

УДК 616.711-007.253:616.8-089.81-036.83

DOI: 10.22141/2224-0713.7.85.2016.86915

ЛИЕВ П.С.¹, ЛИЕВ А.А.², ПОТАПОВ В.Ф.²¹Военный медицинский колледж им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия²Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр медицинской реабилитации «Луч» Минздрава России, г. Кисловодск, Россия

МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНОЙ НЕЙРОХИРУРГИИ НА ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ СЕГМЕНТАХ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ

Резюме. Представлено 100 пациентов, прооперированных по поводу поясничных межпозвоночных грыж, со стабилизацией позвоночно-двигательного сегмента межтеловым титановым кейджем. Проанализирована закономерность зависимости локализации межпозвоночной грыжи от уровня позвоночного столба, возраста, пола и латерализации. Показана эффективность включения малоинвазивных нейрохирургических операций в условиях реабилитационного центра.

Ключевые слова: межпозвоночная грыжа; малоинвазивная нейрохирургия; реабилитация

Вертеброгенные заболевания нервной системы (ВЗНС) привлекают внимание ученых и практических врачей последние десятилетия в связи с их чрезвычайной распространенностью. По данным Всемирной организации здравоохранения, клинически значимыми синдромами ВЗНС страдает более 80 % населения земного шара. Социальная значимость данной проблемы заключается еще и в том, что более 19 % больных с ВЗНС становятся инвалидами со стойкой утратой трудоспособности.

По данным патриарха вертеброневрологии Я.Ю. Попелянского (2003) [1], в структуре приема поликлинического невролога пациенты с ВЗНС составляют более 80 %. Корифей мировой мануальной медицины Карел Эгонович Левит (Чехия), оппонировав Я.Ю. Попелянскому, доказывал, что не все миофасциальные болевые синдромы связаны с патологией позвоночника [2]. К чести великих ученых, они были правы в одностороннем порядке, а истина, как всегда, находится в середине. К. Левит связывал всю симптоматику ВЗНС с патологией внутренних органов и локомоторного аппарата.

Расширение диагностических возможностей врачей-вертеброневрологов и мануальных терапевтов

достигнуто в связи с появлением инновационных диагностических возможностей, открывшихся после внедрения в медицинскую практику современных магнитно-резонансных и компьютерных томографических исследований, денситометрии и ультразвуковых исследований позвоночника и его нейроструктуры. Причины, обуславливающие сокращение времени между дебютами возникновения клинических проявлений и оперативным лечением, представлены на рис. 1–5.

Исходя из постулата, что не все ВЗНС вызваны так называемой дислокацией диска, мы проанализировали 100 историй болезни пациентов, прооперированных в нашем центре по поводу длительного выраженного вертеброгенного болевого синдрома. Полученные данные представлены на рис. 1–5.

Также прослежена закономерность зависимости локализации межпозвоночной грыжи дисков от пола пациента и латерализации. Нами выявлено, что у женщин данный показатель существенно не отличается: правосторонняя грыжа отмечается у 52,2 % пациенток, левосторонняя — у 47,8 %. Практически такое же соотношение и у мужчин — 53 и 47 %.

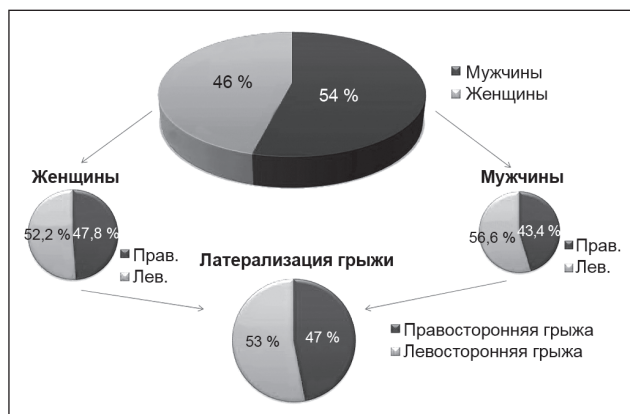


Рисунок 1. Частота выявления грыжи межпозвоночного диска в зависимости от пола и латерализации



Рисунок 2. Соотношение пола и возраста оперированных пациентов по поводу грыжи межпозвоночного диска в поясничном отделе позвоночника

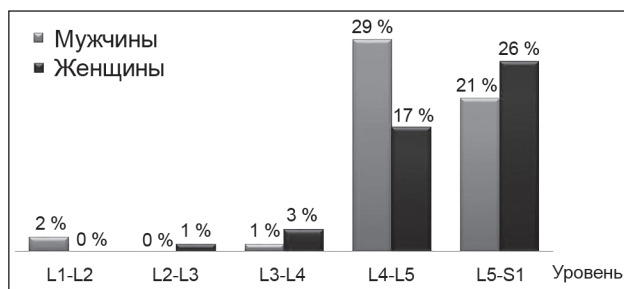


Рисунок 3. Частота локализации грыжи межпозвоночного диска на различных уровнях позвоночного столба

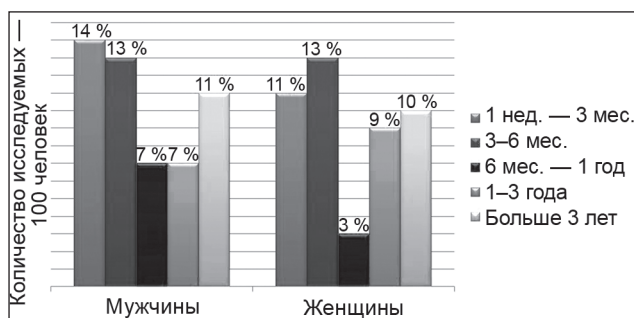


Рисунок 4. Длительность клинических проявлений заболевания

Исследование взаимосвязи пола и возраста (рис. 2) оперированных пациентов по поводу грыж межпозвоночных дисков в поясничном отделе позвоночника показало, что большую часть составляют пациенты молодого и зрелого возраста — 52 и 35 % соответственно. Значительно меньше пациентов молодого и пожилого возраста — 8 и 9 %. На долю пациентов старческого возраста приходится всего 1 %, что в большинстве случаев обусловлено отказом от оперативного вмешательства ввиду наличия множества сопутствующих заболеваний. Таким образом, зависимость от пола пациентов выражена незначительно, хотя и заметно, что пациентам мужского пола операции в связи с данной патологией выполняются несколько чаще.

Также изучена частота возникновения грыж межпозвоночных дисков (ГМД) на различных уровнях поясничного отдела позвоночника. Выявлено, что грыжи межпозвоночных дисков поясничного отдела возникают чаще на уровнях позвоночного двигательного сегмента (ПДС) L4-5 и L5-S1, что связано с анатомическими особенностями (сужение задней продольной связки, наибольшая биомеханическая нагрузка и т.д.).

Следует отметить, что 89 % пациентов с ГМД проводилось комплексное консервативное лечение, продолжительность которого составила от одной недели до двух месяцев, что свидетельствует о ее эффективности. В 11 % случаев пациентам проводилось раннее оперативное лечение до поступления в центр, что указывает на необходимость полноценной и качественной специализированной реабилитации в послеоперационном периоде. Значительно снижено число пациентов с рецидивами грыж в анамнезе, что доказывает эффективность и целесообразность оперативного лечения больных с ГМД в условиях реабилитационного центра.

Для пациентов нашего центра разработаны конкретные показания к оперативному лечению больных с грыжей межпозвоночного диска, а в конкретных случаях, при наличии листеза, проводится стабилизация соответствующего ПДС межтеловым спондилодезом (передним и задним титановым кейджем). Наш 15-летний опыт оперативного лечения данной категории больных показал обоснованность и эффективность малоинвазивной хирургической помощи пациентам с указанной патологией (рис. 5).

Инновация данного постулата заключается в том, что реабилитация пациентов, оперированных по поводу ГМД, начинается через 8–10 часов после оперативного вмешательства. Таким образом, разработанная нами система реабилитации больных, оперированных по поводу грыж межпозвоночных дисков, в том числе со стабилизацией, позволяет проводить восстановительное лечение пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, осложненными секвестрацией межпозвоночных дисков и стойким болевым синдромом на раннем послеоперационном этапе.

Для этого Центр медицинской реабилитации «Луч» располагает самым современным диагностическим и лечебным оборудованием, а также широко использует природные и преформированные факторы, мануальную терапию, фитнес-процедуры, включающие гидрокинезотерапию, лечебную гимнастику и роботизированную механотерапию (рис. 1). Для убедительной репрезентативности исследования анамнеза клиники и отдаленных результатов лечения 100 пациентов полученные данные убедительно представлены на рис. 1–5.

Как следует из рис. 1, частота латерализации ГМД вправо у мужчин в изучаемой группе меньше (43,4 %), чем влево (56,6 %). У женщин отмечается минимальная разница в локализации ГМД: правосторонняя — у 47,8 %, левосторонняя — у 52,2 %.

Таким образом, в изучаемой группе пациентов обоих полов разница в латерализации ГМД незначительная и составляет 53 % вправо и 47 % влево.

На рис. 2 видно, что клинические проявления ГМД в возрасте 25–44 лет отмечаются с минимальной

разницей и у мужчин, и у женщин — 27 и 25 % соответственно. В зрелом возрасте (45–60 лет) превалирует заболеваемость у мужчин над выявляемостью у женщин — 21 и 14 % соответственно. У пациентов среднего возраста (61–75 лет) отмечается незначительная разница — 7 % женщин и 5 % мужчин. Среди больных пожилого возраста (76–90 лет) доля мужчин составляет 1 % от общего числа оперированных (рис. 3).

Существенным моментом для выработки правильной тактики микрохирургического вмешательства на позвоночнике, кроме классического нейроортопедического обследования, является магнитно-резонансная томография, в отдельных случаях — компьютерная томография. Также важно уточнение уровня локализации ГМД. Полученные нами данные представлены на рис. 3, из которого следует, что ГМД на уровне ПДС L1-L2 отмечены у 2 % мужчин. Женщин в исследуемой группе не было. А на уровне L2-L3, наоборот, женщины составили 1 %, мужчины — 0. Та же тенденция наблюдается на уровне ПДС L3-L4: женщины — 3 %, мужчины — 1 %.

Наибольшую частоту локализации ГМД мы наблюдаем на ПДС L4-L5, что коррелирует с данными многих отечественных и зарубежных авторов [1–3]. В данной группе оперированных больных мужчины составили подавляющее большинство — 29 %, а женщины — всего 17 %. На уровне L5-S1 соотношение женщин и мужчин несколько иное — 26 и 21 % соответственно.

Таким образом, в исследуемых группах пациентов наиболее уязвимыми оказались ПДС L4-L5 и L5-S1. Это связано прежде всего как с анатомическими особенностями нижних поясничных сегментов, так и с биомеханикой позвоночника (рис. 4). Данные о сроках клинических проявлений заболевания у оперированных больных представлены на рис. 4. Пациенты с длительностью болевого синдрома до 3 месяцев составили 14 % у мужчин и 11 % — у женщин. От 3 до 6 месяцев число мужчин и женщин абсолютно одинаковое — по 13 %. До 1 года у мужчин — 7 %, у женщин — 3 %. Незначительная разница у мужчин и женщин, страдающих выраженным болевым синдромом и ортопедическими нарушениями до 3 лет, — 7 и 9 % соответственно. Такая же тенденция у «стажированных» больных, страдающих более 3 лет, — 11 % у мужчин и 10 % у женщин.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что среди оперированных в Центре «Луч» большинство составляют пациенты с давностью заболевания до 3 месяцев (51 %) и от 3 месяцев и больше (37 %) (рис. 5). Эффективность любого метода лечения оценивается по отдаленным результатам. В этой связи нами изучен катанез у 83 больных от 3 до 10 лет после оперативного вмешательства. При этом рецидив грыжи на уровне операции выявлен лишь у 7 пациентов, а на смежных ПДС — у 5. Все 12 пациентов прооперированы, 5 из них проведен задний спондилодез с удалением спаек и гипертрофированных участков желтой связки.

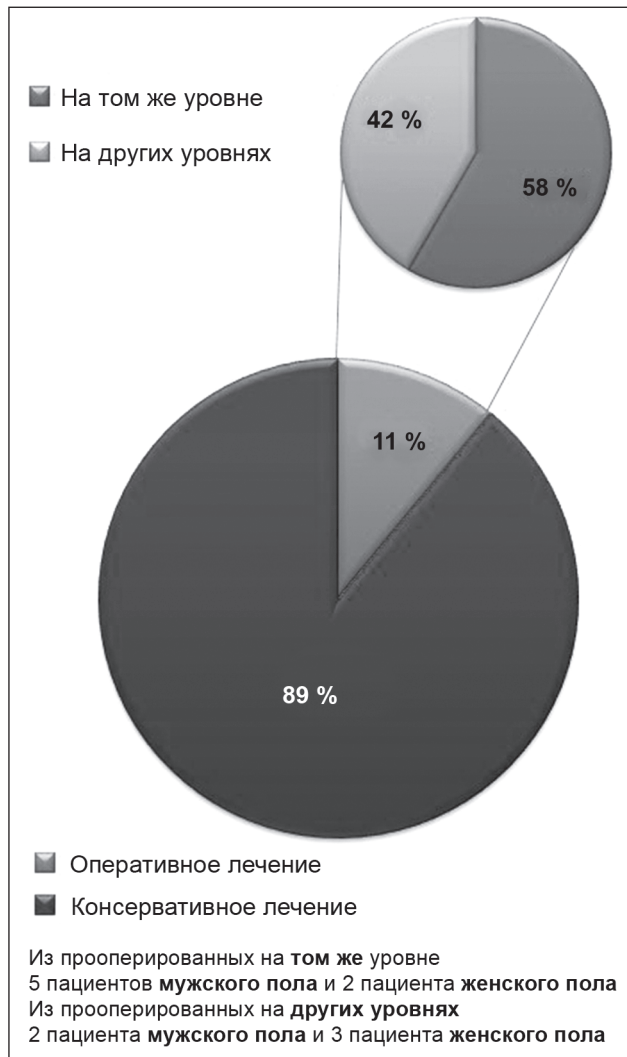


Рисунок 5. Число пациентов, оперированных в связи с рецидивом грыжи диска

На втором этапе реабилитации проводилось комплексное консервативное лечение, направленное на устранение патобиомеханических и нейроортопедических нарушений, на восстановление трудоспособности и улучшение качества жизни пациентов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии какого-либо конфликта интересов при подготовке данной статьи.

Список литературы

1. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертебро-неврология): Руководство для врачей. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 670 с.

2. Левит К., Захсе Й., Янда В. Мануальная медицина. — М.: Медицина, 1993. — 456 с.

3. Лиев А.А. Лечение неврологических синдромов поясничного остеохондроза. — Кишинев, 2011. — 194 с.

4. Лиев А.А., Потапов В.Ф. Опыт хирургического лечения проявлений остеохондроза позвоночника в клинике вертебро-неврологии СГМА // Международный научный конгресс. 60-я сессия Генеральной Ассамблеи Всемирной федерации водолечения и климатолечения. — Италия, 2007.

5. Лиев П.С., Лиев А.А., Татьянченко В.К. Клинико-морфологическая оценка симптома Вассермана // Неврологический международный журнал. — 2016.

Получено 11.02.2016 ■

Лієв П.С.¹, Лієв А.А.², Потапов В.Ф.²

¹Військовий медичний коледж ім. С.М. Кірова, м. Санкт-Петербург, Росія

²Федеральна державна бюджетна установа «Центр медичної реабілітації «Промінь» МЗ Росії, м. Кисловодськ, Росія

МІСЦЕ МАЛОІНВАЗИВНОЇ НЕЙРОХІРУРГІЇ НА ХРЕБЕТНО-РУХОВИХ СЕГМЕНТАХ У БАГАТОПРОФІЛЬНОМУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ЦЕНТРІ

Резюме. Надано 100 пацієнтів, прооперованих з приводу поперекових міжхребцевих гриж, зі стабілізацією хребетно-рухового сегмента міжтіловим титановим кейджем. Проаналізовано закономірність залежності локалізації міжхребцевої грижі від рівня хребетного стовпа, віку, статі

та латералізації. Показана ефективність включення малоінвазивних нейрохірургічних операцій в умови реабілітаційного центру.

Ключові слова: міжхребцева грижа; малоінвазивна нейрохірургія; реабілітація

P.S. Liev¹, A.A. Liev², V.F. Potapov²

¹Kirov Military College, Saint-Petersburg, Russia

²Federal State Budgetary Establishment Center for Medical Rehabilitation «Beam» of Ministry of Health of Russia, Kislovodsk, Russia

LOW-INVASIVE NEUROSURGERY ON FUNCTIONAL SPINAL UNIT IN THE MULTIFACETED CENTRE FOR REHABILITATION

Abstract. The article describes case reports of 100 patients operated for lumbar intervertebral hernias with stabilization of functional spinal unit with vertebral titanic fusion. The dependence of localization of disk herniation on

the spine level, age, gender and their lateralization was analyzed. Efficiency of the low-invasive neurosurgery the center for rehabilitation is shown.

Keywords: disk herniation; low-invasive neurosurgery; rehabilitation