

УДК: 616.833.53—08—039.73—089.

Сучасний погляд на лікування остеохондрозу поперекового відділу хребта

Поліщук М.Є., Слинько Є.І., Муравський А.В., Короткоручко А.О.,
Косінов А.Е., Пастушин А.І., Цимбал М.О.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,
Київська медична академія післядипломної освіти (кафедра нейрохірургії),
м. Київ, Україна

Ключові слова: остеохондроз, поперековий відділ хребта, лікування, показання.

Вступ. Проблема лікування остеохондрозу поперекового відділу хребта та його клінічних проявів залишається актуальною в даний час. Близько 80% дорослого населення скаржитися на біль у нижній частині хребта різного ступеня вираженості, радикулярні больові синдроми. Традиційно застосовувані методи лікування не завжди дають бажаний результат, а в ряді випадків хворі на тривалий час втрачають працездатність.

Останнім часом лікування остеохондрозу поперекового відділу хребта зазнало значних змін: введено багато нових методів лікування, широко використовуються нові препарати медикamentозної терапії, нові методи блокад, малоінвазивні та функціонально-анатомозберігаючі оперативні втручання. За останні 5—10 років у світі, і в Україні зокрема, розширились показання до хірургічних втручань з приводу патології міжхребцевих дисків на поперековому рівні і зросла кількість їх проведення [2,3]. У зв'язку з наявністю різноманітних методів лікування є й певні труднощі щодо вибору найоптимальнішого для хворого в кожному конкретному випадку, а також стосовно визначення показань до того чи іншого виду лікування.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 1200 хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта, у яких мали місце різні клінічні прояви захворювання. Хворі перебували на лікуванні в клініці патології хребта і спинного мозку Інституту нейрохірургії АМН України ім. акад. А.П. Ромоданова в період з 1997 по 1999 р. Серед обстежених хворих чоловіків було 740, жінок — 660. Віковий діапазон коливався між 16 та 77 роками (середній вік хворих склав 41 рік).

Обстеження пацієнтів включало неврологічний огляд, застосування інструментальних методів (рентгенографії, комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії попереково-крижового відділу хребта).

Клінічні прояви захворювання були пов'язані в основному з подразненням та компресією корінців попереково-крижового відділу, обумовлених нестабільністю хребцевого сегмента, протрузією дисків, спондилогенними та артрогенними розростаннями.

Залежно від клінічних проявів захворювання хворі були розділені на чотири групи (відповідно до стадій остеохондрозу). Для зручності аналізу результатів лікування кожна з груп включала по 300 осіб.

I група — хворі з початковою стадією остеохондрозу). У цих хворих мали місце дегенеративні зміни дисків, суглобів, зв'язок. Клінічно хвороба проявлялась локальним болем у хребті та паравертебральних ділянках — люмбаго, люмбалгією. Біль в основному був не радикулярного, а місцевого походження.

II група — пацієнти з другою стадією остеохондрозу. У хворих цієї групи спостерігалась нестабільність хребцевого сегмента у вигляді його підвищеної мобільності, яка переважала допустимі фізіологічні межі. Нестабільність призводила до подразнення сегментарних корінців та їх компресії, що минала, під час рухів. Клінічними проявами нестабільності були радикулярний біль, зміна характеру болю залежно від положення тіла, зміна сторони болю, міграція болю в нозі.

III група — хворі з третьою стадією остеохондрозу. Дегенеративні зміни в диску у цих хворих призводили до підвищення внутрішньодискового тиску. Гіперзгинання чи розгинання спричинювали розриви фіброзного кільця, протрузії маси пульпозного ядра у вигляді кили диска. Мікронадриви та розтягнення фіброзного кільця сприяли протрузії диска із збереженням його цілісності — проста кила диска. Повний розрив фіброзного кільця призводив до секвестрації пульпозного ядра. Секвестр міг локалізуватись під задньою поздовжньою зв'язкою

(підзв'язкова секвестрація) та при її розриві вільно розміщувався в епідуральному просторі (повна секвестрація). Розрив диска супроводжувався різким зменшенням локального болю в хребті внаслідок падіння внутрішньодискового тиску та появою гострого болю в нозі. Найчастіше біль локалізувався у стопі, гомілці. За вираженістю склеротомний біль посідав перше місце; міотомний біль був менш вираженим; дерматомний біль часто був відсутній. Болям супроводжувалися явища неврологічних порушень у вигляді парезу м'язів, гіпестезії в ушкоджених корінцях — радикулопатії. При відсутності гострого розриву диска та поступової протрузії диска у хворого поряд з болем у хребті з'являвся біль в нозі, який наростав та перевищував біль у хребті. Пізніше приєднувалися явища неврологічного розладу.

IV група — пацієнти з четвертою стадією остеохондрозу. Дегенеративні зміни хребців у цих хворих призводили до формування артрозу, гіпертрофії зв'язок та суглобових сумок. Гіпертрофічний спондилоартроз зумовлював

збільшення об'єму міжхребцевих суглобів та виникнення вентральних остеофітів, а отже й стенозу хребтового каналу, міжхребцевих отворів. Клінічними проявами були хронічний радикулярний біль, нейрогенна кульгавість, хронічний локальний біль у хребті. Радикулярний біль в основному мав склеротомне походження, проксимальну локалізацію — паравертебрально та в тазостегновому суглобі.

Методи лікування хворих на різних стадіях остеохондрозу та при різних клінічних проявах були різними.

Результати та їх обговорення. Наслідки консервативного та хірургічного лікування оцінювалися після закінчення курсу лікування (на момент виписки хворого із стаціонару).

Результати лікування хворих з остеохондрозом поперекового відділу хребта залежно від використовуваних методик та стадії хвороби наведено в табл. 1.

Опираючись на результати лікування хворих з різними стадіями остеохондрозу поперекового відділу хребта за допомогою індивіду-

Таблиця 1. Залежність результатів лікування хворих від застосовуваних методик

Методика лікування	I група (300 хворих)			II група (300 хворих)			III група (300 хворих)			IV група (300 хворих)			Кількість хворих
	+	=	-	+	=	-	+	=	-	+	=	-	
1	157	19	11	110	25	33	5	4	17	3	4	13	401
2	78	32	3	46	22	4	10	5	4	3	5	8	220
3	—	—	—	56	3	1	140	10	5	8	5	4	232
4	—	—	—	—	—	—	88	8	4	94	17	6	217
5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	85	10	5	100
6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24	4	2	30
Всього	235	51	14	212	50	38	243	27	30	217	45	38	1200

Примітка. Методики лікування хворих: 1 — медикаментозна, консервативна; 2 — перидуральне введення стероїдів, різні види блокад; 3 — інтерламінарна мікродискектомія; 4 — інтерламінарна мікродискектомія та фасетектомія; 5 — ламінектомія та фасетектомія; 6 — дискектомія та корпородез.

Результати лікування хворих: + добрі; = задовільні; — незадовільні.

ально підібраних методик та використовуючи дані літератури, ми визначили показання до застосування найприйнятніших методик при даній патології.

Показаннями до медикаментозного, консервативного лікування є ранні стадії остеохондрозу хребта (перша та друга), коли переважають іритативні синдроми, люмбаго, люмбалгія, гостре виникнення больового синдрому в нозі при протрузії диска до 6 мм, явища дисцититу, епідурит, запальні процеси в міжхребцевих суглобах тощо.

Показаннями до перидурального введення стероїдів та застосування різних видів блокад також є ранні стадії остеохондрозу хребта (перша та друга), люмбаго, люмбалгія, гостре виникнення больового синдрому в нозі при протрузії диска до 6 мм, явища дисцититу, епідурит,

запальні процеси в міжхребцевих суглобах, множинні протрузії дисків, стовщення задньої поздовжньої зв'язки.

Медикаментозна терапія та перидуральне введення стероїдів зменшують явища запалення, набряку, поліпшують кровообіг в зоні корінця диска, і сприяють регресу клінічних проявів захворювання.

При неефективності консервативного лікування протягом 2 міс та використання знеболюючих блокад чи введення гормонів необхідно ставити питання про хірургічне втручання.

Показаннями до пункційної лазерної дискектомії є іритативні синдроми внаслідок протрузії диска до 6 мм, люмбаго, люмбалгія, множинні ураження диска, друга стадія остеохондрозу хребта (при наявності гідрофільності дис-

ка), відсутність попередніх хірургічних втручань на хребті, відсутність розриву задньої поздовжньої зв'язки, секвестру, стовщення задньої поздовжньої зв'язки, та радикулопатії з явищами неврологічного дефіциту [1,6,7].

Показаннями до ендоскопічної дисксектомії є протрузія диска до 10 мм, друга та третя стадії остеохондрозу хребта, відсутність попередніх хірургічних втручань на хребті, відсутність розриву та стовщення задньої поздовжньої зв'язки, відсутність секвестру [8,10].

Показаннями до інтерламінарної мікродисксектомії є компресійні синдроми, що виникли внаслідок кили та протрузії диска будь-якого розміру, секвестр дисків, розриви та стовщення задньої поздовжньої зв'язки, радикулопатія з явищами неврологічного дефіциту [4,9,11].

Показаннями до інтерламінарної мікродисксектомії та фасетектомії є кили та протрузія диска будь-якого розміру, секвестри дисків, розриви й стовщення задньої поздовжньої зв'язки, радикулопатія з явищами неврологічних розладів при односторонньому стенозі хребтового каналу (субартикулярний стеноз або ж стеноз латерального рецесуса) та форамінальних (екстрафорамінальних) килах дисків.

Показаннями до ламінектомії та фасетектомії є центральний стеноз хребтового каналу, нейрогенна кульгавість, грубий спондилоз, остеофіти, велика центральна кила диска [5,10].

Показаннями до дисксектомії та корпородезу є спондилолітез 2—3-го ступеня, двосторонній форамінальний стеноз, нестабільність хребта, четверта стадія остеохондрозу [5].

Аналізуючи дані літератури та результати власних спостережень, ми розробили послідовність застосування лікувальних методик у хворих з неврологічними проявами остеохондрозу поперекового відділу хребта залежно від стадії патологічного процесу (табл. 2).

Висновки. 1. Найкращих результатів у лікуванні остеохондрозу можна досягти за умови адекватного вибору лікувальної тактики у конкретного хворого з врахуванням стадії його захворювання, клінічних проявів, анатомічних особливостей хребта, неврологічного стану.

2. При неефективності консервативного лікування протягом 2 міс необхідно ставити питання про операцію.

3. Застосування мікрохірургічної дисксектомії значно скорочує строки лікування, запобігає розвиткові пізніх ускладнень.

4. Чим пізніша стадія остеохондрозу, тим об'ємнішим повинно бути хірургічне втручання.

5. У разі виражених дегенеративних змін хребта та міжхребцевих дисків оперативне втручання має бути спрямоване не тільки на

Таблиця 2. Лікування хворих з неврологічними проявами остеохондрозу поперекового відділу хребта залежно від стадії патологічного процесу

Методика лікування	Стадія остеохондрозу			
	I	II	III	IV
Медикаментозне, консервативне	+	+		
Перидуральне введення стероїдів, різні види блокад	+	+		
Пункційна лазерна дисксектомія		+		
Ендоскопічна дисксектомія		+	+	
Інтерламінарна мікродисксектомія		+	+	
Інтерламінарна мікродисксектомія та фасетектомія			+	
Ламінектомія та фасетектомія				+
Дисксектомія та корпородез				+

видалення диска, а й на реконструкцію хребта, створення достатньої декомпресії корінців.

Список літератури

1. Педаченко Е.Г., Косінов А.Е., Хижняк М.В., Танасейчук А.Ф. Хирургическое лечение при дискогенных пояснично-крестцовых радикулитах — выбор метода, результаты и перспективы // Укр. журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 1997. — №1. — С.86.
2. Поліщук М.Є., Михайловський В.С., Косінов А.Е. та ін. Ефективність хірургічних втручань при патології міжхребцевих дисків // Укр. журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 1997. — №1. — С.94—99.
3. Kavis H. Increasing rates of cervical and lumbar spine surgery in the United States // Spine. — 1994. — N.19. — P.1117—1123.
4. Findlay G.F., Hall B.I., Musa B.S. et al. A 10-year follow-up of the outcome of lumbar microdiscectomy // Spine. — 1998. — N. 23. — P.1168—1171.
5. Javid M.J., Hadar E.J. Long-term follow-up review of patients who underwent laminectomy for lumbar stenosis: a prospective study // J. Neurosurg. — 1998. — N.89. — P.1—7.
6. Kutschera H.P., Lack W., Buchelt M., Beer R. Comparative study of surface displacement in discs following chemonucleolysis and lasernucleotomy /

- / *Lasers Surg. Med.* — 1998. — N.22. — P.275—280.
7. *Magnaes B.* Sciatica — diagnosis and surgical management // *Nord Med.* — 1998. — N.113. — P.233—234.
 8. *Merlo A.* What is the role of minimal invasive endoscopic surgery in treatment of lumbar disc hernias? // *Schweiz Runds Med Prax.* — 1998. — N.87. — P.607—609.
 9. *Schwetlick G.* Microsurgery in lumbar disc operations. Possibilities, methods and results // *krthopade.* — 1998. — N.27. — P.457—465.
 10. *Slotman G.J., Stein S.C.* Laminectomy compared with laparoscopic discectomy and outpatient laparoscopic discectomy for herniated L5-S1 intervertebral disks // *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech.* — 1998. — N.8. — P.261—267.
 11. *Wittenberg R.H., Lutke A., Logwitz K. et al.* The correlation between magnetic resonance imaging and the operative and clinical findings after lumbar microdiscectomy // *Int. krthop.* — 1998. — N.22. — P.241—244.

Современный взгляд на лечение остеохондроза поясничного отдела позвоночника

Полищук Н.Е., Слынько Е.И., Муравский А.В., Короткоручко А.А., Косинов А.Е., Пастушин А.И., Цымбал М.Е.

Остеохондроз поясничного отдела позвоночника обычно протекает длительное время, сопровождается выраженными болевыми ощущениями, характеризуется высокой частотой инвалидизации больных. С учетом этого дифференцированное лечение данной патологии представляет особый клинический интерес. В результате проведенного исследования авторы выработали показания к лечению клинических проявлений заболевания на различных его этапах. Показаниями к хирургическому вмешательству обычно являются грыжи дисков, приводящие к дисфункции корешков, выраженные болевые ощущения, прогрессирование болезни. Новым шагом, сделанным за последнее время в хирургии поясничных дисков, является внедрение микрохирургической дискэктомии и минимально инвазивных методик. В работе изложены показания к новым хирургическим методам лечения дискогенной патологии в зависимости от стадии заболевания и его клинических проявлений.

Modern sight on treatment tactic in different clinical features of spondylogenic lumbar radiculopathy

Polishuk N.E., Slinko E.I., Muravsky A.V., Korotcoruchko A.A., Kosinov A.E., Pastushin A.I., Tchimbals M.E.

Because of the often long time pain-conditional impairment of the patients as well as the varied therapy-possibilities, the treatment of the lumbar intervertebral disc represents a special challenge. The main aim of the study was to deal with different therapeutic and surgical treatment according to clinical manifestation and stage of disease. The indication to the operation for the lumbar disk-herniation results from the malfunctions of the nerve roots, the pains, as well as the progression disease symptoms. New and important developments have given the introduction of micro-surgical operation-techniques and different minimally invasive methods. In the current study were detailed the surgical approaches to diskogenic radiculopathy in different stades of spondylosis and discussed the relationship between the pathology stage and surgical tactic.