечных процессов. Однако при наличии остеофитов и свободных фрагментов диска в позвоночном канале эти методики становятся малоэффективными. Применение вышеуказанных методик в клинической практике ограничено из-за значительного преобладания пациентов с выраженными дегенеративными изменениями позвоночника и сопровождающими их неврологическими нарушениями [Гуща А. О. и др., 2007; Зозуля Ю. А. и др., 1992; Иваненко А. В. и др., 2006; Сак Л. Д., Зубаиров Е. Х., 2006].

Многообразие используемых доступов свидетельствует об отсутствии четко определенной хирургической тактики лечения у пациентов с различными неврологическими синдромами, возникающими вследствие дегенеративно-дистрофических изменений шейного отдела позвоночника [Гуща А. О., 2007; Шулев Ю. А. и др., 2006].

В настоящее время остается актуальным вопрос о разработке методики оптимальной декомпрессии нервного корешка, сдавленного грыжей цервикального межпозвонкового диска. Создаваемая хирургическая методика должна обладать минимальным травмирующим воздействием на костно-связочные и нервные структуры при одновременном сохранении стабильности и подвижности шейного отдела позвоночника.

Н. D. Jho (1996, 1997, 2002) предложил методику передней фораминотомии, при которой обеспечивалась адекватная декомпрессия нервных структур без их существенной травматизации, а также сохранялась стабильность и функциональная подвижность оперируемого сегмента у пациентов с компрессионным радикулярным синдромом при латеральных грыжах и остеофитах на шейном уровне. Для широкого клинического использования этой методики требуется уточнение методических аспектов операции и детальная оценка полученных результатов, что позволит сформулировать показания к ее адекватному применению и улучшить результаты лечения пациентов с компрессионными цервикальными радикулопатиями.

Цель исследования.

Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения цервикальных радикулопатических синдромов, обусловленных латеральными грыжами шейных межпозвонковых дисков.

Материал и методы

Материалом исследования послужили результаты клинического обследования и хирургического лечения у 41 пациента с латеральными грыжами межпозвонковых дисков на шейном уровне позвоночника в период с 2014 по 2017 год в Бухарской многопрофильной медицинском центре в отделение нейрохирургии.

В представленной группе больных отмечается преобладание пациентов мужского пола (мужчин - 16, женщин - 25), а возраст больных колебался от 16 до 63 лет.

Во всех случаях проведено комплексное обследование пациентов до- и после хирургического вмешательства. Детально анализировались жалобы, развитие заболевания, ведущие клинические и неврологические симптомы, эффективность ранее проведенных

лечебных мероприятий, а также динамика неврологических симптомов после проведения ПФТ. Во всех наблюдениях до- и после ПФТ проводились МРТ, КТ и функциональная спондилография шейного отдела позвоночника.

Результаты и обсуждения

У всех пациентов помимо локальной болезненности в шейном отделе позвоночника определялась корешковая боль в руке, характеризующаяся распространением по соответствующим дерматомам. Общая продолжительность корешкового синдрома составляла от 1 месяца до 3-х лет, а длительность последнего обострения от 1 до 5 месяцев.

Наиболее часто грыжи межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника локализовались на уровнях C5-C6 (15 случаев) и C6-C7 (20 случаев), реже на уровне C3-4 у 1 и на уровне C4-5 у 5 пациентов.

Во всей группе пациентов грыжи шейных МПД были латерализованными, причем правостороннее расположение грыж межпозвонковых дисков наблюдалось у 24 (58%) пациентов, а левостороннее у 17 (42%) пациентов.

Оценка интенсивности болевого синдрома основывалась на определении Индекса Боли (ИБ, Pain Index, L.M. Oldervoll). Применение индекса оценки болевого синдрома позволяет охарактеризовать интенсивность боли, ее влияние на различные аспекты жизнедеятельности (работа, отдых, социальные и семейные функции). Расчет Индекса Боли проводится путем умножения друг на друга баллов, характеризующих следующие четыре показателя: локализация боли, продолжительность боли, ограничение трудоспособности, ограничение в социальной сфере. До проведения хирургического лечения усредненное значение Индекса Боли для отдельного пациента в представленной группе составило 7.2 баллов.

На начальных этапах проявления компрессионного корешкового синдрома у 38 пациентов возникли чувствительные нарушения в виде снижения болевой, температурной и тактильной чувствительности, а у 3 развилась болевая гиперестезия и гиперпатия. У больных с длительным компрессионным корешковым синдромом отмечались различные проявления двигательных расстройств. У 29 пациентов отнесенных к группе с моторным дефицитом присутствовала слабость в пальцах кисти, а также снижение силы двуглавой и трехглавой мышц (4-5 баллов). Сухожильные рефлексы у этих пациентов были снижены незначительно и существенной разницы с изменениями сухожильных рефлексов в группе больных с сохранной двигательной активностью не было зафиксировано.

Хирургическое лечение.

Пациенты во время оперативного вмешательства располагались на спине с умеренным разгибанием шейного отдела позвоночника, но при этом обеспечивался минимальный поворот головы в противоположную от планируемого доступа сторону.

С помощью флюороскопического аппарата определяли уровень планируемого оперативного вмешательства и проводили разметку хирургического доступа согласно уровню локализации грыжи межпозвонкового диска.

Доступ производили со стороны радикулопатического синдрома соответственно латерализации грыжи

межпозвонкового диска. Поперечный разрез кожи длиной 3-4 см на уровне предполагаемого вмешательства планировали так, чтобы латеральный край кивательной мышцы проецировался на границе его средней и наружной трети.

После разреза кожи по разметке подкожную мышцу шеи рассекали вдоль раны и путем поэтапной диссекции трахея с пищеводом смещались медиально, а сосудисто-нервный пучок - латерально. Тупым путем обнажали длинную мышцу шеи и латеральные отделы передней поверхности тел позвонков.

Прилежащие к телам позвонков внутренние отделы длинной мышцы шеи коагулировали и парциально иссекали на уровне межпозвонкового диска, что позволяло выделить медиальные отделы поперечных отростков смежных позвонков и унковертебральное сочленение, легко определяемое по вертикальному отклонению щели межпозвонкового диска.

Самые латеральные отделы фиброзного кольца межпозвонкового диска рассекали на протяжении 2-3 мм медиальнее от унковертебрального сочленения. Высокоскоростным бором удаляли смежные отделы позвонков вместе с основанием унковертебрального сочленения, кзади от которого располагается нервный корешок.

При наличии задних остеофитов тел позвонков направление костной резекции по мере ее углубления изменяли с передне-заднего на наружно-внутреннее. Расширение оперативного подхода в медиальном направлении для резекции остеофитов тел смежных позвонков на конечных этапах хирургического вмешательства позволяло обеспечить визуализацию твердой мозговой оболочки, покрывающей спинной мозг.

Основание унковертебрального сочленения резецировали так, чтобы сохранить латеральную часть крючковидного отростка. Тем самым достигалась не только полная декомпрессия и визуализация корешка с дуральным мешком, но и уменьшение степени вероятности повреждения позвоночной артерии.

В результате резекции костных структур окончательные размеры сформированного округлого костного окна составили 5 - 8 мм (рис.1). Через образованный костный дефект с помощью конхотомов удаляли грыжевые массы, расположенные в латеральных отделах позвоночного канала под задней продольной связкой (рис.2). Эпидурально выпавшие фрагменты межпозвонкового диска при наличии дефекта в задней продольной связке, покрывающей нервный корешок и твердую мозговую оболочку спинного мозга, удаляли через имеющееся отверстие в связке.

После удаления выявленных грыжевых масс межпозвонкового диска производили резекцию задней продольной связки. Эта манипуляция является обязательным и необходимым этапом операции, позволяющим осуществить не только полноценную визуализацию и декомпрессию нервных структур, но и выявить скрытые под связкой фрагменты хрящевой ткани в эпидуральном пространстве.

После резекции задней продольной связки четко визуализируется дуральный мешок (дуральная декомпрессия) и свободно лежащий нервный корешок.

Возникающее кровотечение из эпидуральных вен останавливали коагуляцией и тампонадой гемостатическими средствами.

Операция завершалась восстановлением целостности подкожной мышцы шеи и наложением внутрикожного шва с оставлением резинового выпускника на сутки.

Продолжительность одноуровневой передней цервикальной фораминотомии составляла в среднем 80 мин (от 50 до 100 мин).

Все пациенты были активизированы на следующие сутки после оперативного вмешательства. В представленной нами группе пациентов средняя продолжительность стационарного лечения составила 7 дней.

Ношение фиксирующего шейного воротника в послеоперационном периоде не являлось обязательным.

КТ четко визуализирует узкий костный раневой ход, размерами от 5 до 8 мм в диаметре, проходящий через основание унковертебрального сочленения с сохраненной латеральной его частью. Во всех наблюдениях подтверждено отсутствие имевшихся до хирургического вмешательства остеофитов на уровне оперированных сегментов.

При осуществлении доступа к нервному корешку резекция костной ткани осуществлялась вдоль плоскости межпозвонкового диска, который используется в качестве определяющего хирургического ориентира для обнажения передних отделов межпозвонкового отверстия. Вследствие каудо-краниального наклона межпозвонкового диска в сагиттальной плоскости на среднем и нижнем шейном уровнях фораминотомный канал также отклоняется вверх по мере увеличения глубины костного доступа. Заднелатеральные отделы межпозвонкового диска могут быть открыты с минимальной резекцией унковертебрального сочленения. В этих случаях доступ проводится не вдоль края межпозвонкового диска, а путем создания костного канала в нижних отделах вышележащего или у верхнего края нижележащего позвонка (нижний и верхний транспедикулярные подходы).

По результатам послеоперационной функциональной спондилографии у всех оперированных пациентов подтверждено сохранение подвижности шейного отдела позвоночника и отсутствие патологических смещений на уровне проведения передней фораминотомии. Минимальная резекция костных структур и незначительное хирургическое воздействие на межпозвонковый диск лежит в основе сохранения стабильности и функциональной подвижности на оперированном позвоночном сегменте.

Показания к проведению цервикальной передней фораминотомии включают следующие критерии:

- корешковый болевой синдром при отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии в течение 1-2 месяцев
- стойкие или прогрессирующие радикулярные сенсорные и двигательные выпадения, а также появление признаков миелопатии
- подтвержденные с помощью МРТ и КТ латерализованные грыжи и/или задние остеофиты на уровне соответствующего шейного позвоночного сегмента.

Выводы

1. Передняя фораминотомия представляет собой высокоэффективный метод малоинвазивного хирургического лечения компрессионных радикулопатий при латеральных грыжах шейных межпозвонковых

дисков. Положительные результаты применения представленной методики достигнуты как в ближайшем (86% отличных и 14% хороших), так и в отдаленном (75% отличных и 25% хороших) послеоперационных периодах.

2. Цервикальная микрохирургическая передняя фораминотомия, основным методическим аспектом которой является резекция унковертебрального сочленения с минимальным воздействием на межпозвонковый диск, позволяет адекватно визуализировать корешковое отверстие и латеральные отделы позвоночного канала.

3. Микрохирургическая передняя фораминотомия обеспечивает полноценную декомпрессию нервных структур без нарушения стабильности и функциональной подвижности оперированного сегмента позвоночника и может быть проведена на смежных позвоночных уровнях у пациентов со спондилогенными цервикальными радикулопатиями.

4. Передняя фораминотомия в качестве ведущей методики хирургического лечения цервикальных спондилогенных радикулопатий не должна применяться при центральной локализации грыж и остеофитов межпозвонковых дисков, а также при выраженном дегенеративном стенозе позвоночного канала, кифотической деформации позвоночника и рентгенологически подтвержденной нестабильности позвоночных сегментов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бирючков М. Ю. Особенности хирургии грыж межпозвонковых дисков //Вопр. нейрохир. 2005. - №4. - С. 10-23.
2. Борзунов А. Н., Старосельский Б. С., Горожанин А. В. Грыжи межпозвонковых дисков шейной локализации. //Вопр. нейрохир. 2009. -№1.-С.18.
3. Васильев А. Ю. Компьютерная томография в диагностике дегенеративных изменений позвоночника. /М.: Изд. дом " Видар" - 2000- С. 120
4. Григорян Ю.А, Степанян М.А, Онопченко Е.В, Кадин Л. А, Химочко Е.Б, Лунина Е.С. Микрохирургическая передняя фораминотомия при спондилогенной цервикальной радикулопатии. //Вопр. нейрохир. 2008 - №2 - С.31-35.
5. Гринь А. А., Горохова Е. Тактика лечения множественных поражений шейного отдела позвоночника дегенеративно дистрофического и травматического генеза. //4-ый съезд нейрохирургов России. Заболевания и травма позвоночника и спинного мозга. - 2006 - С.27.
6. Гуца А.О. Диагностика и хирургическое лечение дегенеративных компрессионных синдромов на уровне шейного отдела позвоночника. /Дисс. докт. мед. наук. М. 2007 г.
7. Гуца А.О., Шевелев И.Н. Минимально инвазивные вмешательства при дегенеративных поражениях шейного отдела позвоночника //3-ий съезд нейрохирургов России. Хирургия заболеваний позвоночника и спинного мозга.-2002-С.242-243.
8. Гуца А.О., Шевелев И.Н., Шахнович А.Р., Сафронов В.А. Выбор хирургического доступа при шейной спондилогенной миелопатии. //Вопр. нейрохир. 2006. - N 1.-С.8- 13.

Поступила 15.03. 2018