

Ускладнений перебіг протрузій та гриж міжхребцевих дисків в поперековому відділі хребта при дегенеративних ураженнях

Сташкевич А.Т., Антонійчук В.Т., Шевчук А.В.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії
АМН України»
Київ
Україна
(044) 486-33-39
fast@gala.net

Проліковано та проаналізовано 50 хворих (34 жінки і 16 чоловіків), із них стаціонарно – 38 хворих та 12 хворих амбулаторно, з грижами міжхребцевих дисків, з нестабільністю в хребцево-руховому сегменті в (29 хворих), із стенозом спинномозкового каналу (21 хворий) в поперековому відділі хребта. На функціональних рентгенограмах виявили нестабільність в хребцево-руховому сегменті (збільшення рухливості вище фізіологічних меж за кутовим та лінійним зміщеннями). Стенозування спинномозкового каналу (центрального чи латерального стенози) визначали за даними рентгенографії та комп'ютерної томографії. Для визначення подальшої тактики лікування здійснювали клініко-неврологічне дослідження. Визначали больовий синдром (за ВАШ), обмеження рухів в хребті (проба Шобера), стан м'язів червоного пресу і розгиначів хребта, поперековий лордоз. Консервативне лікування включало в себе застосування нестероїдних протизапальних препаратів, міорелаксантів, вітамінів, тканинну, судинну, протинабрякову та протизапальну терапію, антигомотоксичні ліки, спокій і перидуральне введення стероїдів. Застосовували витяжіння, ЛФК, мануальну терапію. Тривалість лікування становила від 1 до 3 місяців. Добрі і задовільні результати консервативного лікування в амбулаторних умовах відмітили у 9 пацієнтів (75 %), а у 3 пацієнтів (25 %) позитивного ефекту не було (зберігався або нарастали клініко-неврологічні розлади). При неефективності консервативного лікування ставили показання до хірургічного лікування. Виконували такі оперативні втручання: черезшкірна нуклеотомія – у 7 хворих; мікродискетомія – у 9; розширена інтерламинарна дискетомія і фасетектомія – у 8; геміламинектомія, фасетектомія і дискетомія – у 5; декомпресивна ламинектомія, фасетектомія і дискетомія, транспедикулярна фіксація – у 10; дискетомія і передній міжтіловий спонділодез – у 5; дискетомія і корпородез із задньо-бокового доступу – у 6 хворих. Післяопераційний період включав в себе: ліжковий режим – 1-4 днів; знеболюючу та проти набрякову терапію; профілактичну антибіотикотерапію – 5-7 днів (переважно – цефтріаксон і аксеф); фіксуєючий пояс; відновлюючу терапію та пресакральні блокади з діпроспаном при неврологічних розладах протягом 5-7 днів; ортопедичний режим з обмеженням фізичних навантажень протягом 3-4 тижнів. Результати хірургічного лікування: добрі у 44 хворих (89 % спостережень); задовільні – у 4 хворих (5,9 %); незадовільні – у 2 хворих (5,1 %).

Віддалені результати застосування епідурального адгезіолізу на поперековому рівні при вертеброгенних больових синдромах

Тхорієвський О.Т., Балан С.І., Потапов О.І.

Обласна клінічна лікарня
Івано-Франківськ
Україна
+380503734217
sbalan@rambler.ru

Збільшення питомої ваги малоінвазивних технологій в останні роки зменшують травматичність оперативних втручань. Індивідуальний підхід в виборі оптимальної тактики хірургічного втручання при ускладненому остеохондрозі поперекового відділу хребта дозволяє ефективно усунути вертеброрадикулярний конфлікт.

Метою дослідження було визначити віддалені наслідки проведення епідурального адгезіолізу при вертеброгенних больових синдромах в поперековому відділі хребта.

Матеріали і методи. У відділенні хірургії хребта і спинного мозку з 2007 по 2009 року проведено 250 операцій епідурального адгезіолізу на поперековому рівні, що становило 21,2% від загальної кількості операцій проведених у відділенні. Середній вік хворих $36,7 \pm 7,6$ років. Хворих чоловічої статі було 55%, жіночої 45%. Грижі міжхребцевих дисків складала 57,3%, протрузії міжхребцевих дисків – 18,6%, стеноз хребетного каналу – 19,3%, поперековий перидурит – 4,8%. Епідуральний адгезіоліз проводили шляхом введення епідурального катетера люмбальним доступом на рівень патологічного вогнища і введення медикаментів за трьохденною методикою. Результат лікування оцінювали за регресуванням больового синдрому згідно ВАШ і критеріїв Маснаб.

Результати та їх обговорення. При спостереженні отримали наступні результати: відмінні (больовий синдром регресував) – 14%, добрі (больовий синдром виражено зменшився) – 55%, задовільні (больовий синдром регресував, але відновився в термін 6 місяців – проведено повторний епідуральний адгезіоліз) – 17%, незадовільний (больовий синдром незначно зменшився в термін до 6 місяців проведена мікродискетомія) – 14%.

Висновки. Епідуральний адгезіоліз займає важливе місце як самостійний метод в лікуванні вертеброгенних больових синдромів на поперековому рівні.