ЕНДОСКОПІЧНА БІПОРТАЛЬНА ДЕКОМПРЕСІЯ В ЛІКУВАННЯ ПОПЕРЕКОВОГО СПІНАЛЬНОГО СТЕНОЗУ. ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ

Меленко В.І.[1], Фіщенко Я.В.[1], Шевчук А.В.[1], Кравчук Л.Д.[2],

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ, Україна

Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ, Україна

Ключові слова: *унілатеральна біпортальна ендоскопічна декомпресія, поперековий спінальний стеноз*

Вступ. Поперековий спінальний стеноз (ПСС) - поширене дегенеративне захворювання хребта у літніх людей (старше 60 років). Стандартні хірургічні методи лікування поперекового стенозу включають відкриту декомпресійну ламінектомію, а також спондилодез. Зараз золотим стандартом лікування поперекового стенозу, що стійкий до консервативного лікування, є ламінектомія з максимальним збереженням фасеток.

Мета роботи - оцінити ранні та віддалені результати лікування, а також ускладнення у пацієнтів з поперековим спінальним стенозом, яким була виконана ендоскопічна унілатеральна інтерламінотомія з білатеральною декомпресією (ULBD)

Матеріали та методи: Був проведений аналіз результатів лікування 135 пацієнтів (середній вік 60,2 ± 11,6 років) із поперековим спінальним стенозом на рівні L3-L4 (n=45) та L4-L5 (n=90), яким було виконано унілатеральну біпортальну ендоскопічну декомпресію (UBE) в клініці хірургії хребта ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України".

Методика операції: Перед операцією під рентгеноскопічним контролем проводилось підтвердження рівня. Верхній розріз проводили на рівні нижнього краю дужки необхідного рівня. Через розріз вводили провідник, на який послідовно насаджували систему дилататорів для розширення м'язового каналу з подальшою установкою трокара з ендоскопом. Нижній розріз проводили на 3 см нижче. Розширення м'язового каналу проводили також за допомогою системи дилататорів. До ендоскопу підключали систему подачі фізіологічного розчину. Оптимальний тиск фіз. рочину в системі становив 30-50 мм

рт. ст. Після виконання триангуляції між артроскопом та інструментами та налаштування відтоку рідини, м'які тканини, що оточували інтраламінарний простір, видаляли за допомогою радіочастотного вапера. Після видалення жовтої зв'язки та краю нижньої дужки, проводили іпсілатеральну парціальну фасетектомію за допомогою артроскопічного бура. За допомогою техніки «Over the top» виконували доступ до контрлатеральної сторони, де видалили жовту зв'язку та проводили парціальну фасетектомію. Візуально оцінювали стан твердої мозкової оболонки та нервових корінців. Гемостаз при епідуральній кровотечі проводили шляхом застосування радіочастотної коагуляції. У випадку кровотечі з кістки гемостаз проводили з використанням кісткового воску. Після виконання декомпресії встановлювали дренаж та накладали по 1 шву на рани.

Методи дослідження*:* Інтенсивність болю оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали болю (VAS, см), якість життя - за допомогою анкетування Oswestry (ODI) через 1 тиждень, 1 місяць та 6 місяців після операції; також оцінювали періопераційні дані (ускладнення). Ступени декомпресії оцінювали за допомогою перед- та післяопераційного МРТ (через 1 день після операції).

Результати: Оцінка больового синдрому за допомогою аналогової шкали болю VAS показала, що перед лікуванням середній показник вираженості болю у спині в групі становив 6,8 ± 0,9 см (m ± M); в динаміці через 1 тиждень після операції - 3,3 ± 0,7 см (m ± M); через 1 місяць - 1,1 ± 0,5 см (m ± M); через 6 місяців - 1,2 ± 0,4 см (m ± M); порівняно з попередніми даними до операції, різниця в результаті є статистично значущою ($p < 0,05$). Оцінка болю у нижніх кінцівках показала, що перед лікуванням середній показник в групі становив 4,4 ± 1,2 см (m ± M); в динаміці через 1 тиждень після операції - 1,9 ± 0,9 см (m ± M); через 1 місяць - 0,9 ± 0,3 см (m ± M); через 6 місяців - 1,1 ± 0,3 см (m ± M), різниця між попередніми та віддаленими результатами лікування є статистично значущою ($p < 0,05$). Оцінка якості життя за шкалою Oswestry. Оцінюючи функціональні можливості пацієнтів з ПСС в ранньому післяопераційному періоді (ODI через 1 місяць) виявлена позитивна динаміка (зменшення з 65,5 ± 9,4 до 12,5 ± 6,9 балів), ($p < 0,05$). У віддаленому періоді спостереження через 6 місяців позитивні результати в групі залишилися (10,1 ± 4,9 балів), ($p < 0,05$), що відповідає хорошим функціональним можливостям. За даними МРТ після операції у пацієнтів у групі з ПСС на рівні L3-L4 визначали збільшення площі поперечного перетину з 88,4 ± 36,0 до 201,1 ± 37,4

мм^2 (m ± M), (p <0,05); в групі з ПСС на рівні L4-L5 спостерігалося збільшення площі поперечного перетину з 92,4 ± 41,3 до 212,3 ± 39,6 мм^2 (m ± M), (p ≤ 0,05).

Ускладнення: Серед ускладнень відзначено 3 випадки точкового поранення дуральної оболонки та 2 випадки епідуральної гематоми. Усі випадки ускладнень не потребували додаткового лікування та не мали впливу на стан пацієнтів в подальшому.

Висновки: Ендоскопічна унілатеральна інтерламінотомія з білатеральною декомпресією (ULBD) дозволяє зменшити м'язову дисекцію, що знижує ступінь ушкодження задніх структур хребта та виражається в зменшенні больового синдрому у післяопераційному періоді. Низька травматичність дозволяє досягти ранньої вертикалізації та мобілізації, також скоротити тривалість перебування пацієнта в стаціонарі. Спостерігали значне покращення якості життя (ODI) уже через місяць після операції, зі збереженням тенденції до покращення у віддаленому періоді.