

Т.А. БИКМУЛЛИН, Л.А. ЧЕКАЛИН

Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

УДК 617.53-089.168.1-07

Сравнительный анализ различных видов межтеловой стабилизации после передней дискэктомии на шейном уровне в раннем послеоперационном периоде

Бикмуллин Тимур Альбертович

кандидат медицинских наук, заведующий отделением нейрохирургии

420101, г. Казань, ул. Оренбургский тракт, д. 138, тел. (843) 269-05-49, e-mail: bikmullin_timur@bk.ru

Проведен сравнительный анализ различных видов межтеловой стабилизации после передней дискэктомии на шейном уровне в раннем послеоперационном периоде. Показано, что наилучшие результаты имеют место при операциях на уровне С5 и, преимущественно, у больных относительно молодого возраста (около 35 лет). Быстрая активизация была у пациентов после артропластики. Артропластика является более эффективным методом хирургического лечения в сравнении с передним корпородезом и фиксацией титановой пластиной.

Ключевые слова: позвоночник, артропластика, микродискэктомия, показания к операции.

T.A. BIKMULLIN, L.A. CHEKALIN

Republican Clinical Hospital of Ministry of Health Care of the Republic of Tatarstan, Kazan

Comparative analysis of different types of interbody stabilization after front discectomy on cervical level in the early postoperative period

A comparative analysis of different types of interbody stabilization after anterior discectomy for cervical level in the early postoperative period is held. It is shown that best results occur when operations at the level of C4, and mainly in patients with a relatively young age (about 35y.o.). Rapid growth has been in patients undergoing arthroplasty. Arthroplastics is a more effective method of surgical treatment, in comparison with the front corporodezis and fixing a titanium plate.

Keywords: spine, Arthroplastics, microdiscectomy, indications to operation.

Дегенеративные изменения в шейном отделе позвоночника могут существенно изменять нормальные анатомические взаимоотношения опорного комплекса позвоночного столба и невралжных элементов позвоночного канала. Тесная связь с костными структурами и суставами шейного отдела позвоночника жизненно-важных сосудистых магистралей позвоночных артерий и крупных вегетативных ганглиев определяет высокую зависимость уровня церебрального кровотока и вегетативного статуса человека от состояния шейного отдела позвоночника.

Дискорадикулярный конфликт не единственная причина страданий больного. Это лишь небольшая часть сложной клинической картины, обусловленной не только компрессионными, но и рефлекторными, и другими проявлениями. Поэтому хирургическое лечение, к сожалению, не всегда приводит к быстрому улучшению.

Цель и задачи исследования - провести сравнительный анализ различных видов межтеловой стабилизации после передней дискэктомии на шейном уровне в раннем послеоперационном периоде, а также уточнить показания к хирургическому вмешательству и объем операции при дискогенной дегенеративной патологии на шейном отделе позвоночника.

Материалы и методы

Клинический материал настоящего исследования включал 57 пациентов, оперированных по поводу дегенеративного поражения дисков шейного отдела позвоночника в нейрохирургическом отделении ГАУЗ РКБ МЗ РТ (г. Казань) в период с 2008 по 2011 гг. Обследованы 26 пациентов после артропластики (Bryan Cervical Disc) и 31 пациент после передней шейной дискэктомии, декомпрессии и спондилодеза (контрольная группа).

В исследуемой группе преобладали лица мужского пола, мужчин было 29 (50,8%), женщин 28 (49,1%).

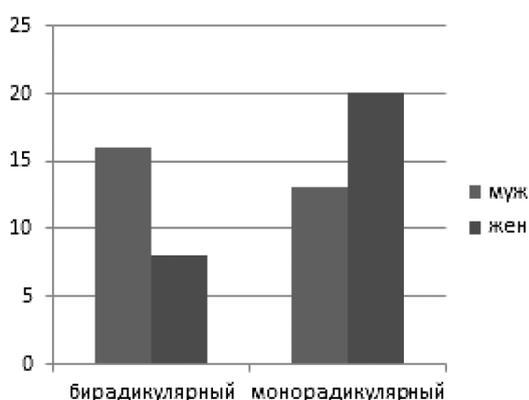
Возрастной диапазон колебался от 29 до 65 лет. Преобладали лица трудоспособного возраста (от 20 до 60 лет).

Все больные получили комплексное нейродиагностическое обследование, включающее подробное клиническое и неврологическое обследование с использованием шкал и опросников, рентгенографию шейного отдела позвоночника с функциональными пробами, МРТ шейного отдела позвоночника и КТ.

Показаниями к хирургическому лечению являлось наличие симптомов радикулярной компрессии (болевого корешкового синдрома или симптомов выпадения) и/или проводниковой пирамидной недостаточности (миелопатии) при верифицированном одним из методов нейровизуализации компрессирующего фактора и неэффективности проводимой консервативной терапии.

Уровень поражения ПДС у мужчин и женщин был приблизительно одинаков, в то же время клинический синдром предоперационного обострения имел "половое" различие: у мужчин несколько чаще отмечались бирадикулярный и миелопатический синдром, а у женщин - монорадикулярный (рис. 1).

Рисунок 1.
Различие клинического синдрома у обследованных мужчин и женщин



Основными критериями при выборе метода межтеловой стабилизации являлись индивидуальная переносимость, наличие сформировавшегося спондилодеза, высота диска, функциональное состояние сегмента (стабильный или нестабильный), воспалительные заболевания дисков.

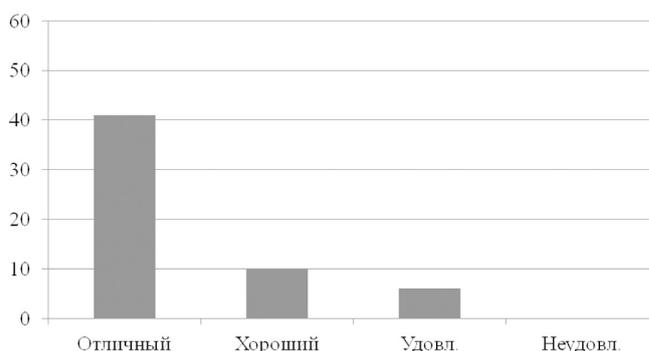
Противопоказаниями к артропластике являлись индивидуальная непереносимость, сформировавшийся спондилодез, снижение высоты диска менее 50%, нестабильность сегмента. Воспалительные заболевания дисков. В остальных случаях проводилась межтеловая стабилизация кейджем с наполнителем синтетического костного материала и титановой пластиной.

Результаты и выводы

В послеоперационном периоде оценивали динамику интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (Visual Analog Scale, VAS) и индексу нарушения жизнедеятельности при шейной дегенеративной патологии (Neck Disability Index, NDI) с небольшими изменениями. Для оценки шейной миелопатии использовались шкалы по Nurick S. и модифицированная шкала оценки Японской Ортопедической Ассоциации (JAO Score). У всех пациентов отмечен практически полный регресс болевого корешкового синдрома и значительное умень-

шение шейного болевого синдрома, регресс явлений миелопатии. Функциональные результаты оценивались по критериям Odum, согласно которым 71,9% (41 пациентов) отметили превосходный и хороший результат функционального восстановления. Неудовлетворительных результатов не было (рис. 2).

Рисунок 2.
Результаты функционального выздоровления



Оценка качества жизни проводилась по опроснику Освестри с учетом видов проводимых хирургических вмешательств (табл. 1). Отличных результатов после артропластики (0-20%)

Таблица 1.

Динамика изменений качества жизни по опроснику Освестри			
%	Кол-во пациентов		
	До операции	После операции артропластики	После операции породез + пластина
0-20	0	25 (96%)	24 (77%)
20-40	7	1 (4%)	4 (13%)
40-60	21	0	3 (10%)
60-80	23	0	0
80-100	6	0	0

было 96%, хороших (20-40%) – 4%, удовлетворительных и неудовлетворительных не было. Отличных результатов после переднего корпородеза с фиксацией титановой пластиной было 77%, хороших – 13%, удовлетворительных – 10%, неудовлетворительных не было.

Если рассматривать исходы операции в зависимости от уровня грыжевого выпячивания, то оказывается, что наиболее "удобными" являются протрузии диска C5. В 81,4% наблюдений удаление грыжи этого уровня приводит к благоприятному результату; не было ни одного случая осложнений, а достаточно стойкая положительная динамика у 5,6% больных обуславливалась наличием протрузии других смежных дисков. Грыжи дисков других уровней уступают в этом отношении, а у больных, имевших грыжи двух уровней, неврологические

нарушения имели настолько стойкий характер, что лишь у 40% пациентов после операции получены хорошие результаты.

Возраст оперированных больных лишь частично оказывал влияние на исход операции. Достоверно "моложе" были больные с отличными результатами. Зато в остальных подгруппах средний возраст больных имел несущественные различия. Этот факт подчеркивает ведущее значение дискорадикулярного конфликта в клинической картине оперируемых больных (например, иммунологических, рефлекторных, сосудистых), характеризующих остеохондроз как хроническое рецидивирующее заболевание и пр.

Выводы

Таким образом, судя по результатам нашего исследования, оперировать желательно больных молодого возраста (около 35 лет), имеющих грыжу межпозвонкового диска C5 и реже C4. Быстрая активизация была у пациентов после артропластики. Внешняя иммобилизация в послеоперационном периоде у этих пациентов не требовалась. Доказано, что артропластика является более эффективным методом хирургического лечения в сравнении с передним корпородезом и фиксацией титановой пластиной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайдар Б.В. Практическая нейрохирургия: Руководство для врачей. — СПб: Гиппократ, 2002. — 648 с.
2. Цивьян Я.Л. и др. Патология дегенерирующего межпозвонкового диска. — Новосибирск: Наука, 1988. — 148 с.
3. Попелянский Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Вертебральные и цервико—мембранные синдромы шейного остеохондроза. — Казань: Изд—во Казан. ун—та, 1981. — 367 с.
4. Лысенко Л.Н. Клеточные аспекты замещения дефектов костной ткани стеклокристаллическими имплантатами // Кли-

ническая имплантология и стоматология. — 2001. — № 3—4 (17-18). — С. 109-111.

5. Маркс В.О. Ортопедическая диагностика: Руководство—справочник. — М.: Наука и техника, 1978. — 512 с.
6. Меледин В.А. Клиника, диагностика и микрохирургическое лечение синдрома позвоночных артерий на верхнешейном уровне: автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1995. — 20 с.
7. Михайловский В.С. О некоторых принципиальных вопросах хирургии дискогенной патологии // Ортопед. и травматол. — 1983. — № 7. — С. 24-30.
8. Луцки А.А. Компрессионные синдромы остеохондроза шейного отдела позвоночника. — Новосибирск: Медицина, 1997. — 310 с.
9. Abumi K. et. al. Treatment of fracture // J. Neurosurgery. — 2000. — Vol. 92. — P. 30-37.
10. Alday R. et. al. Manual of Neurosurgery // Neurosurgery 96. — 1996. — P. 723—730.
11. Alien B.L. The Cervical Spine Research Society // The Cervical Spine. — Philadelphia, 1989. — P. 286-298.
12. Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Patients // American Spinal Injury Association. — Chicago, 1982.
13. Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Patients // American Spinal Injury Association. — Chicago, 1992.
14. Aronson N. The management of soft cervical disk protrusion using Smith—Robinson approach // Clin. Neurosurg. — 1973. — Vol. 20. — P. 253-258.
15. Asazuma T. et. al. The Hypermobility syndrome // Spinal Cord. — 1996. — Vol. 34, № 10. — P. 620-625.
16. Bailey R.W. et. al. Stabilization of the cervical spine by anterior fusion // Bone Joint Surg. — 1960. — Vol. 42A, № 4. — P. 565-594.
17. Ball P.A. et. al. Management of cervical dick disease: posterior approach // Am. J. Emerg. Med. — 1998. — Vol. 16. — P. 346-349.