

УДК 616.711.1-001.516-089-74

ШИМОН В.М., ВАСИЛИНЕЦЬ М.М., ПУШКАШ І.І., ПІЧКАР І.Й., ГЕЛЕТА М.М., ГАВРИШКО М.Г.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Інститут «Травми», м. Ужгород

ОБҐРУНТУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСТАБІЛЬНОСТІ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Резюме. У роботі наведені дані аналізу лікування ушкоджень шийного відділу хребта в 73 хворих. Подана характеристика ушкоджень за сегментами хребта, їх тяжкості. Наведені показання до хірургічного лікування пацієнтів з ушкодженнями шийного відділу хребта. Відзначено, що до проведення хірургічного лікування мають бути чіткі показання. Проведене лікування повинно включати детальний аналіз і чітку рентгенографічну діагностику. Проведене хірургічне лікування при ушкодженні шийного відділу хребта дозволяє покращити стан хворого в найкоротші строки.

Ключові слова: шийний відділ, хребет, ушкодження, хірургічне лікування.

Вступ

Шийний відділ хребта є верхнім і найбільш мобільним відділом хребтового стовбура — така рухомість дає можливість виконувати різноманітні рухи шиєю, а також повороти і нахили голови.

В анатомічній структурі шийного відділу хребта є й рудименти поперечних відростків, у них є отвори, у яких проходять хребтові артерії. Ці кровоносні судини беруть участь у кровопостачанні стовбура мозку, мозочка, а також потиличних часток великих півкуль [1, 3, 7, 10]. При травмах шийного відділу хребта, іноді й без переломів тіл хребця або дужок, утворюється сегментарна нестабільність, клінічними проявами якої є біль, запаморочення, миготіння «мушок» перед очима, іноді відмічається хитання, порушення ходи [2, 4–6].

Метою нашої роботи є обґрунтування хірургічного підходу до лікування посттравматичної нестабільності в шийному відділі хребта.

Матеріали та методи

Було проведено обстеження і лікування 73 пацієнтів із болями в шийному відділі хребта після травми. З них 38 жінок і 34 чоловіків віком від 19 до 70 років, більшість травм припадає на вік 33–65 років, тобто працездатний період життя, причому пік захворювання припадає на 40–42 роки [12, 13]. Хворі були нами розподілені на 2 групи за характером захворювання: перша група — хворі, у яких в анамнезі були травми 10 і більше років тому (56 осіб), а інша група — хворі, у яких був наявний анамнез травми, але лікування ці пацієнти не отримували, тобто за допомогою не зверталися (17 хворих).

Нами проводилися клініко-інструментальні дослідження, рентгенологічне дослідження, комп'ютерна томографія (КТГ), магнітно-резонансна томографія (МРТ). Дуже детально нами був зібраний анамнез захворювання [9, 10].

Результати та їх обговорення

За часом травми пацієнти були поділені на 2 групи. Перша група — із давністю травми 10 і більше років (56 хворих), а друга група — ті, які мали травму, але за допомогою не зверталися (17 хворих).

Перша група хворих (56), які в анамнезі мали травму й отримали лікування, нами були розподілені на 3 підгрупи, усі пацієнти мали болі в шийному відділі хребта.

У першій підгрупі (13 пацієнтів) були скарги на різкі болі в шийному відділі хребта. Особливо хворі відмічали різкі простріли, які характеризувалися іррадіацією в руку (близько 9%), у лівій руці біль різко посилювався при рухах голови, хворі відмічали, що 7–8 років тому такі болі вже мали місце, але інтенсивність їх не була такою сильною і після прийняття ліків болі зникли, у даний період болі не зникають.

При огляді таких пацієнтів нами було виявлено: голова і плечовий пояс мали неприродне положення через біль, м'язи шийно-грудного відділу хребта напружені і мали ніби «кам'яну цільність», різко обмежені рухи в шийному відділі хребта, тривалість цих болів почастишала у цієї групи хворих, вони вже тривали до 3–4 тижнів, тому хворі були виснажені та роздратовані.

Тільки в 3 хворих були наявні рентгенограми, але вони були неінформативними. При детальному повторному обстеженні всім хворим були зроблені функціональні рентгенограми: згинання і розгинання, також усім хворим було проведено КТГ, спіральну КТГ (8 хворим), МРТ (5 хворим).

На рис. 1 наводимо приклад пацієнта.

Друга підгрупа пацієнтів — 27 хворих, у яких була в анамнезі травма, надалі різкий біль у шийному відділі хребта, що іррадіював в обидві кінцівки і мав характер корінцевих болів із посиленням у проекції остистих відростків.

У неврологічному статусі були порушення чутливості в сегменті С5–С6, м'язова слабкість, хворі відмічали,

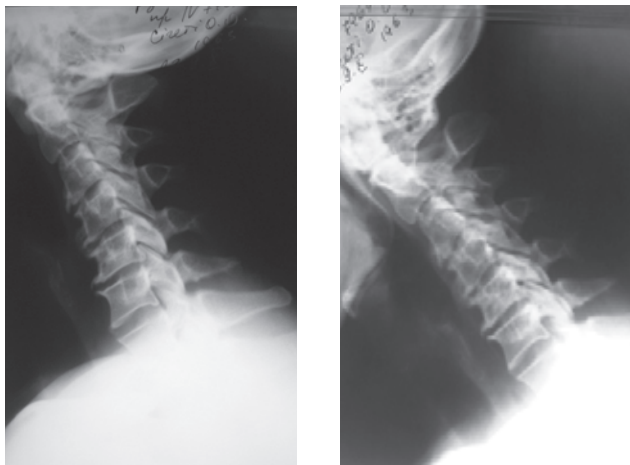


Рисунок 1. Хвора С., 1944 р.н., до операції

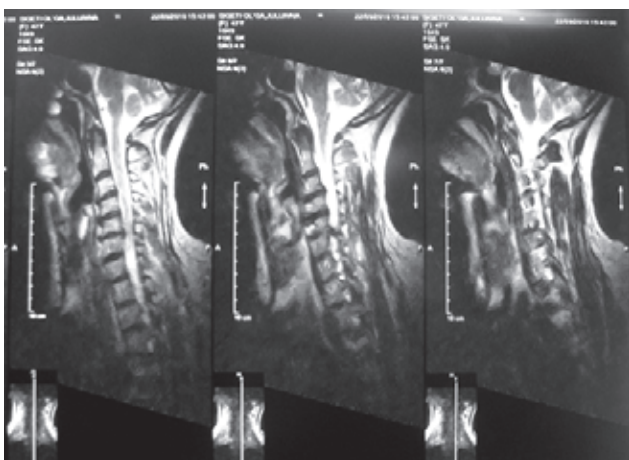


Рисунок 2. Магнітно-резонансна томографія хворої С., 47 років. На рівні С5–С6 спостерігається нерівномірне дорзальне вип'ячування відповідного міжхребцевого диска з формуванням лівобічної парафорамінальної грижі (екструзії) розміром до 6 мм, що обумовлює вторинне стенозування спинномозкового каналу, субтотально перекриває міжхребцевий отвір гомолатеральної сторони, створює компресію дуального мішка та корінця спінального нерва (С6) зліва на рівні ураження

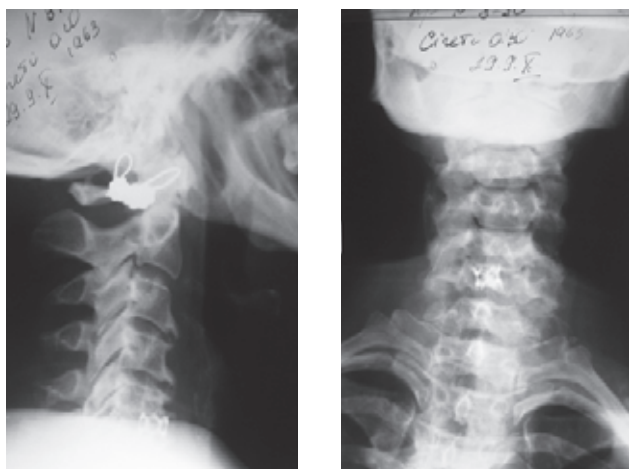


Рисунок 3. Хвора С., 1944 р.н., після операції. Було виконано дискектомію С5–С6, корпородез кейджем та керамікою

що такий стан в них з'явився приблизно через один-два роки після лікування, вони лікувалися в неврологічному відділенні і відчували незначне покращення. Такі хворі потрапляли до нас на лікування, і ми проводили хворим функціональні рентгенограми й спіральну КТГ, де було виявлено нестабільність на рівні С5–С6.

Третя група хворих (16) — із болями в шийному відділі хребта з застарілими травмами і стенозом шийного каналу.

У більшості випадків такі пацієнти мали неврологічну симптоматику, больовий синдром, оніміння кінцівок, слабкість, особливо у верхніх кінцівках, у 9 хворих були порушення функції органів малого тазу.

В ортопедичному статусі відмічається слабкість у кінцівках за шкалою до 3 балів у 13 хворих, у 3 хворих біль був до 2 балів — ці хворі ходили за допомогою милиць, слабкість рук була в 4 пацієнтів, хворі відмічали погіршення, особливо в ранній період, коли вставали, а також коли мали навантаження, 4 хворих відмічали слабкість у нижніх і верхніх кінцівках [8, 14].

Нами було проведено детальне обстеження, як рентгенологічне, так і КТГ, також МРТ, де було виявлено стеноз шийного каналу за рахунок остеофітів на рівні С5–С6 і протрузію диска на рівні С5–С6, склероз покривних пластин і нестабільність сегмента на рівні С5–С6, виділилися неврологічні симптоми, зниження рефлексів із руки, гіпостезія в зонах іннервації С5–С6.

У групи хворих (17), які протягом життя мали травму шиї, але за медичною допомогою не зверталися, не було виявлено клінічної симптоматики на час травми в 3 пацієнтів, у яких після проведеного консервативного лікування стан не покращився, а в 14 пацієнтів стан покращився і показань до хірургічного втручання не було. З цієї групи 3 хворим було проведено хірургічне втручання. Хочемо відмітити, що всім хворих, яким було проведено хірургічне втручання, нами був проведений передній доступ до грижі під контролем ЕОП. Здійснено вихід на нестабільність, проведено резекцію диска та покривних пластинок і вставлено кейдж того розміру, що нам було потрібно. Кейдж ми заповнювали кістковою стружкою, яку перемішували з гідроксилапатитною керамікою, а вздовж і зовні кейдж заповнювали гідрокситапатитною керамікою у вигляді півкуль. На нашу думку, таке заповнення кейджа дає добрий результат за рахунок виступів кейджа, які входять в губчасту частину тіла, а всередині кейджа кістка перемішана з гідроксилапатитною керамікою, що дає добрий результат у плані регенерації кістки.

При хірургічному втручанні, де було виявлено стеноз шийного каналу, нами був зроблений доступ той же, що і в попередніх хворих, але, крім видалення тіла хребцевого диска, нами було частково виконано резекцію тіла сегмента компресії хребців, вставлено кейдж і виконано його заповнення, яке не відрізнялося нічим від того, що виконано іншим пацієнтам.

У післяопераційному періоді хворі нами були підняті на другий день після хірургічного втручання. Добрі результати були відмічені у більшості хворих. У 5 пацієнтів

відмічалися болі в шийному відділі хребта з іррадіацією в верхню кінцівку, але після проведення лікування стан покращився. Тільки в 2 хворих, які мали довгий анамнез захворювання і стеноз шийного каналу, були покращення, але порушення сечовиділення залишилося, хоча з часом у цих хворих появилися позиви до сечовиділення.

Висновки

Відмічаємо, що чим раніше буде виявлено нестабільність шийного відділу хребта, тим швидше настане ефект від лікування. На нашу думку тільки ретельно зібраний анамнез хворого дозволяє детально оглянути хворого, а неврологічний анамнез дає можливість чітко дообстежити хворого за допомогою комп'ютерної томографії й МРТ. Хірургічне втручання спрямоване на резекцію диска та стабілізацію нестабільного сегмента, бо без стабілізації переднього корпорозезу стан хворих погіршиться. Передня стабілізація, на нашу думку, має вести до стабілізації і швидкої консолідації сегментів. При стенозі шийного каналу має бути чітко зроблена декомпресія і ревізія шийного каналу, і тільки після цього виконується корпорозез.

Список літератури

1. Барыш А.Е. Современный подход к клинической оценке результатов хирургического лечения заболеваний и поврежденного шейного отдела позвоночника в практике ортопедии — травматологии // Медицинский журнал. — 2007. — № 2. — С. 75-82.
2. Лабзін Ю.А. До епідеміології нейрогенних больових синдромів у м. Саратові. — Саратов, 1989. — С. 43-47.
3. Новіков Ю.О. Відбудовне лікування дорсалгій у працівників нафтопереробної галузі: Автореф. дис... д-ра мед. наук. — Москва, 2000. — 24 с.
4. Новіков Ю.О., Шахметов А.Р., Кузьмін А.Б. Ультразвукова діагностика дегенеративно-дистрофічних уражень хребта і великих суглобів // Журнал вертеброневрології. — Т. 5, № 1. — Казань, 1993. — С. 25-27.
5. Корж А.А., Грунтовский Г.Х., Корж И.А., Михайлов В.Г. Керамопластика в ортопедии и травматологии. — Львов: Світоч, 1992. — 12 с.
6. Пулбер О.П. Межтеловой керамоспондилодез шейного отдела позвоночника (клинико-экспериментальное исследование): Дис... канд. мед. наук. — Кишинев, 1993. — 192 с.
7. Шевцов В.К., Худяев А.Т., Полин С.В., Коваленко П.Н. Хирургическое лечение переломовывихов в шейном отделе позвоночника с применением имплантантов из пористого никелида титана // Хирургия позвоночника. — 2005. — № 2. — С. 30-33.
8. Швец А.К., Ивченко В.К., Самойленко А.В. Вертебротомия и спондилэктомия в лечении патологических состояний позвоночника // Літопис травматології та ортопедії. — 2008. — № 1-2. — С. 16-20.
9. Andersson H., Ejlertsson G., Leden I., Rosenberg C. Chronic pain in geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization // Clin. — 1993. — Vol. 9. — P. 174-182.
10. Bassois A., Canellas M., Bands J.E. The prevalence of pain in a general population: a telephone survey in Catalonia (Spain) // World Congress on Pain, 8th: Abstracts. — Seattle, 1996. — P. 68.
11. Бероснев В.П., Довосудов Е.А., Кондашев Е.И. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов. — СПб., 1998.
12. Delong W.G., Finhorn T.A., Koval K et al. Bone circuits and Bone craft substitutes on Orthopedic Trauma Surgery // Bone Surg. Am. — 2007. — Vol. 89. — P. 649-658.
13. Peterson B., Whong P.G., Iglesias R. et al. Osteoinductivity of commercially available demineralized bone matrix // Bone et surg. Am. — 2004. — Vol. 86. — P. 2243-2256.
14. Cho D.X., Lee W.X., Shea Chen C.C. Cage containing a biphasic calcium phosphate ceramic (Trioxide) for the treatment of cervical spondylosis // Surg. Neurol. — 2005. — Vol. 63, № 6. — P. 497-503.

Отримано 04.06.11 □

Шимон В.М., Василюнец М.М., Пушкаш И.И., Пичкар И.И., Гелета М.М., Гавришко М.Г.
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»
Институт «Травмы», г. Ужгород

Shimon V.M., Vasilinets M.M., Pushkash I.I., Pichkar I.Y., Geleta M.M., Gavrishko M.G.
SHEI «Uzhgorod National University»
Institute of Trauma, Uzhgorod, Ukraine

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Резюме. В работе приведены данные анализа лечения поврежденных шейного отдела позвоночника у 73 больных. Дана характеристика повреждений по сегментам позвоночника, их тяжести. Приведены показания к хирургическому лечению пациентов с повреждениями шейного отдела позвоночника. Отмечено, что к проведению хирургического лечения должны быть строгие показания. Проведенное лечение должно включать детальный анализ и четкую рентгенографическую диагностику. Проведенное хирургическое лечение при повреждении шейного отдела позвоночника позволяет улучшить состояние больного в кратчайшие сроки.

Ключевые слова: шейный отдел, позвоночник, повреждение, хирургическое лечение.

GROUND OF THE SURGICAL TREATMENT OF CERVICAL SPINE INSTABILITY

Summary. The paper deals with the data of the analysis of treatment of the cervical spine injuries in 73 patients. The lesions are described by the spinal segments and injury severity. The indications for surgical treatment of the patients with the cervical spinal injuries have been considered. The strict indications for the surgical treatment have been emphasized. The treatment should include a detailed analysis and radiographic diagnosis. The described surgical treatment algorithm for cervical spine injury enables to improve a patient's condition as soon as possible.

Key words: cervical, spine, injury, surgery treatment.