

функціональної мобільності оперованого хребтового сегменту, прискорення дегенеративних процесів суміжних рівнів, посилення явищ рахіалгії. Найбільш перспективним вирішенням проблеми є протезування вражених міжхребцевих дисків рухомими протезами. В даний час завдяки успіхам в розробці протезів великих суглобів стала можлива розробка штучних рухомих протезів міжхребцевих дисків. Якщо дивитися на проблему ширше хірургія стає дедалі не традиційно резекційною, направленою на видалення патологічного процесу та органа який його містить, а відновною, спрямованою на відновлення структури та функції враженого органа.

Метою роботи явилось створення штучних вітчизняних рухомих протезів міжхребцевих дисків, впровадження їх в клінічну практику, оцінка результатів.

Матеріал та методи дослідження. Конструкція рухомих протезів розроблена сумісно з інженерами науково-виробничого підприємства "Інмед". В подальшому вона відпрацьована на 21 експериментальних зразках протезів міжхребцевих дисків. На цих зразках виконані біомеханічні дослідження. Технологія оперативних втручань встановлення рухомих протезів міжхребцевих дисків відпрацьована на 12 трупях. Проведені вивчення топографоанатомічних співвідношень, необхідних розмірів міжхребцевих дисків. Відповідно до цих досліджень проводилася модифікація та вдосконалення конструкції міжхребцевих дисків. Оперативні втручання встановлення рухомих протезів міжхребцевих дисків виконані у 9 хворих з патологією поперекових дисків та у 15 хворих з патологією шийних дисків. Після оперативного втручання проведена клінічна оцінка результатів лікування та вивчені радіологічні особливості встановлених дисків (за допомогою рентгенографії, спіральної КТ та МРТ), їх біомеханічні властивості.

Результати. Клінічно у всіх хворих відмічений повний регрес радикулярного більового синдрому, рахіалгії, регрес стато-динамічних порушень. Всіх крім одного хворого повернулася до трудової діяльності. У одного хворого мав місце глибокий нижній парапарез, майже до плегії, велика кила С5-6 диску та викликана нею мієлопатія. Після операції у нього відмічений регрес неврологічної симптоматики, проте до трудової діяльності хворий повернувся не зміг. За даними МРТ та КТ у хворих після втручання були відсутні кили дисків на місці втручання, сам протез компресії нервових структур в жодному випадку не викликав, в порожнину каналу хребта та міжхребцевих отворів не заходив. Ми провели порівняння результатів лікування трьох груп хворих — яким виконана звичайна мікродиссектомія, мікродиссектомія з протезуванням диску нерухомими протезами, мікродиссектомія з протезуванням диску рухомими протезами. Хворих з звичайною мікродиссектомією було вибрано 100 — як самі типові випадки м'якотканної грижі. Хворих де виконана мікродиссектомія з протезуванням диску нерухомими протезами було 20, рухомими — 24. Безпосередньо після втручання регрес неврологічної симптоматики та корінцевого болю був приблизно однаковий у всіх групах. Проте локальний більовий синдром та функціональна мобільність різко різнилися у всіх групах. Найбільш виражена локальна біль була у групі хворих з мікродиссектомією та протезуванням диску нерухомими протезами, на другому місці були хворі з традиційною мікродиссектомією, та на останньому — хворі де виконано протезування диску рухомими

протезами. Такий же розподіл хворих по функціональним можливостям. Згинання до переду, заду в сторони, сидіння, присідання у хворих перших двох груп викликало суттєві локальні болі. У хворих де виконано протезування диску рухомими протезами таких болів майже не було, за даними функційної рентгенографії мобільність оперованого сегменту відповідала нормі.

Заключення. Таким чином методика мікродиссектомії з послідовним протезуванням міжхребцевих дисків рухомими протезами дозволяє уникнути післяопераційної нестабільності хребта, відновити фізіологічну мобільність хребта, уникнути локального більового синдрому, підвищити результати трудової реабілітації хворих.

Малоінвазивна хірургія дискогенних нейрокомпресійних синдромів поперекового відділу хребта

Хижняк М.В.

Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
Факс +380 44 4893188, тел. +380 44 4893045

Мета. Покращення результатів хірургічного лікування хворих з дискогенними нейрокомпресійними синдромами поперекового відділу хребта.

Матеріали та методи. Нами проаналізовані результати хірургічного лікування 2218 хворих, які були оперовані в клініці ендоскопічної та лазерної спінальної хірургії з застосуванням різних (позаканальних та внутрішньоканальних) малоінвазивних методик, протягом 1996–2004рр. Покази до різних методик хірургічного лікування вироблялись нами на основі загальновідомого діагностичного алгоритму з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта. До позаканальних методів належать оперативні втручання, які засновані на пункції ураженого диску задньо-боковим доступом: пункційна лазерна нуклеотомія (562 спост.) та ендоскопічна портальна нуклеотомія (134 спост.). Внутрішньоканальні методики виконуються безпосередньо через спинномозковий канал: мікродиссектомія (728 спост.), ендоскопічна мікродиссектомія за Дестандо (32спост.), мікродиссектомія із застосуванням лазера (715 спост.), мікродиссектомія з відеоендоскопічною асистенцією (47 спост.).

Результати та їх обговорення. Проведений аналіз результатів хірургічного лікування свідчить про доцільність застосування лазерних технологій у хворих переважно молодого та зрілого віку, використання лазерних технологій у пацієнтів похилого віку не покращує результати мікродиссектомій.

Висновки. Диференційоване застосування малоінвазивних втручань у хворих з дискогенними нейрокомпресійними синдромами у поперековому відділі сприяє мінімізації хірургічної травми, а також підвищує ефективність хірургічного лікування, в середньому, на 10 %.