

**МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ГРЫЖЭКТОМИЯ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО
ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

Усенов А.С., Джумабеков С.А.

Бишкекский научный центр травматологии и ортопедии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Микрохирургическая техника удаления грыжи межпозвонкового диска относится к малотравматичным, общепризнанным и высокоэффективным методикам. При данной методике удаление грыжи диска проводится с минимальной травматизацией анатомических структур позвоночника, что позволяет в короткие сроки восстановить работоспособность пациента. Микрохирургическая методика удаления грыжи межпозвонкового диска в Кыргызстан внедрена в 1999 году, и в настоящее время успешно используется в клинической работе БНИЦТО.

Ключевые слова: микрохирургическая дискэктомия, грыжа межпозвонкового диска, остеохондроз, компрессия, корешок.

**ОМУРТКАНЫН БЕЛ-ЧЫЧАҢ БӨЛҮГҮНҮН МИКРОХИРУРГИЯЛЫК
ГРЫЖЭКТОМИЯСЫ**

Усенов А.С., Джумабеков С.А.

Бишкек шаардык травматология жана ортопедия илимий-изилдөө борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Омурткалардын арасындагы дисктин грыжасын алып салуунун микрохирургиялык техникасы травмасы аз, жалпы кабыл алынган жана жогорку натыйжалуу метод болуп саналат. Бул метод менен дисктин грыжасын алып салуу омуртканын анатомиялык структурасын минималдуу травматизациялоо аркылуу жүргүзүлөт, бул бейтаптын кыска мөөнөттүн ичинде жумушка жарамдуулугун калыбына келтирет. Омурткалардын арасындагы дисктин грыжасын алып салуунун микрохирургиялык методу Кыргызстанда 1999-жылдары киргизилген, бүгүнкү күндө БТЖОИБнын клиникалык иштеринде ийгиликтүү колдонулуп жатат.

Негизги сөздөр: микрохирургиялык дискэктомия, омуртка арасындагы дисктин грыжасы, остеохондроз, компрессия, корешок.

**MICROSURGICAL HERNIOECTOMY OF LUMBOSACRAL PART
OF SPINAL COLUMN**

Usenov A.S., Djumabekov S.A.

Bishkek Research Center of Traumatology and Orthopedics
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Bishkek scientific centre of traumatology and orthopaedy. Microsurgical method technique of removal of hernia intervertebral disk hernia is slightly traumatic and high – efficient method according this method removal of disk hernia is performed with minimal traumatization of anatomical structures of spinal column allowing to recover work capacity for a short period. Microsurgical method of removal of intervertebral disk hernia was put into practice in 1999 in Kyrgyzstan, and at present it is successfully used in clinical work BSCTO.

Key words: microsurgical disectomy, intervertebral disk hernia, osteochondrosis, compression, root.

Введение.

Наиболее часто встречающейся патологией позвоночника является межпозвонковая грыжа пояснично-крестцового отдела позвоночника. Возникнув однажды, вследствие разных полиэтиологических причин грыжа на протяжении длительного времени доставляет массу проблем, как пациентам, так и лечащим врачам (1,2,4).

В подавляющем своем большинстве случаев межпозвонковая грыжа пояснично-крестцового отдела позвоночника лечится большим арсеналом консервативных методик включающих в себя как медикаментозную терапию, так и использование физиотерапевтических процедур. Однако существование резистентных к консервативной терапии межпозвонковых грыж (грыжи больших размеров 8 и более мм, секвестрированные грыжи с миграцией в эпидуральное пространство), побуждает многих пациентов прибегнуть к оперативному лечению (2,7,8,9).

В настоящее время общепринято, что при грыжевом выпячивании диска со сдавлением нервного корешка в основу операции должен быть положен микрохирургический принцип декомпрессии корешка задним доступом. К такому выводу в своё время пришли также некоторые хирурги, использовавшие ранее передний доступ «тотальной дискэктомии» (4,5,7).

Метод заднего доступа при грыжах дисков широко

применяется, он позволяет при минимальной травме костной основы позвоночного столба хорошо осмотреть межпозвонковый диск и соответствующий нервный корешок, ликвидировать выпячивание диска и устранить сдавление корешка.

Требованиям наименьшей травматизации позвоночных структур является микрохирургический метод удаления грыжи диска.

Материал и методы исследования.

В БНИЦТО в отделении патологии позвоночника с 2013 по 2014 г с грыжами межпозвонкового диска на пояснично-крестцовом уровне позвоночника находилось 368 человек. Мужчин было 211, женщин 157, средний возраст пациентов составлял 47 лет. Длительность заболевания варьировала от 1мес до нескольких лет. Обследование пациентов включало в себя: функциональную спондилографию, МРТ либо КТ.

Грыжи диска были выявлены на следующих уровнях: L-III-IV-3, L-IV-V- 186, L-V-S-1- 171 и 8 случаев грыжи отмечены на двух позвоночно-двигательных сегментах.

При поступлении все пациенты предъявляли жалобы на боли различного характера в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, с иррадиацией последних в нижние конечности, чувства онемения, гипестезии, покалывания и зябкости в них.

Объективно выявлялись: гипотрофия мышц

Таблица 1.

Распределение грыжи диска по уровням поражения

Позвоночно-двигательный сегмент	Количество	Всего
L 3-4	3	3 (1%)
L 4-5	186	186 (50,5%)
L 5-S-1	171	171(46,4%)
L 4-5, L 5- S-1	8	8(2,1%)
итого	368	100%

нижних конечностей, положительные симптомы нарушения в чувствительной и двигательной сфере.

Подавляющее большинство больных ранее неоднократно лечились консервативными методами лечения и получали по несколько курсов медикаментозной терапии, ЛФК, массаж физиопроцедур и отмечали, как правило, кратковременный эффект. Показаниями к микрохирургической грыжеэктомии явились: наличие массивной неврологической симптоматики (синдром сдавления корешков конского хвоста), стойко выраженный болевой синдром или очень тяжело переносимые боли, грубые и стойкие нарушения статики даже при умеренном болевом синдроме, постоянное возобновление корешковых болей при переходе в вертикальное положение, безуспешность проводимой консервативной терапии в течении 3-х месяцев, прогрессирующее неврологическое расстройство и мышечная гипотрофия, частые приступы люмбагиалгии (2-3 раза в год).

Всем 368 больным после соответствующей предоперационной подготовке под эндотрахеальным обезболиванием произведена операция микрохирургического удаления грыжи диска.

Обсуждение.

В ближайшем послеоперационном периоде все пациенты отмечали положительную динамику, которая проявлялась отсутствием болевого синдрома, пациенты отмечали феномен послеоперационного облегчения, объективно выявлялся регресс неврологической симптоматики. До оперативного лечения у всех больных в связи с болями и двигательными нарушениями отмечался выраженный дискомфорт, эмоциональные нарушения, ограничение в трудовой деятельности в быту и на производстве. После проведенного оперативного лечения у большинства пациентов эти явления исчезли в ближайшем послеоперационном периоде, значительно улучшилось качество жизни. На вторые сутки пациенты активизировались, им разрешалось вставать с постели, с ношением полужесткого облегченного позвоночного корсета и рекомендовался режим дозированной ходьбы. Швы снимались на 10-11 сутки, и больные выписывались домой с рекомендациями. В последующем больные проходили курс реабилитационной терапии в условиях КНИК и ВЛ. При этом пациентам назначалось физиолечение, которое включало в себя: бальнеотерапию, электролечение, тепловые процедуры, массаж позвоночника, занятие ЛФК по специальной программе направленной на создание и укрепление естественного мышечного корсета.

Отделенные результаты оперативного лечения отслежены у 224 пациентов, при этом результативность операций определялась по шкале Бартела, а также ВАШ, оценка регресса неврологических нарушений проводилась по Н.Frankel. Хорошие результаты были отмечены в 85% случаев, удовлетворительные-12% и неудовлетворительные

в 3% случаев. К неудовлетворительным результатам были отнесены пациенты, у которых помимо грыжи диска имелась нестабильность позвоночно-двигательного сегмента, всем им в последующем произведена операция передней корпоротомии, результаты операции были оценены как хорошие во всех 7 случаях.

Заключение.

Таким образом, одной из причин, приводящих к стойкому болевому синдрому является грыжа межпозвонкового диска, при которой величина грыжевого выпячивания прямо пропорциональна клинической картине. В подавляющем большинстве случаев грыжи межпозвонкового диска лечатся консервативными методами. Однако консервативные методы лечения грыжи дисков больших размеров являются необоснованными, и как правило создают обратный эффект. Развитие рубцово-спаечных процессов эпидурального пространства в последующем негативно сказываются на клинической картине в целом. В связи с этим консервативная терапия при грыжах диска больших размеров 8-9 и более мм, с явными признаками нарушения в двигательной и чувствительной сфере не должна проводиться. Радикальным способом устранения грыжи диска является оперативный.

Микрохирургический метод устранения диск-радикулярного, диск-медуллярного конфликта является наименее травматичным, патогенетически обоснованным и имеет свои преимущества. Данный способ позволяет с минимальной затратой временного фактора вернуть пациента к полноценной жизни.

Литература:

1. Антонов И. П. Заболевания нервной системы. -Минск, 1992.
2. Джумабеков С.А., Усенов А.С. Микрохирургическая дискэктомия и лечение вторичных рубцово-спаечных процессов эпидурального пространства при грыжах пояснично-крестцового отдела позвоночника. Бишкек- 2004.-115 с.
3. Дривотинов Б. В., Ходосовская В. М. Патогенез ремиссий дискогенного пояснично-крестцового радикулита // VIII Всесоюз. съезд невропат., псих. и наркол. - 1988. - Т. 3. -С. 287-289.
4. Лившиц А. В. Хирургия спинного мозга. -М., 1990. -С 350.
5. Мусалатов Х. А., Аганесов А. Г., Хорева Н. Е. О показаниях к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска при поясничном остеохондрозе. // Нейрохирургия. -1999. -№2. -С. 29-30
6. Попелянский Я. Ю. Периферическая нервная система. - М. : 1991.
7. Юмашев Г. С., Фурман М. Е. Остеохондроз позвоночника. -М., 1984.
8. Casper G. D. Results of a prospective clinical trial of the Holmium YAG laser in disc decompression utilizing a side-firing fiber: Four year follow-up. // 5-th Int. Congress of the international musculoskeletal laser society (April, 22-25). -Spaine, 1998.
9. Williams R. W. Lumbar disc disease. Microdiscectomy // Neurosurg. Clin. N. Am. 1993 - Vol. 4. - P.101-108.