

Анализ различных пункционных методов лечения остеохондроза позвоночника

Щедренюк В.В., Себелев К.И., Мозучая О.В.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова Санкт-Петербург
Россия
+7-921-656-14-48
ovm55@yandex.ru

Цель исследования – сравнительный анализ использования механической, химической и лазерной пункционных методик лечения остеохондроза позвоночника.

Материал и методы. Проведено комплексное клинично-лучевое обследование 752 больных остеохондрозом различных отделов позвоночника с наличием компрессионных и ирритативных синдромов. У всех больных было выявлено дегенеративное поражение межпозвонковых дисков (МПД) с наличием протрузий и грыж до 4 – 6 мм. У 143 (19%) пациентов установлено наличие начальных признаков нестабильности в виде гипермобильности. Проведено лечение методом пункционной фенестрации и декомпрессии поясничных МПД 302 больных на уровне L4 – L5 и L5 – S1. Осуществляли боковой доступ к МПД, отступая латерально 7 – 10 см от линии остистых отростков. Осложнений не было. У 265 больных с ирритативными формами шейного остеохондроза предпринята дерезекция МПД, преимущественно на уровне С4 – С5, С5 – С6 и С6 – С7. Пункцию МПД осуществляли передним доступом. В каждый диск вводили дерезецирующий раствор, состоящий из спирта 70% и анестетика в равных частях. Осложнений не было. У 185 больных осуществлено лечение методом пункционной лазерной термопластики на шейном (65), грудном (3) и поясничном (117) уровнях. Термопластику проводили с помощью лазерного скальпеля «ЛС-0,97 ИРЭ-Полус». Осложнений не было. Пункцию дисков проводили под местной анестезией под контролем ЭОП. После пункции диска, как правило, с диагностической целью проводили дискографию с омнипаком.

Результаты и их обсуждение. Критериями оценки пункционных методов лечения в ближайшем и отдаленном периодах служили изменение характера болевого синдрома, данных МРТ или КТ позвоночника и спинного мозга, а также сроки восстановления трудоспособности. Катамнестическое исследование проведено у всех больных на протяжении 3 лет после операции. Исходы лечения оценивали по шкале MacNab, согласно которой выделили хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты (отсутствие эффекта). Катамнестическое исследование на протяжении 3 лет после малоинвазивных операций позволило выявить достаточно стойкий положительный эффект фенестрации (71,9%), дерезекции (64,1%) и лазерной нуклеопластики (78,5%) МПД. Лучшие исходы наблюдаются при использовании лазерной термопластики МПД.

Выводы. Пункционные способы лечения дегенеративных заболеваний позвоночника в виде механической фенестрации, химической дерезекции и лазерной нуклеопластики МПД являются малотравматичными, не имеющими осложнений и эффективными манипуляциями при компрессионных и ирритативных формах остеохондроза различных отделов позвоночника.

Васкулярная декомпрессия в лечении невралгии языкоглоточного нерва

Шиманский В.Н., Коновалов А.Н., Махмудов У.Б., Тяняшин С.В., Карнаузов В.В., Семенов М.С., Отарашвили И.А., Лебедева М.А.

НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН Москва
Россия
+7 495 251-65-26
vadim@shimansky.ru

Введение. Васкулярная декомпрессия является общепринятой операцией в лечении нейрогенных болевых синдромов, какими являются невралгия тройничного нерва (НТН) и невралгия языкоглоточного нерва. Языкоглоточная невралгия (ЯН) является редким заболеванием и встречается в одном случае на 70 больных с тригеминальной невралгией. Основным симптомом этого заболевания является острая приступообразная боль в корне языка или в миндалине, распространяющаяся на небную занавеску, глотку. Боль часто иррадирует в ухо, нижнюю челюсть, шею и провоцируется движением языка, глотанием, особенно, при приеме горячей или холодной пищи, что приводит к алиментарной дисфункции. Главной причиной возникновения ЯН является компрессия языкоглоточного нерва артериальным сосудом, чаще всего задней нижней мозжечковой, реже – вертебральной артерией.

Цель исследования. Обоснование показаний к проведению операции васкулярной декомпрессии и оценки ее эффективности при невралгии языкоглоточного нерва.

Материал и методы. За последние 10 лет в НИИИХ им.акад.Н.Н. Бурденко Российской АМН находилось на лечении 191 больных с НТН, 33 – с гемифациальным спазмом и всего 2 больных разного пола с невралгией языкоглоточного нерва. Мужчине было 52 года, женщине – 59 лет. У обоих пациентов отмечалась левосторонняя невралгия языкоглоточного нерва. При исследовании на магнитно-резонансном томографе выявлялось близкое взаиморасположение задней нижней мозжечковой артерии и языкоглоточного нерва. Диагноз невралгии языкоглоточного нерва устанавливался при наличии у пациента характерных симптомов, подтверждался данными нейровизуализации (МРТ). Согласие больных на оперативное у обоих пациентов диктовалось страданиями вследствие наличия болевого синдрома и невозможностью полноценного питания. Во время оперативного вмешательства в обоих случаях выявлена пульсирующая компрессия корешка языкоглоточного нерва указанной выше артерией. Нейроваскулярный конфликт устранен путем разобщения артерии и нерва и установления тefлонового протектора.

Результаты. Регресс болевого синдрома сразу же после васкулярной декомпрессии языкоглоточного нерва достигнут у 2 пациентов (100%).

Выводы. Васкулярная декомпрессия языкоглоточного нерва является высокоэффективной патогномоничным методом лечения при ЯН.