

ДОСВІД ВИКОНАННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ МІКРОДИСКЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ПОПЕРЕКОВИЙ ОСТЕОХОНДРОЗ

Руденко О. В., Марченко О. Є., Глазунов В. Г.

Центральна клінічна лікарня № 5, Харків

Ключові слова: остеохондроз, грижі поперекових міжхребцевих дисків, ендоскопічна мікродискектомія.

Нині проблема остеохондрозу і його проявів набула особливої актуальності. Багато пацієнтів віком від 20 до 50 років страждають від болю у попереково-крижовій ділянці. Остеохондроз є однією з причин тимчасової непрацездатності, а нерідко й інвалідності пацієнтів.

Грижі міжхребцевих дисків є найбільш частими і найтяжчими проявами остеохондрозу хребта. При цьому розвивається корінцевий компресійний синдром, що може супроводжуватися парезами або паралічами м'язів нижніх кінцівок, розладом чутливості, порушенням функції тазових органів. Дев'ятьнадцять відсотків хворих із грижами міжхребцевих дисків потребують оперативного лікування.

Особливо перспективним напрямком сучасної хірургії грижових форм остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта є мінімізація оперативних утручань з метою зниження травматизації з одночасним збереженням чи підвищенням ефективності втручання, що сприятиме скороченню перебування хворого на ліжку й у кілька разів прискорить період одужання і повернення до трудової діяльності. Даний напрямок найбільш актуальний у нейрохірургії, і насамперед у хірургії дисків [1, 2]. Упровадження малоінвазивних методик у лікування одного з найпоширеніших захворювань має важливе медико-соціальне значення.

У 1997 р. Дестандау (Destandau) повідомив про розроблений ним ендоскопічний метод лікування гриж міжхребцевих дисків [3].

Матеріали і методи дослідження

Застосування ендоскопічної приставки фірми «Карл Шторц» з набором мікрохірургічних інструментів для проведення малоінвазивних операцій за методом Дестандау у хворих на остеохондроз поперекового відділу хребта в Центральній клінічній лікарні № 5 впроваджено у практику з грудня 2000 р. Ми здійснили 31 оперативне втручання. Пацієнти (21 чоловік і 10 жінок віком від 22 до 47 років) перебували у відділенні нейрохірургії із виразними проявами компресії корінців спинного мозку на рівні L_{IV}—L_V, L_V—S_I.

Усім хворим на доопераційному етапі проводили магніторезонансну томографію на томографі «Об-

раз-1» і комп'ютерну томографію на SelectCT Marconi з вимірюванням розмірів спинномозкового каналу в ділянці передбачуваної операції.

З урахуванням розмірів операційної канюлі і спеціальних інструментів визначали абсолютні протипоказання до мікровтручання: стеноз спинномозкового каналу (менше за 10 мм, за даними комп'ютерної томографії), міждужковий проміжок менший за 3 мм, глибина операційної дії перевищує 80 мм.

У більшості хворих грижа диска була парамедіанною чи бічною, що стискує нервовий корінець і дуральний мішок на своєму рівні.

Операції виконували під загальним знеболюванням із застосуванням внутрішньовенного наркозу і штучної вентиляції легень.

Оперативне втручання виконували за такою методикою. У положенні хворого на тому боці, де є ураження (цього вимагають конструкція канюлі і розташування робочого каналу), проводили розріз шкіри завдовжки 2,5—3 см уздовж лінії остистих відростків, відхиляючись від середньої лінії на 1,5 см. Розтинали грудноперекову фасцію, ділянку довгого м'яза спини за допомогою распатора «тупо» відшаровували від остистого відростка, а глибше вузький распатор проходив між пучками багатороздільного м'яза, не ушкоджуючи останнього. Потім у рановий канал вводили операційну канюлю з обтуратором, що має у поперечному перерізі форму еліпса. Інтерпозицію м'яких тканин усували введенням у тубус спеціального обтуратора, що має кулясту форму. Обтуратор упирався в міждужковий проміжок, а після витягання останнього тубус було точно спрямовано на міждужковий проміжок. Під контролем ендоскопа Hopkins II прямого бачення спеціальними інструментами надсікали жовту зв'язку і висікали, внаслідок чого утворюється вікно 0,7—10 мм. Після відведення і часткового видалення епідуральної клітковини проводили ревізію дурального мішка і корінця спинного мозку. Після відшарування спеціальним гачком корінця від грижі він зміщався в медіальний бік. У 14 випадках задня поздовжня зв'язка була розірвана і безпосередньо у каналі був секвестр диска. В інших випадках зв'язку розтинали спеці-

альною трубкою діаметром 3 мм. Через утворений отвір м'якотканинними пітуїтарними щипцями видаляли дискову грижу разом із зруйнованими залишками пульпозного ядра. Рану пошарово зашивали без дренажу.

Результати та їх обговорення

Операція тривала від 40 хвилин до 1 години.

Технічно легше проходила операція у хворих із латеральними і парамедіанними грижами, коли тривалість захворювання не перевищувала 2—3 місяців. У давніших випадках виразний перидуральний спайковий процес утруднював відділення нервового корінця від грижі, це позначалося на тривалості операції. Надривів твердої мозкової оболонки з витіканням ліквору у жодному разі не спостерігалось.

В усіх випадках досягнуто повної декомпресії корінців, що проявилось зникненням корінцевого больового синдрому відразу після виходу хворих з наркозу. На 2—3 добу хворі починали ходити. Жодного разу не відзначено наростання явищ радикалопатії. У 9 хворих відчуття оніміння в ділянці іннервації корінця зберігалось протягом всього періоду стаціонарного лікування, яке тривало 10—12 днів, хоча 2 хворих було виписано з відділення на 9 добу. Шви знімали на 8 добу.

Усім хворим призначали стандартний курс судинної, протинабрякової і протизапальної терапії (дексасон: 4 мг 2 рази на добу протягом 3 днів, цефазолін: 1 г 3 рази на добу протягом 3 днів, диклофенак: 75 мг 1 раз на добу протягом 5 днів, нікотинова кислота: 10 мг протягом 10 днів). Через 3—4 тижні 80 %

хворих змогли повернутися до нефізичної праці, а до фізичної праці через 6—8 тижнів. Середній термін спостереження за оперованими хворими становив 3,5 місяця, максимальний — 1 рік. У жодному випадку не відзначено рецидиву болю. У 14 % хворих тимчасова непрацездатність тривала 10 тижнів.

Висновки

Ендоскопічна мікродиссектомія за методом Дестандау — малотравматичний і ефективний метод лікування гриж міжхребцевих дисків. За умови оволодіння потрібними навичками цю операцію можна виконувати досить швидко — за 25—35 хв. Методика дає змогу не тільки уникнути травмування м'язового каркаса, а й зберегти зв'язковий апарат хребта, що дає можливість хворим підводитися вже наступного дня після операції. Ендоскопічний метод лікування гриж поперекових міжхребцевих дисків сприяє скороченню терміну перебування хворого в нейрохірургічному стаціонарі — до 5—7 днів, загального періоду післяопераційної реабілітації — до 3—4 тижнів. Тимчасова непрацездатність може тривати до 3—4 місяців. Бажано через 3—4 тижні після втручання провести хворим повний курс реабілітаційної терапії з урахуванням потенціалу Центральної клінічної лікарні № 5 з подальшим відновленням трудової діяльності. Із набуттям досвіду операцій і більш детальним аналізом катамнезу хворих виникає можливість виробити стандартний підхід до лікування захворювань даної нозологічної групи. Таким чином, наш досвід застосування ендоскопічної мікродиссектомії дає змогу засвідчити високу ефективність цього методу лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Педаченко Е. Г., Косинов А. Е., Хижняк М. В. и др. Хирургическое лечение при дискогенных пояснично-крестцовых радикулитах — выбор метода, результаты и перспективы // Укр. журн. малоінвазив. та ендоскопіч. хірургії.— 1997.— Т. 1, № 1.— С. 86—88.

2. Полищук Н. Е., Слынько Е. И., Косинов А. Е. и др. Современные подходы к хирургическим вмешательствам при грыжах поясничных дисков // Там же.— 1998.— Т. 2, № 2.— С. 57—64.

3. Destandau J. Endoscope surgery of lumbar disc hernia // International congress on Minimally invasive neurosurgery.— 1997.— P. 23.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОДИСКЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Руденко А.В., Марченко А.Е., Глазунов В.Г.

Обобщен опыт выполнения эндоскопической микродискэктомии по Денстандау у 31 больного с грыжей поясничного позвоночного диска.

У 25 больных грыжа удалена с применением эндоскопического метода, у 6 — путем секвестрации с использованием интраламинарного доступа. У всех пациентов после эндоскопической дискэктомии достигнута полная декомпрессия нервных корешков и устранение болевого синдрома. Продолжительность лечения больных в стационаре в среднем 7—10 дней, периода реабилитации — 3—4 нед.

Эндоскопическая микродискэктомия — эффективный метод лечения больных с грыжей межпозвоночного диска, особенно парамедианной и латеральной.

EXPERIENCE ENDOSCOPIC MICRODISCECTOMY IN THE LUMBAR OSTEOCHONDROSIS

Rudenko A. V., Marchenko A. E., Glazunov V. G.

We have operated 31 patients with lumbar disc hernias by method of Destandau. In 25 cases the hernias were removed endoscopically, in 6 cases big sequestered parts were removed through the interlaminar approach. In all cases endoscopic discectomy allowed to achieve a good decompression of the neural root and eliminate a pain syndrome. The duration of treatment in hospital was 7—10 days, the general rehabilitation period was 3—4 weeks.

On our option, endoscopic microdiscectomy is an effective method of treatment of the disc hernias, especially of the paramedian and lateral ones.