

Различие показателей эффективности хирургического лечения в основной и контрольной группах статистически достоверно – $P < 0,001$.

Повторные оперативные вмешательства, связанные с рецидивом корешкового компрессионного синдрома, были произведены у 9,7% пациентов.

Выводы.

1) Аркотомный доступ является наименее травматичным среди исследованных нами доступов для дискэктомии.

2) Сравнительная оценка результатов лечения больных с грыжами межпозвонковых дисков показала статистически достоверное преимущество микрохирургического метода. При его использовании в сроки наблюдения до 3 лет получено 85,5% отличных и хороших результатов (против 63,4% при традиционном методе) со снижением числа рецидивов заболевания на 3,6%.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИСКО-РАДИКУЛЯРНОГО КОНФЛИКТА ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ЗА ПЯТИЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Калинин А.А., Бывальцев В.А., Сорокичиков В.А., Егоров А.В., Панасенков С.Ю.
НЦРВХ,
ДКБ ОАО «РЖД»,
ГИУВ,
г. Иркутск

Цель работы: анализ результатов декомпрессивно-стабилизирующих операций при лечении диско-радикулярного конфликта пояснично-крестцового отдела позвоночника за пятилетний период.

Материал исследования. За период с января 2006 по декабрь 2010 гг. выполнено 1236 дискэктомий (942 пациента) на пояснично-крестцовом уровне, из них 84 – проведены одномоментные декомпрессивно-стабилизирующие (1 группа) операции и 35 пациентам – двухэтапное оперативное вмешательство (2 группа) ввиду появления и прогрессирования сегментарной нестабильности с ухудшением неврологической симптоматики. Все операции проводились микрохирургическим и комбинированным микрохирургическим с эндовидеоассистенцией способами задним доступом с использованием межоститых (DIAM, Coflex) и транспедикулярных (Stryker, Конмет) стабилизаторов.

Результаты и обсуждение. Продолжительность операций в 1 группе составила от 60 минут до 135 мин. (среднее 80 мин.), во 2-й группе от 70 мин. до 150 мин. (среднее 88 мин.). Кровопотеря при оперативном лечении диско-радикулярного конфликта в 1 группе варьировала от 40 до 100 мл (среднее 80 мл), во 2-й группе составила от 60 мл до 150 мл (среднее 90 мл). По нашим данным длительность операции и объём кровопотери не имели статистически значимой разницы и в основном зависели от продолжительности заболевания, спячного процесса, анатомо-физиологических особенностей уровня диско-радикулярного конфликта и количества оперируемых сегментов.

Активизация пациентов 1 группы происходила на 1–2 сутки (чаще на первые), ходьба осуществлялась лишь на 2–3 сутки. Все пациенты 2-й группы активизированы на 1 сутки после операции, поставлены в вертикальное положение на 2 сутки. Послеоперационный койко-день варьировал от 7 до 9 (в среднем 8) без существенной разницы при обоих способах хирургической коррекции. Оценка болевого синдрома по ВАШ в пояснично-крестцовом отделе позвоночника позволила определить уменьшение его интенсивности с 5,3 до 3,2 и частоты с 6,8 до 3,8 для 1 группы, интенсивности с 5,6 до 3,5 и частоты с 6,6 до 3,9 – для 2-й. Интенсивность боли в нижних конечностях при одномоментных декомпрессивно-стабилизирующих операциях снизилась с 5,8 до 2,8, а частота с 6,8 до 3,2; при двухэтапном хирургическом лечении также отмечена явная положительная динамика интенсивности – 5,9–3,0 и частоты – 6,7–3,4. При оценке по шкале Нурик в первой группе: полный регресс неврологической симптоматики наступил у 48 (57,1%) пациентов, улучшение – у 35 (41,7%), состояние без изменений – у 1 (1,2%), ухудшение неврологического статуса – ни одного случая. Во второй группе: полный регресс неврологической симптоматики наступил у 12 (34,3%) пациентов, улуч-

шение – у 15 (42,9%), состояние без изменений – у 7 (20%), ухудшение неврологического статуса – у 1 (2,85%). При субъективной оценке по шкале Макнаб, послеоперационные исходы в 1 группе: 32 (38,1%) – отлично, 40 (47,6%) – хорошо, 12 (14,3%) – удовлетворительно, неудовлетворительных результатов не было. Во 2-й группе оценка по шкале Макнаб распределилась следующим образом: 11 (31,4%) – отлично, 40 (40%) – хорошо, 9 (25,7%) – удовлетворительно, 1 (2,9%) – неудовлетворительно. За пятилетний период индекс ограничения движений в оперированном отделе позвоночника улучшился с 43 до 32 для 2 группы, с 4 до 35 – второй.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЖТЕЛОВОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ПРИ УДАЛЕНИИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Калюжный В.Г., Рябыкин М.Г., Зеленков А.В.
ФМБЦ им. А.И. Бурназяна,
Москва

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности при проведении межтеловой стабилизации после дискэктомии грыжах межпозвонковых дисков пояснично-крестцовой локализации.

Материал и методы исследования. Прооперированы 34 пациента (19 (55,9%) мужчин и 15 (44,1%) женщин) с грыжами межпозвонковых дисков на пояснично-крестцовом уровне в возрастном диапазоне от 19 до 73 лет (средний возраст 38,9 лет). Диагноз основывался на данных неврологического статуса и нейровизуализационной картины (МРТ, КТ, рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника с функциональными пробами). Оперативное вмешательство проводилось двусторонним доступом с полным удалением межпозвонкового диска и последующим кюретажем (двусторонняя интерламинарная микродискэктомия). Межтеловая стабилизация осуществлялась с рентгенологическим контролем парными кейджами B-Twin Medtronic (30 пациентов) и Varian Medyssey (4 пациента). Трём больным выполнена дискэктомия на двух смежных уровнях с установкой одной межтеловой системы B-Twin, одному пациенту после двухуровневой дискэктомии установлены две системы B-Twin. В раннем послеоперационном периоде проводились контрольные КТ и рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Результаты. У всех пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечалось клиническое улучшение в неврологическом статусе в виде регресса болевого синдрома и корешковой симптоматики. Визуализация с вертикализацией производилась в большинстве случаев на следующий день после операции. В одном случае после операции отмечен рецидив грыжи, сформированный вывихнувшимся содержимым капсулы диска. Инфекционных осложнений не было. Миграция имплантов, явлений нестабильности в наблюдаемом периоде не отмечалась. Катамнез до года прослежен у 10 пациентов.

Обсуждение. Двусторонний интерламинарный доступ позволяет надёжно контролировать дискэктомию, что во многом предотвращает последующие послеоперационные рецидивы грыж межпозвонковых дисков на оперированных уровнях. Применение межтеловой стабилизации оправдано в отношении профилактики возникновения послеоперационной нестабильности и рецидива грыж межпозвонковых дисков.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Кариев Г.М., Ишмухамедов С.Н., Махкамов М.К.
РНЦНХ,
г. Ташкент, Узбекистан

Проблема лечения остеохондроза позвоночника в последние десятилетия в протяжении многих лет вызывает устойчивый интерес исследователей. Часть авторов считает, что основным методом лечения большинства патологий является консервативный, при котором неудовлетворительные результаты составляют до 20%. Оперативное лечение не даёт достаточно хороших результатов. Рецидивы корешкового синдрома