
СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА НА ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

М.Т. Сампиев, Н.В. Загородний, М.ДЖ. Абакиров,
А.А. Лака, А.Б. Дубов, Ю.В. Шишкин

Кафедра травматологии и ортопедии
Российский университет дружбы народов
ул. Велозаводская, 1/1, Москва, Россия, 109280

В данной статье описан новый метод лечения центральных грыж поясничного отдела позвоночника в сравнении с другими методами передней и задней декомпрессии дурального мешка. Показание и противопоказание к указанному методу, преимущество и недостатки существующих методов в лечении стенозов позвоночного канала.

Ключевые слова: грыжа диска, позвоночник, декомпрессия, стабилизация.

Дегенеративный остеохондроз поясничного отдела позвоночника, осложненный корешковым синдромом на фоне грыж межпозвонковых дисков, по данным J.W. Frymoyer [7], составляет 71—80% всех заболеваний периферической нервной системы. Таким образом, несмотря на совершенствование хирургической техники, лечение грыж межпозвонковых дисков остается актуальной проблемой.

Поясничный остеохондроз в структуре заболеваемости населения России занимает первое место по числу дней нетрудоспособности, который составляет 48—55%, а в общей структуре инвалидности по причине заболеваний костно-суставной системы 21%. Около 50% операций нейрохирургического профиля проводится по поводу поясничных межпозвоночных грыж [1], что привело к увеличению количества оперативного вмешательства и использованию различных методов хирургического лечения. Но, несмотря на совершенствование методов диагностики и хирургического лечения, большинство авторов отмечают удачные результаты лишь в 68—86% [4, 5]. Существуют различные подходы к оперативному лечению центральных грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника, но какой метод предпочтительнее и дает меньше осложнений остается открытым. На сегодняшний день сформировалось несколько основных направлений оперативного лечения поясничных дискогенных болевых синдромов:

- задние декомпрессивно-стабилизирующие операции;
- передние декомпрессивные и стабилизирующие операции;
- пластические перкутантные миниинвазивные операции на межпозвонковых дисках.

В нейрохирургической практике одним из распространенных вмешательств являются задние декомпрессирующие операции, которые различаются между собой объемом операционного доступа. Традиционное удаление грыж межпозвонковых дисков сопровождается большой травматизацией мягких тканей, связок, резекцией дужек или даже суставных отростков, что значительно увеличивает срок пребывания в стационаре, приводя к длительной реабилитации и инвалидизации больных в 60—70% случаев [4].

Рассмотрим это на примере различных методик лечения дегенеративных заболеваний поясничного отдела позвоночника. В 1977 г. немецкий нейрохирург Caspar, а в 1978 г. американский нейрохирург Williams независимо друг от друга опубликовали результаты использования микрохирургической техники для удаления грыж межпозвонковых дисков. В последствии Williams опубликовал данные о лечении 532 больных этим методом и показал, что микрохирургическая дискэктомия позволяет значительно уменьшить объем операционной травмы и ускорить процесс возвращения больного к привычной жизнедеятельности.

В настоящее время широко используют методику Caspara, которая является мировым стандартом лечения грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника. При всех своих неоспоримых достоинствах (малая травматичность, хороший обзор внутриканальных структур, высокотехнологический инструментарий, низкий процент рецидивов) операция имеет один существенный недостаток: дискэктомия на одном или нескольких уровнях приводит к уменьшению высоты межпозвонкового пространства, и следовательно, к изменению статики и динамики оперированного позвоночно-двигательного сегмента (ПДС). Такого рода изменения вызывают перегрузку дугоотростчатых суставов, что может приводить к появлению болевого синдрома (фасет-синдрома), а также к гипертрофии суставов и связок ПДС, что в отдаленном послеоперационном периоде может способствовать развитию стеноза латеральных и межпозвонковых каналов на уровне операции. Кроме того, даже при выполнении малоинвазивного хирургического вмешательства происходит повреждение мышц, суставно-связочного аппарата, приводящее к нестабильности ПДС в 2—18% наблюдениях.

При манипуляциях в эпидуральном пространстве развивается послеоперационный спаечный процесс, ограничиваются эпидуральные резервные пространства рубцовыми тканями, спинно-мозговые корешки фиксируются к стенкам позвоночного канала, при этом даже незначительные движения в позвоночно-двигательном сегменте в случае нестабильности могут вызвать натяжение и деформацию корешка, рецидив корешкового синдрома. Значительное снижение высоты межпозвонкового промежутка, провоцирующее изменения в дугоотростчатых суставах, встречается у 20% пациентов, перенесших операцию микрохирургической дискэктомии. Для профилактики этих осложнений необходимо сохранение высоты межпозвонкового промежутка, что может быть достигнуто при использовании межпозвонковых кейджей.

К. Okuyama et al. (1999), которые использовали кейджи с транспедикулярной фиксацией по методике PLIF (задний поясничный межтеловой спондилодез), ретроспективно отмечали неврологические и другие повреждения после выполненных с удалением дугоотростчатых суставов и транспедикулярной фиксацией винтами у 148 пациентов с дегенеративными заболеваниями позвоночника. Средний возраст составил 59 лет (19—80). Последующий период наблюдения — 3 года (2—6,5 лет). Всего отмечено 91 осложнение в 75 случаях. Приводятся следующие осложнения: неврологические нарушения, ликворея, несостоятельность конструкции (частичное смещение, расшатывание, поломка винтов), потеря коррекции смещенного позвонка, глубокая инфекция. Авторы делают вывод, что PLIF, выполненный с удалением дугоотростчатых суставов и транспедикулярной фиксации

винтами, дает хороший стабилизирующий эффект. Однако высокая частота осложнений, особенно неврологических, до сих пор является отрицательной стороной метода, в частности при лечении дегенеративных заболеваний позвоночника с заднего доступа.

Таким образом, исходя из вышеперечисленного, можно сказать следующее, что при заднем доступе в случае микрохирургической дискэктомии по Casrag или при удалении грыжи с установкой кейджа в межтеловое пространство приходится вскрывать канал как по задней, так и по передней ее стенке, скусывать задние опорные структуры, что само по себе является травматичным вмешательством, которое приводит к нестабильности с последующим образованием рубцово-спаечного процесса. Кроме того, для формирования переднего межтелового спондилодеза необходимо два условия: хорошее костное ложе (удаление склерозированных замыкательных пластин) и аутокость для образования хорошего блока между телами позвонков.

Для хирургического лечения поясничного остеохондроза используется передний внебрюшинный доступ, разработанный В.Д. Чаклиным в 1931—1933 гг., видоизмененный А.И. Осна и названный «радикальной передней дискэктомией». Считается, что преимущество этого метода заключается в том, что не приходится осуществлять тракцию корешка и дурального мешка, межтеловой спондилодез предотвращает возможную нестабильность в позвоночно-двигательном сегменте. Передняя дискэктомия со спондилодезом проводится не часто и по сведениям некоторых авторов составляет 4% от всех операций по поводу остеохондроза позвоночника. Показанием к ней служит центральная грыжа межпозвоночного диска в сочетании с дискогенной нестабильностью [6]. Данная методика требует длительного реабилитационного периода от 6—18 недель, что делает эту методику непривлекательной при выборе метода лечения. Альтернатива данному методу является передняя декомпрессия и установка мегакейджей через мини-ALIF доступ [2], который имеет ряд преимуществ, один из которых, это ранняя активизация и трудоспособность больного (рис. 1). Но и этот метод не лишен недостатков, хорошие результаты, полученные в раннем послеоперационном периоде, в последующем могут привести к снижению высоты межпозвоночного промежутка (рис. 2). При удалении замыкательных пластин создается хорошее костное ложе, но нет условий для сохранения межтелового промежутка, так как мегакейдж проседает в губчатую кость тела позвонка. Таким образом, действие резбовой части мегакейджей на губчатую ткань тел позвонков остается неоднозначным, соответственно, при выраженном остеопорозе эта методика имеет ограничения.

Целью нашего исследования было, учитывая преимущества и недостатки вышеперечисленных методик лечения дегенеративных заболеваний поясничного отдела позвоночника, максимально снизить хирургическое воздействие на позвоночный канал и опорные структуры позвоночника (дуг). Для этого был разработан хирургический способ лечения центральных грыж межпозвоночного диска на поясничном отделе позвоночника, который заключается в том, что первым этапом устанавливается транспедикулярная фиксация на выше-нижележащий позвонок и производится дистракция без вскрытия позвоночного канала; вторым этапом производится передний боковой спондилодез на указанном уровне.

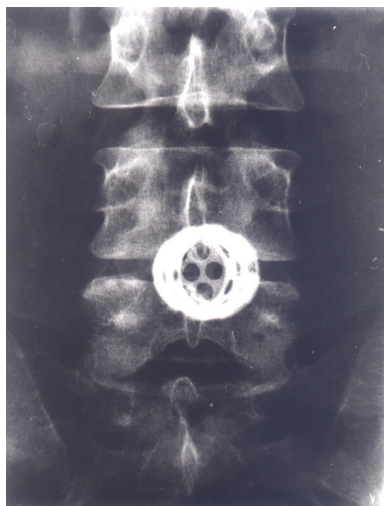


Рис. 1. После операции

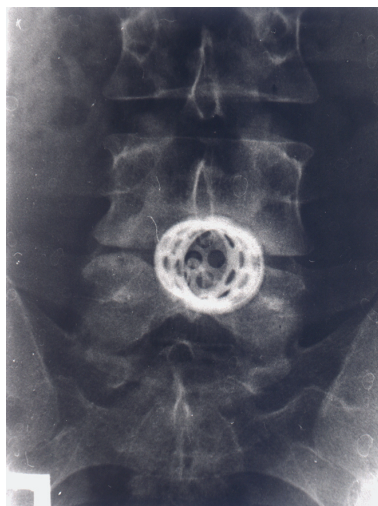


Рис. 2. Через 6 месяцев

Клинический пример. Больная М. 38 лет поступила в отделение ортопедии ГКБ № 13 г. Москвы с жалобами на выраженные боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией болей по наружной поверхности левого бедра, на онемение, на атрофию конечности. Боли в ноге беспокоят в течение 5 лет. До поступления в клинику больная неоднократно лечилась в условиях стационара консервативным методом, давшим временный эффект.

При осмотре имеется незначительный кифоз в поясничной области, отмечается напряжение поясничных мышц, снижение чувствительности по наружной поверхности голени и тыльной поверхности стопы. Симптом натяжения резко положительный до угла 40°.

По данным МР томографии (рис. 3): грыжа межпозвонкового диска LIV-LV до 8 мм. Учитывая данные предоперационной спондилографии, пациентке была рекомендована и произведена двухэтапная операция: транспедикулярная фиксация поясничного отдела позвоночника на уровне LIV-LV позвонка по задней колонне, передняя декомпрессия дурального мешка, удаление грыжи диска LIV-LV, межтеловой спондилодез аутокостью из гребня подвздошной кости.



Рис. 3. После операции



Рис. 4. После операции

В послеоперационном периоде болевая корешковая симптоматика полностью купирована. Активизации пациентки проводилась на вторые сутки с момента операции без использования ортеза на поясничный отдел позвоночника, пациентке разрешалось сидеть. При контрольной спондилографии отмечается полное восстановление высоты межпозвоночного промежутка LIV-LV (рис. 4).

Преимуществом данного метода является следующее: канал не вскрывается ни сзади ни спереди, созданы благоприятные условия для спондилодеза, восстановление межтелового промежутка, короткий реабилитационный период.

Нами были выполнены операции только на одном уровне, но при необходимости возможно применение таких операций на двух уровнях и более. В случае, если есть проблемы в смежных сегментах, то при необходимости используется динамическая фиксация. Учитывая, что 90% всех грыж — это сублигаментарные грыжи, которые как правило имеют локализованный характер [3], то использование данного метода имеет не только практическое, но и анатомическое обоснование.

Противопоказанием для данного метода являются секвестрированные грыжи межпозвоночных дисков в позвоночный канал.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Глуценко А.В., Матвеев В.И. и др.* Эндоскопические методы лечения грыж межпозвоночных дисков на пояснично-крестцовом уровне // III съезд нейрохирургов России: Тез. докл. — СПб., 2002. — С. 608.
- [2] *Доценко В.В., Загородний Н.В., Вирани Я. и др.* Возможности переднего минидоступа в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника // Украинский нейрохирургический журнал. Киев. — 2007. — № 3. — С. 44—45.
- [3] *Лабаш А.Т.* Декомпрессирующие операции передним и задним доступом в хирургическом лечении корешкового синдрома поясничного остеохондроза: Дисс. канд. мед. наук. — М., 1992. — С. 132.
- [4] *Раменков В.М., Сомашенков А.Г.* Отдаленные результаты хирургического лечения грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника // III съезд нейрохирургов России: Тез. докл. — СПб., 2002. — С. 275—276.
- [5] *Семенов В.В., Восьмирко Б.Н., Сокол Б.Н.* Сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с грыжами межпозвоночных дисков на поясничном уровне // III съезд нейрохирургов России: Тез. докл. — СПб., 2002. — С. 280—281.
- [6] *Хелимский А.М.* Принципы двухэтапного нейрохирургического лечения дискогенной нестабильности поясничного отдела позвоночника // III съезд нейрохирургов России: Тез. докл. — СПб., 2002. — С. 291—292
- [7] *Frymoyer J.W.* Radiculopathies: Lumbar disk herniation and recess stenosis // The adult spine: Principles and practice. — N.Y., 1991. — P. 1720.

**METHOD OF SURGICAL TREATMENT
OF THE CENTRAL HERNIAS OF AN INTERVERTEBRAL DISK
ON A LUMBAR LEVEL**

**M.T. Sampiev, N.V. Zagorodnii, M.DJ. Abakirov,
A.A. Laka, A.B. Dubov, Y.V. Shishkin**

Department of traumatology and orthopedics
Russian People Friendship University
Velozavodskaja str., 1/1, Moscow, Russia, 109208

In given article the new method of treatment of the central hernias of a lumbar level of a backbone in comparison with other methods forward and back decompression spinal canal is described. Indications and contrindications to the specified method, advantages and lacks of existing methods of treatment of stenoses vertebral channel.

Key words: hernia of a disk, a backbone, decompression, stabilization.