

ПЕРЕВАГИ ВІДКРИТИХ І ЕНДОСКОПІЧНИХ МЕТОДИК ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПОПЕРЕКОВОГО СПІНАЛЬНОГО СТЕНОЗУ

Кучма О.В., Улещенко Д.В., Сташкевич А.Т.,
Бублик Л.О., Черватюк М.С.

*ДУ «Національний Інститут травматології та ортопедії
Національної академії медичних наук України», м.Київ, Україна*

Ключові слова: *поперековий спінальний стеноз, ULBD, ламінектомія, декомпресія, транспедикулярна стабілізація, військовослужбовці, порівняльний аналіз.*

Поперековий спінальний стеноз (ПСС) є однією з найчастіших причин болю в спині та неврологічних порушень у пацієнтів працездатного віку. У військовослужбовців ця патологія виникає значно частіше через постійне фізичне навантаження, носіння спорядження та бойові травми. Високі вимоги до швидкого відновлення працездатності зумовлюють необхідність вибору оптимальної хірургічної методики, яка забезпечує поєднання ефективної декомпресії нервових структур та мінімальної травматизації тканин.

Робота виконана на матеріалі ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України” і включає аналіз обстеження та лікування 62 військових пацієнтів із поперековим спінальним стенозом, яким було виконано декомпресивні та декомпресивно-стабілізуючі операції.

Переважали випадки центрального стенозу (44 пацієнти), дещо рідше спостерігались латеральний (17) та форамінальний стенози (5). Середній вік пацієнтів становив $40,3 \pm 11,6$ років, чоловічої статі.

Декомпресія на одному рівні виконана у 51 пацієнта, на двох рівнях – у 11. Критеріями розподілу стали методи хірургічного втручання: 1 група (n=32) – біпортальна унілатеральна інтерламіномія з білатеральною декомпресією (ULBD) на рівнях L3–L4 (5 осіб), L4–L5 (16), L5–S1 (15); 2 група (n=17) – відкрита декомпресія нервового корінця: L3–L4 (2), L4–L5 (10), L5–S1 (5); 3 група (n=13) – декомпресійна ламінектомія з транспедикулярною стабілізацією, у тому числі з міжтіловими кейджами PLIF/TLIF.

Усі типи втручань призвели до зменшення больового синдрому та покращення функціонального стану, однак темпи та обсяг відновлення суттєво різнилися.

Ендоскопічна група (ULBD): вже через тиждень після операції спостерігалася значна редуція болю за шкалою VAS (у середньому з 6,5 см до 1,8 см); короткий післяопераційний період перебування у стаціонарі (2–3 доби); низька інтраопераційна крововтрата (до 50 мл); відсутність суттєвої м'язової травматизації; час повернення до служби або активної реабілітації складав близько 3–4 тижнів. Дані узгоджуються з вітчизняними і закордонними спостереженнями, що доводять мінімальну інвазивність і швидке функціональне відновлення при ULBD.

Відкрита декомпресія: забезпечувала добру візуалізацію нервових структур та стабільне усунення стенозу; післяопераційне відновлення тривало довше (4–6 тижнів), ніж після ендоскопії; основними ускладненнями були локальний біль у зоні доступу, парестезії, формування рубцевих змін. Водночас відкрита декомпресія залишалася ефективною при виражених дегенеративних змінах та стенозі з кістковими елементами.

Декомпресійно-стабілізуючі операції (ламінектомія з транспедикулярною фіксацією): використовувалися при сегментарній нестабільності або значній дегенеративні зміни фасеткових суглобів; характеризувалися більшим операційним часом, втратами крові (до 300–400 мл) і тривалішою реабілітацією (до 2–3 місяців); забезпечували високу стабільність у віддаленому періоді, однак частіше супроводжувалися обмеженням рухливості та больовими проявами в оперованому сегменті.

Отримані результати свідчать, що ендоскопічні методики (ULBD) мають суттєві переваги при лікуванні військовослужбовців із поперековим стенозом без вираженої нестабільності: мінімальна інвазивність та збереження м'язово-зв'язкового комплексу; менший ризик інфекційних і післяопераційних ускладнень; коротший термін госпіталізації; швидше функціональне та професійне відновлення.

Відкриті методи залишаються доцільними при тяжких формах стенозу, множинних рівнях ураження чи структурній нестабільності, де необхідна фіксація сегмента. Такі втручання забезпечують надійність декомпресії, проте потребують довшої реабілітації.

Отже, оптимальний вибір техніки лікування поперекового спінального стенозу повинен визначатися з урахуванням рівня ураження, ступеня стенозу, функціонального навантаження та потреби у швидкому поверненні до служби. Ендоскопічні технології, підтверджені результатами роботи ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”, демонструють високу ефективність, безпеку та економічну доцільність для активних пацієнтів, зокрема військовослужбовців.