

Вплив керамоспондилодезу поперекового відділу хребта на дегенерацію суміжних сегментів

Костицький М.М., Федак В.І., Костицька О.М., Потапов О.І.

Обласна клінічна лікарня
Івано-Франківськ
Україна
(0342)528-173
fedak_v@yahoo.com

При наявному прогресі у хірургічному лікуванні дегенеративних захворювань хребта відзначається значний відсоток відстрочених ускладнень. Значне місце серед них належить розвитку дегенерації у суміжних (до оперованого) хребтових сегментах.

Нами проведено ретроспективний аналіз наслідків керамоспондилодезу поперекового відділу із застосуванням імплантів з корундової та пористої кераміки у 24 хворих, оперованих з приводу грижі диску з дегенеративною нестабільністю ураженого сегменту, нестабільності сегменту чи спондилолістезу.

Обстежили 8 жінок та 16 чоловіків середній вік яких складав 51,3 років (від 24 до 62 років). Віддалений післяопераційний період складав 9,1 рік. Спондилограми були проаналізовані з поглядом на спондилолістез (anterolistes, retrolistes), нестабільність, грижі міжхребцевого диску, стеноз, гіпертрофію дуговідросткових суглобів, формування остеофітів, сколіоз та компресійні переломи хребців суміжних краніальних/каудальних сегментів. Порівнювались рентгенограми пацієнтів до операції, раннього післяопераційного періоду та рентгенограми отримані при останньому огляді.

При спостереженні від 1 до 16 років, виявлено, що в 66,7% хворих відмічено дегенеративні зміни суміжних сегментів. Проте тільки у 8-ми (33,3%) пацієнтів рентгенологічні прояви захворювання корегували з клінічними симптомами та були заплановані на оперативне лікування.

Отже, розвиток дегенерації суміжних сегментів після спондилодезу поперекового відділу наймовірніше пов'язаний як з деякими післяопераційними механічними факторами, так і з процесами нормального старіння хребта. Для вирішення тактики повторного оперативного втручання рентгенологічні ознаки дегенерації суміжних сегментів повинні строго корелювати з клінічними даними.

Эндоскопическая шейная микродискэктомия в устранении дискогенных болевых нейрокомпрессионных синдромов

Красиленко Е.П.¹, Аксёнов В.В.²

¹ Институт нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины,
² Одесская областная клиническая больница
Киев, Одесса
Украина
8044 4864608
krasilenkosempal@com.ua

В клинике лазерной и эндоскопической спинальной нейрохирургии Института нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины методом эндоскопической шейной микродискэктомии (ЭШМ) в 2001-2005 г.г. оперированы 92 больных с дискогенными нейрокомпрессионными синдромами шейного отдела позвоночника. До операции у большинства пациентов доминировал болевой синдром. В 85 случаях (92,4%) он был обусловлен компрессионной радикулопатией - изолированной (у 78 больных - 84,8%) или в структуре миелорадикулопатии (7 - 7,6%). У 83 из этих больных отмечена симптоматика выпадения функции компремированного корешка, у 2 - его ирритация. Сопутствующие дискогенные рефлекторные синдромы обуславливали цервикалгию (локальный миосклеротомный синдром) - у 84 больных (91,3%); шейно-плечевую и межлопаточную боль, цервикогенную краниалгию (отраженные миосклеротомные синдромы) - у 18 больных (19,6%); боль в плечевом суставе (дистрофический синдром - плече-лопаточный периартроз) - у 6 больных (6,5%). Стойкие положительные (отличные и хорошие) результаты ЭШМ получены у 94,8% больных с явлениями выпадения функций компремированного корешка. Полный регресс болевого синдрома и неврологической симптоматики в отдаленном периоде зафиксирован у 89,5% этих пациентов. Средний балл болевых ощущений (СББО), составлявший до операции 2,16±0,07 (по Международной шкале боли), снизился в отдаленном периоде до 0,16±0,05. У одного из двух пациентов с симптомами раздражения компремированного корешка отмечен полный регресс болей в течение первых суток. Во втором случае болевой синдром персистировал в связи с недостаточной декомпрессией корешка; потребовалось повторное открытое вмешательство (1,1%). Отмечено достоверное снижение СББО при рефлекторных болевых синдромах: локальном и отраженном миосклеротомных - с 2,14±0,06 до 0,20±0,05 и с 2,06±0,17 до 0,33±0,14, соответственно; дистрофическом - с 2,50±0,20 до 0. Отличные и хорошие результаты составили 95,1%, 88,9%, 100%, соответственно. Миосклеротомные синдромы в значительной степени регрессировали в первые 3 недели после операции. Полный регресс дистрофического синдрома отмечен в отдаленном периоде.