УДК:616.711-006.33-53.21.5-071-08:616-036.21-37

А.Т.Сташкевич, А.В.Шевчук, Д.В.Улещенко, А.П.Кудрін

ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", Україна

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Проблема лікування неврологічних проявів остеохондрозу поперекового відділу хребта досить актуальна в сучасній системі охорони здоров'я, оскільки ця патологія притаманна найбільш працездатній частині населення в молодому і середньому віці й нерідко призводить до стійкої втрати працездатності. Незважаючи на активний розвиток консервативних методів лікування неврологічних проявів остеохондрозу поперекового відділу хребта, хірургічне лікування цієї патології залишається актуальним методом усунення больового синдрому.

На жаль, застосування нових технічних досягнень і використання найсучасніших технологій не виключають розвиток рецидивів захворювання, кількість яких протягом останніх 20–30 років не падає нижче 10-15%. Одним із чинників, що визначають результат хірургічного лікування остеохондрозу поперекового відділу хребта, є вибір оптимальних методик. Якщо діагностично-лікувальна тактика при ізольованих грижах міжхребцевих дисків на сьогодні вирішена з певним позитивізмом, то поєднання гриж міжхребцевих дисків із нестабільністю хребцево-рухового сегмента недостатньо вивчено і вони висвітлені лише в поодиноких роботах.

Робота включає аналіз лікування 51 хворого із грижами міжхребцевих дисків в поперековому відділі хребта. У наших спостереженнях грижі міжхребцевих дисків у поперековому відділі хребта поєднувалися з клініко-рентгенологічними ознаками нестабільності хребцево-рухового сегмента у 34 (66,7%) хворих.

В залежності від величини грижі, вираженості нестабільності та неврологічних розладів застосовувались відповідні методи хірургічних втручань Декомпресивні: транскутанна нуклеотомія – у 13,8%; мікродискектомія – 15,8%, геміламінектомія, фасетектомія і дискектомія – 3,9% хворих. Стабілізуючі: фенестротомія і задній спонділодез транспедикулярною конструкцією – у 7,8%; дискектомія і задній спонділодез транспедикулярною конструкцією – 31,3%; геміламінектомія, дискектомія і задній спонділодез транспедикулярною конструкцією – 23,5%; дискектомія і корпородез із задньо-бокового доступу – 3,9%.

Результати лікування хворих оцінювали за чотирма шкалами на момент виписки зі стаціонару після лікування (51 хворий) та віддалені (39 хворих) у термін 6 міс.–3 роки (в середньому 1,8±0,3 роки).

За міжнародною шкалою болю (Pain Score Scale) середній бал до лікування становив 2,7 бали, після лікування на момент виписки – 1,8 балів, у відділені терміни спостереження – 0,33 бали.

За шкалою дисабілітації Oswestry середній індекс Josw при госпіталізації складав 58,8±2,3%, на момент виписки – 41,8±1,6%, віддалений – 19,3±1,3%. За шкалою MacNab у віддалені терміни спостереження встановлено добрі результати лікування у 74,4% та задовільні – у 25,6% пацієнтів. За шкалою Nurick повний регрес неврологічної симптоматики відмічено у 71,8%, поліпшення стану – у 28,2% хворих.

Таким чином, застосоване хірургічне лікування поєднаної патології міжхребцевих дисків (протрузій та гриж) із нестабільністю хребцево-рухового сегмента поперекового відділу хребта із застосуванням стабілізуючих методик показало добрі (72,7%) та задовільні (27,3%) результати лікування.