

Диференційоване нейрохірургічне лікування хворих із дискогенною патологією попереково-крижового відділу хребта

Бринкач І.С., Вербов В.В.

Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4869503,
e-mail: verbov@neuro.kiev.ua

Ціль роботи — підвищення ефективності хірургічного лікування хворих із грижами міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта, зменшення кількості післяопераційних ускладнень, підвищення якості життя і зменшення інвалідизації хворих.

Матеріали і методи. На 15 анатомічних препаратах і в 50 хворих інтраопераційно вивчені топографо-анатомічні особливості будови жовтої зв'язки і місця її прикріплення, розташування гриж міжхребцевих дисків щодо структур корінця, дурального мішка і самих дисків в аксіальній і сагітальній площинах. Проведено аналіз лікування 136 хворих, яким була виконана мікродискектомія на рівнях L4–5 і L5–S1. У 112 хворих під час доступу до грижі здійснювалася латеральна флавектомія або флавотомія, а в 24 — анатомічні особливості міждужкового проміжку вимагали виконання тотальної флавектомії. Зона резекції задніх кісткових структур хребців розраховувалася виходячи з найбільш частих варіантів їхніх анатомічних взаємовідносин з нервовими корінцями попереково-крижового відділу хребта і варіантів локалізації гриж міжхребцевих дисків. Також визначений напрямок тракції корінця для візуалізації грижі, що залежить від її локалізації і типу.

Результати хірургічного лікування. Катамнез 136 хворих, у яких використовувалася латеральна флавектомія або флавотомія, склав від 9,5 мес до 2,5 років. У цих хворих був відсутній радикальний біль і відзначене швидке відновлення працездатності. У жодного з цих хворих у післяопераційному періоді не було необхідності в призначенні стероїдних або нестероїдних протизапальних препаратів. Жодного разу не відзначені післяопераційні гематоми.

У 19 хворих, у яких анатомічні особливості будови попереково-крижового відділу хребта вимагали виконання тотальної флавектомії або інтерламінектомії, у післяопераційному періоді зберігався радикальний больовий синдром, що обумовлювало призначення дексону в комбінації з фуросемідом. У 3 хворих з цієї групи на контрольних МР-томограмах відзначене формування післяопераційних гематом у зоні оперативного втручання.

Висновки. Техніка диференційованого нейрохірургічного лікування хворих з дискогенною патологією попереково-крижового відділу хребта визначається анатомо-топографічними характеристиками гриж міжхребцевих дисків. Адекватна оцінка анатомічних співвідношень дисків, корінців, задніх кісткових структур, варіантів розташування гриж міжхребцевих дисків дозволяє мінімізувати оперативний доступ, зменшити тракцію й операційну травматизацію нервових структур, підвищити рівень трудової реабілітації хворих. Мікродискектомія зі збереженням жовтої зв'язки попереджає формування перидурального і перирадикулярного рубців, попереджає компресію нервових структур гематомою в рані.

Комплексна клініко-електрофізіологічна діагностика рухових порушень у дітей із закритою хребетно-спинномозковою травмою (ЗХСМТ) шийного відділу

Чеботарьова Л.Л., Кеворков Г.А., Сулій Л.М.

Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4839535

Мета. Об'єктивізація рухових порушень у дітей, стану периферичного нервово-м'язового апарату кінцівок, рефлекторної збудливості спінальних мотонейронів шийного та поперекового потовщень є важливою і досить складною проблемою в діагностиці ЗХСМТ.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 40 дітей у віці від 1 до 16 років в динаміці лікування ЗХСМТ шийного відділу, в 40% випадків діагностовано пошкодження зв'язкового апарату, у 50% дітей — струс спинного мозку, у 20% — сполучну ЗЧМТ та ЗХСМТ.

З метою об'єктивізації стану сегментарного апарату спинного мозку, визначення наявності та характеру сегментарних і провідникових порушень були використані методи стимуляційної електронейроміографії (ЕНМГ) та голкової ЕМГ, досліджено стовбуровий тригемено-фаціальний рефлекс, стовбурові ВП, Н-рефлекс. ЕНМГ ознаки корінцевих порушень визначали за показниками швидкості проведення збудження руховими волокнами шийних корінців, амплітуди потенціалу дії відповідних м'язів плечового поясу та верхніх кінцівок, асиметрією цих показників на боці ураження та контралатеральному. За параметрами Н-рефлексу та F-хвилі діагностували пірамідну недостатність.

Результати та їх обговорення. При рентгенологічному обстеженні в більшості випадків змін з боку шийного відділу хребта не виявлено, на МРТ ознаки ураження речовини спинного мозку були відсутні. У 50% хворих скарг на розлади рухів не було, проте клінічно діагностовано порушення функції м'язів шиї, рухові порушення, більш виражені в руках, асиметрію рефлексів на верхніх та нижніх кінцівках тощо. У всіх хворих при ЕНМГ діагностиці виявлено: двобічна пірамідна недостатність, як правило, з вираженою асиметрією показників, в частині випадків — ЕНМГ ознаки залучення корінцевого апарату.

Виявлено співпадання між ЕНМГ показниками функції спинного мозку та тенденцією до спонтанного зворотного розвитку симптомів неврологічного дефіциту.

Висновки. Діагностика ЗХСМТ шийного відділу у дітей вимагає: ретельного аналізу механізму травми та наявності компресійного компоненту; використання сучасних нейро-візуалізуючих методів (КТ, МРТ), клініко-електрофізіологічної верифікації ушкодження сегментарного та провідникового апарату. Клініко-ЕНМГ контроль в динаміці лікування, особливо у випадках поєднаної ЗЧМТ та ЗХСМТ, неспівпадання клінічних та інструментальних даних щодо тяжкості пошкодження, дозволяє вже на ранніх етапах виявити ознаки мієлопатії та її прогресування, мієло-радикулоневропатії, а також визначити роль дисгемічного компоненту.