

Микрохирургическая дискэктомия по Каспару в лечении больных с грыжами диска поясничного отдела позвоночника

М.Ж. Азизов, Х.А. Нуралиев, Х.Р. Толипов, Б.Ш. Шавкатов

Microsurgical discectomy according to Caspar for treatment of patients with lumbar disc herniae

M.Zh. Azizov, Kh.A. Nuraliyev, Kh.R. Tolipov, B.Sh. Shavkatov

НИИ травматологии и ортопедии МЗРУз (директор – профессор М.Ж.Азизов), г. Ташкент

Приведена информация о хирургическом лечении 54 больных в возрасте от 20 до 70 лет с диагнозом грыжа межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника. Микрохирургическая дискэктомия выполнялась по методике Каспара с помощью набора микрохирургических инструментов фирмы "Aesculap". Выработаны показания и проанализированы результаты лечения. По данным автора, микрохирургическая дискэктомия является современным и высокоэффективным методом лечения. В результате микрохирургической дискэктомии у 54 больных получены хорошие и удовлетворительные результаты.

Ключевые слова: поясничный отдел позвоночника, грыжа диска, микрохирургическая дискэктомия по Касперу.

The work deals with the author's experience of surgical treating 54 patients at the age of 20-70 years with lumbar disc herniae. Microsurgical discectomy was performed according to Caspar's technique and with the help of Aesculap set of microsurgical instruments. Indications for surgical treatment have been worked out, and the results of treatment have been analyzed. By the author's findings, microsurgical discectomy is a modern and highly effective method of treatment. Good and satisfactory results have been achieved in 54 (100 %) patients as a result of microsurgical discectomy use.

Keywords: lumbar spine, disc hernia, microsurgical discectomy according to Casper.

ВВЕДЕНИЕ

В структуре заболеваемости периферической нервной системы вертеброгенная патология является ведущей, а основное место в ней (77-81 %) занимает остеохондроз позвоночника [1, 2, 3].

Дегенеративные поражения позвоночного столба занимают первое место (41,1 %) среди причин первичной инвалидности по заболеваниям опорно-двигательной системы [6].

Проблема лечения межпозвонкового остеохондроза издавна привлекает к себе внимание невропатологов, ортопедов, нейрохирургов, физиотерапевтов, однако все еще далека от разрешения. До сих пор среди врачей различных специальностей окончательно не выработано единое понимание этой патологии и общие подходы к ее лечению. Сохраняется противоречивое

отношение невропатологов и хирургов к консервативным и оперативным методам лечения, а между ортопедами и нейрохирургами всё еще не преодолены разногласия в выборе оптимальных способов хирургического лечения дегенеративных заболеваний позвоночника.

В 1977 году Каспаром для лечения дискогенной патологии пояснично-крестцового отдела позвоночника была предложена методика микрохирургической дискэктомии, позволяющая, по данным ведущих клиник развитых стран [7], значительно уменьшить травматичность операции, сократить число послеоперационных осложнений и сроки стационарного лечения, получить лучшие клинические результаты.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В клинике вертебрологии НИИТО МЗ РУз с начала 2008 года микрохирургическая дискэктомия при грыжах межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника выполнена 54 больным. Из них мужчин – 33, женщин – 21. По возрастным группам пациенты распределялись следующим образом: 20-30 лет – 9 больных, 30-40 лет – 20 больных, 40-50 лет – 19 больных, до

70 лет – 6 больных. Из вышеуказанных данных можно констатировать, что основная масса больных страдает в работоспособном возрасте.

Уместно отметить, что у подавляющего числа пациентов длительность последнего обострения составляла свыше 6-9 месяцев, а проведенная консервативная терапия в неврологических клиниках была неэффективной.

Поражения диска на уровне сегмента L₁₋₂ имело место у 1 больного, L₄₋₅ – у 27 больных, сегмента VL₅-VS₁ – у 23. В 2 случаях были выявлены двухуровневые грыжи диска. Распределение грыж по поперечнику позвоночного канала было следующим: срединные – 6, парамедиальные – 14, заднебоковые – 34. Локализация грыж под задней продольной связкой отмечена у 28 больных, транслигаментарное расположение – у 19 больных, секвестрация со смещением свободных фрагментов диска по длине (вверх или вниз) позвоночного канала – у 7 больных.

Диагностический комплекс включал общеклиническое, анамнестическое, неврологическое обследование, обзорную и функциональную рентгенографию поясничного отдела позвоночника, а также КТ, МРТ и МСКТ. Планирование уровня хирургического вмешательства базировалось на принципе клинко-морфологического соответствия, согласно которому операция должна быть направлена на устранение патоморфологического субстрата развившейся клинической симптоматики.

Микрохирургическая дискэктомия выполнялась по методике Каспара с помощью набора микрохирургических инструментов фирмы "Aesculap", а также специальной укладки больного на операционном столе. Длина кожного разреза составляла около 3,0 сантиметров. Перед операцией каждому больному проведен рентгенологический контроль с маркером для точного определения необходимого уровня позвоночного сегмента.

В ближайшем послеоперационном периоде (до 5-7 суток) всем больным проводилась медикаментозная сосудистая, нейротропная и антибактериальная терапия. Из физиотерапевтических процедур принимали УВЧ, АМЛТ на операционную рану и массаж нижней конечности. Постельный режим у подавляющего числа больных ограничивался 1-2 днями. В дальнейшем все больные в течение 1 месяца после операции пользовались специальными фиксирующими корсетами. Через 1-2 месяца после операции пациентам рекомендовали комплексное санаторно-курортное лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя результаты выполненных 54 оперативных вмешательств, мы с удовлетворением констатировали малое количество интра- и послеоперационных осложнений. Ни у одного из пациентов не отмечено усиления болевого синдрома после операции. В большинстве случаев боль регрессировала в первые дни после операции, что свидетельствовало об адекватной декомпрессии нервно-сосудистых образований. Только в 3 случаях во время операции мы столкнулись со значительным кровотечением из варикозно расширенных эпидуральных вен. Последнее ликвидировалось тампонадой с перекисью водорода или гемостатической губкой. Повреждений твердой мозговой оболочки и спинномозговых нервов, о которых пишут другие авторы [4, 5], мы не наблюдали. В ближайшем послеоперационном периоде не отмечены также гнойно-воспалительные осложнения как со стороны операционной раны, так и со стороны внутренних органов.

Средний срок пребывания больных в стационаре после операции составил 5,2 койко-дня.

Оценка результатов микрохирургической дискэктомии по Каспару производилась нами на основании критериев по ВАШ от 0 до 5 баллов, учитывающих регресс болевого синдрома, и по индексу Освестри по шкале от 0 до 100 %, учитывающих восстановление трудоспособности (табл. 1). Значение 0 баллов по ВАШ – нет боли, 5 баллов – прикован к постели. Значение индекса Освестри от 0 до 20 % означают минимальные функциональные нарушения, от 21 до 40 % – умеренные, от 41 до 60 % – тяжелые, от 61 до 80 % – инвалидизирующие, значение от 81 до 100 % свидетельствуют о нарушениях, приковывающих к

постели, или преувеличению жалоб.

Таблица 1

Показатель	До операции	3 мес.	6-12 мес.
ВАШ	2,9±0,7	1,1±0,2	0,6±0,3
Освестри	68,7±7,4	19,6±6,5	17,2±3,8

Результаты хирургического лечения оценены как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Хороший результат – полное или почти полное возвращение к прежнему уровню социальной и физической активности, возможно ограничение больших физических нагрузок.

Удовлетворительный результат – бытовая и социальная активность восстановлены не полностью, возможны только небольшие физические нагрузки.

Неудовлетворительный результат – отсутствие эффекта от операции или ухудшение.

В большинстве случаев через 6-12 месяцев после операции отмечено полное или частичное восстановление функциональной активности, что позволило рассматривать результаты как хорошие и удовлетворительные (табл. 2).

Таблица 2

Результаты лечения	Через 3-6 месяцев	Через 6-12 месяцев
Хорошие	42 (79,6 %)	45 (83,3 %)
Удовлетворительные	12 (20,4 %)	9 (16,7 %)

Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у всех 54 больных. Спустя 6-12 месяцев при контрольных осмотрах отмечали боли нерезкие, эпизодические в поясничной области

или нередко радикального характера 9 (16,7 %) больных. Все 54 больных сохранили трудоспособность, некоторые с определенными ограничениями физических нагрузок.

Залогом высоких процентов хороших и удовлетворительных результатов послужило тщательное изучение клинико-anamnestических данных, патоморфологических изменений в позвоночном канале (нестабильность, дегенеративный стеноз и др.), точная топическая диагностика грыжи межпозвонокового диска. При выраженном дегенеративном процессе позвоночного канала с наличием нестабильности, стенозом позвоночного канала и полисегментарным поражением позвоночно-двигательного сегмента микрохирургические операции менее эффективны. Исходя из вышеуказанного микрохирургические операции нужно проводить только при наличии четких показаний к ним. Невыполнение этого при последующей консервативной терапии может приводить (особенно при проведении мануальных приемов) к увеличению экструзии диска, переводу ее в пролапс с перфорацией задней продольной связки, а в ряде случаев – и к секвестрации грыжи. В этих случаях консервативная терапия малоэффективна, а отсрочка операции ведет к прогрессированию эпидурита, развитию варикоза эпидуральных вен, рубцово-спаечных

процессов, затрудняет в дальнейшем выполнение вмешательства, делает проблематичным регресс симптоматики в послеоперационном периоде.

В строго индивидуальном порядке должны определяться показания к оперативному вмешательству и его объему при полисегментарном поражении поясничного отдела позвоночника. При этом особое внимание должно обращать на количество и характер поражений дисков, на выраженность спондилоартроза, на симптоматику стеноза позвоночного канала и явлений нестабильности [2, 4, 6].

У таких больных операция может считаться оправданной лишь тогда, когда эта операция решает все вышеперечисленные патоморфологические изменения в позвоночном канале. Как показывает наш опыт, на особенности и объем операции влияет не только локализация грыжи, но и, главным образом, размеры межламинарного отверстия, суставных отростков, выраженность спаечного процесса и состояние эпидуральных вен. Если в дооперационном периоде кроме грыжи диска определяется дегенеративный стеноз позвоночного канала и явления нестабильности позвоночно-двигательного сегмента, уместно дискэктомию завершить выполнением медиальной фасэктomieй и заднего межтелового спондилодеза существующими имплантатами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании вышесказанного можно констатировать, что микрохирургическая дискэктомиа по Каспару является современным, высокоэффективным методом лечения. При достаточном навыке операторов выполняется быстро

(30-40 минут) с незначительной кровопотерей. Минимальная травматизация в процессе операции сокращает сроки послеоперационного лечения и показатели нетрудоспособности больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аганесов А. Г., Мусалатов Х. А. Десятилетний опыт микрохирургической дискэктомии // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 2002. № 3. С. 21–25.
2. Басков А. В. Комментарий к статье Холодова С. А. Микрохирургическое лечение многоуровневых дискогенных поражений поясничного отдела позвоночника // Журн. Вопр. нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. 2001. № 3. С. 10–11.
3. Брехов А. Н. Варианты микрохирургической дискэктомии в зависимости от топографии диск-радикального конфликта // Бюл. Укр. ассоциации нейрохирургов. 1998. № 6. С. 164–165.
4. Кариев М. Х., Норов А. У., Ишмухамедов С. Н. Особенности клинического течения грыж межпозвоноковых дисков при дегенеративном поясничном стенозе // Журн. Вопр. нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. 2001. № 3. С. 14–15.
5. Марков А. И., Власов Д. Б., Волошин Ю. Н. Задний межтеловой спондилодез в хирургическом лечении грыж межпозвонокового диска // VII съезд травматологов-ортопедов России : тез. докл. : в 2 т. Новосибирск, 2002. Т. 1. С. 205.
6. Мусалатов Х. А., Аганесов А. Г., Хорева Н. Е. О показаниях к хирургическому лечению грыжи межпозвонокового диска при поясничном остеохондрозе // Нейрохирургия. 1999. № 2. С. 29–30.
7. The Caspar microsurgical discectomy and comparison with a conventional standard lumbar disc procedure / W. Caspar [et al.] // Neurosurgery. 1991. Vol. 28, No 1. P. 78–87.

Рукопись поступила 09.03.09.

Сведения об авторах:

1. Азизов Мирхамид Жавхарович – директор НИИТО МЗ РУз, д.м.н., профессор;
2. Нуралиев Хусниддин Адашалиевич – старший научный сотрудник отделения вертебологии НИИТО МЗ РУз, к.м.н.;
3. Толипов Хикматилла Рахматиллаевич – врач-вертебролог отделения вертебологии НИИТО МЗ РУз;
4. Шавкатов Бобур Шавкат угли – аспирант отделения вертебологии НИИТО МЗ РУз.