

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 13.06.2008 № 317

**Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим із дискогенними
нейрокомпресійними синдромами шийного відділу хребта**

Шифр за МКХ-10: M50, M50.0+, M50.1, M51.0

Ознаки та критерії діагностики

Дискогенні нейрокомпресійні синдроми (ДНС) шийного відділу хребта формуються на фоні остеохондрозу хребта. Сучасні класифікації (А.А.Луцик, 1997, 2006; Я.Ю.Попелянский, 2003) дискогенних нейрокомпресійних синдромів виділяють рефлекторні (рефлекторно-больові) і компресійні синдроми.

Дегенеративно-дистрофічні зміни міжхребцевого диску призводять до подразнення нерва Люшка, за рахунок чого формуються рефлекторні (рефлекторно-больові) синдроми. Подальше вип'ячування міжхребцевого диску в порожнину хребтового каналу супроводжується появою іритативних корінцевих синдромів, що змінюються симптомами випадіння функції корінців (компресійна радикулопатія). Безпосередній вплив грижі міжхребцевого диску на спинний мозок сприяє розвитку компресійної мієлопатії.

Клінічними ознаками ДНС шийного відділу хребта є:

1. Рефлекторні (рефлекторно-больові) синдроми. Їх виникнення пов'язане із пропріоцептивною імпульсацією із ураженого хребцево-рухового сегменту за рахунок подразнення синувтебрального нерва (Люшка), що обумовлює розвиток краніалгій, брахіалгій, плече-лопаточного періартрозу, синдрому плече-китиця, тощо. Нерідко на фоні рефлекторних (рефлекторно-больових) синдромів з'являються симптоми ураження вегетативної нервової системи.

2. Компресійні радикулопатії – клінічна симптоматика складається із синдрому подразнення (больовий синдром, гіперестезія) та синдрому випадіння функції корінця (порушення чутливості, порушення рухових функцій, тощо).

3. Компресійна мієлопатія. Тривала компресія із ішемією спинного мозку може призвести до формування ішемічних вогнищ та незворотніх змін у спинному мозку.

Умови, в яких повинна надаватись медична допомога

Пацієнти із ДНС шийного відділу хребта при неефективності консервативної терапії протягом 6-8 тижнів, включаючи знеболюючі блокади, підлягають оперативному лікуванню у нейрохірургічному відділенні.

При синдромі дискогенної мієлопатії оперативне втручання повинно проводитись в найкоротший термін.

Діагностика

Діагностичні заходи включають:

1. Неврологічний та загальний соматичний огляд.
2. Спондилографію шийного відділу хребта в 2 проекціях із функціональними пробами.
3. МРТ (при неможливості проведення МРТ - КТ) шийного відділу хребта (не пізніше ніж за 2 місяці до госпіталізації).
4. Електронеуроіографія при компресійній радикулопатії та мієлопатії.
5. Визначення групи крові, резус-фактора.

6. Загальні аналізи крові та сечі.

7. Біохімічне дослідження крові (електроліти, загальний білок) та визначення гематокриту. Контроль згортання крові при прийомі нестероїдних протизапальних препаратів в т.ч. аспірину більше 1 місяця, а також при відповідних анамнестичних даних.

8. УЗ-дослідження щитоподібної залози (при клінічних показниках збільшення залози).

9. Імунологічні та вірусологічні дослідження для виключення можливого інфекційного ураження спинного мозку (при підтвердженні даними електронейроміографії).

Лікування

Хірургічне лікування при дискогенних нейрокомпресійних синдромах шийного відділу хребта визначається за неефективності консервативного лікування протягом 6-8 тижнів, включаючи знеболюючі блокади.

Хірургічне лікування базується на диференційованому використанні пункційних, ендоскопічних та мікрохірургічних технологій.

Оперативні втручання, що застосовуються в даний час при дискогенних нейрокомпресійних синдромах шийного відділу хребта, можливо поділити в такий спосіб:

Пункційні та ендоскопічні мікродискектомії із внутрішньою декомпресією драглистого ядра (нуклеотомії)	Мікрохірургічні «герніектомії»	Хірургічні втручання із стабілізацією
1. Пункційна лазерна мікродискектомія. 2. Ендоскопічна портална мікродискектомія.	1. Передня мікродискектомія. 2. Задня фораміномотія, мікродискектомія. 2. Задня мікродискектомія із ендоскопічною асистенцією.	1. Передня мікродискектомія і міжтіловий корпоро-дез кісткою, кейджами, , та ін. системами стабілізації. Використання мобільних протезів. 2. Передня корпорекомія і міжтіловий спонділодез.

Пункційна лазерна мікродискектомія проводиться переважно при компресійній радикулопатії із явищами іритації і порушення функції відповідних корінців без виразної неврологічної симптоматики випадіння та при рефлекторних синдромах.

Втручання здійснюється при достатній гідрофільності диску із вип'ячуванням (переважно центральним та парамедіанним) до 5 мм, відсутності попередніх хірургічних втручань на хребті, відсутності розриву та стовщення задньої поздовжньої зв'язки, відсутності вільного фрагменту (секвестру). Оптимальними для втручання визнаються центральні чи парамедіанні грижі, а також багаторівневі ураження шийних дисків.

Ендоскопічна (портальна) мікродискектомія застосовується переважно при центральних та парамедіанних грижах міжхребцевих дисків (не більш ніж на 1/3 попереку хребетного каналу) без розриву волокнистого кільця чи з невеликим розривом і випинанням грижі під задню поздовжню зв'язку без краніального та каудального сублігаментозного зміщення, при збереженій висоті міжхребцевого диску без вираженого спондиліозу.

Протипоказаннями до втручання є мієлопатія із грубим неврологічним дефіцитом, сегментарна нестабільність та стеноз хребтового каналу, попередні хірургічні втручання на відповідному рівні, секвестр диска, осифіковані грижі.

Показаннями до передньої мікродискектомії є компресійні синдроми з радикулопатією чи мієлопатією, що виникли внаслідок грижі дисків розміру більше 6 мм, секвестри дисків, розриви і стовщення задньої поздовжньої зв'язки. Можливо виконання операції у хворих зі стенозом хребтового каналу, осифікованими грижами, остеофітами.

Показаннями до задньої форамінотомії і мікродискектомії чи задньої мікродискектомії з ендоскопічною асистенцією є форамінальні грижі дисків з радикулярною симптоматикою. Застосування такого втручання при мієлопатії небажано, з цього доступу також неможливо виконати міжтіловий спондилодез, а тільки можливо здійснити «задні» методи фіксації.

Показаннями до передньої мікродискектомії і міжтілового корпорозезу кейджами, кісткою та ін. системами стабілізації є компресійні синдроми з радикулопатією чи мієлопатією, що виникли внаслідок грижі розміром більше 6 мм, вільного фрагменту (секвестру) дисків, розриву і стовщення задньої поздовжньої зв'язки, із явищами нестабільності хребта, зменшення дискового проміжку. Можливо виконання операції у хворих зі стенозом хребтового каналу, осифікованими грижами, остеофітами.

Показаннями до передньої корпорекомії і міжтілового спондилодезу є великі грижі міжхребцевих дисків, секвестри дисків, особливо з їх міграцією, розриви і стовщення задньої поздовжньої зв'язки, грижі дисків з остеофітами, осифіковані грижі дисків, поєднання грижі диску і стенозу хребетного каналу, осифіковані центральні грижі дисків, грижі дисків на суміжних 2-3 рівнях, особливо в поєднанні з осифікацією гриж, задньої поздовжньої зв'язки та стенозом хребтового каналу. При наявності гриж без осифікації та стовщення задньої продольної зв'язки на суміжних рівнях можливо виконати на кожному рівні ізольовану мікродискектомію із корпорозезом кейджами.

Показання до дискектомії і протезування дисків мобільними протезами виникають у хворих з патологією міжхребцевих дисків без порушення анатомічних, фізіологічних, біомеханічних властивостей зв'язкового апарата хребтового стовпа. Протезування виправдано при компресійних синдромах з радикулопатією чи мієлопатією, що виникли внаслідок грижі розміром більше 6 мм, секвестрах дисків, розривах і стовщенні задньої поздовжньої зв'язки. Протезування показано у випадках зменшення висоти міжхребцевих отворів і компресії нервових корінців. Протипоказанням до протезування мобільними протезами є багаторівнева патологія дисків, значний гіпертрофічний артроз міжхребцевих суглобів, остеопороз, спондилолітез зі зміщенням більш 3 мм, стеноз хребтового каналу.

Система показань до оперативних втручань із приводу нейрокомпресійних шийних синдромів відображає загальне положення, відповідно до якого початкові клінічні і морфологічні прояви дегенеративних процесів вимагають мінімальних обсягів оперативних втручань, тоді як значні дегенеративні процеси шийного відділу хребта, як правило, потребують хірургічних втручань більшого об'єму, спрямованого не тільки на видалення гриж дисків, але і на реконструкцію хребта.

Протипоказання до нейрохірургічного втручання можуть виникнути при невідповідності клінічних даних та даних МРТ, поєднанні гриж дисків з діабетичною радикуло- чи полірадикулопатією, із енцефаломієлітом чи розсіяним склерозом, боковим аміотрофічним склерозом.

Критерії ефективності та очікувані результати лікування

Поліпшення стану хворого, частковий або повний регрес неврологічної симптоматики. Орієнтовна тривалість лікування у нейрохірургічному відділенні 2-10 діб. Подальше лікування – у неврологічному або реабілітаційному відділенні.

Головний позаштатний спеціаліст

МОЗ України за спеціальністю «нейрохірургія» Підпис

Є.Г. Педаченко