

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОПЕРЕКОВИМ СПІНАЛЬНИМ СТЕНОЗОМ**

*Кучма О.В., Сташкевич А.Т., Шевчук А.В.,  
Улещенко Д.В., Бублик Л.О.*

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

**Ключові слова:** *поперековий спінальний стеноз, больовий синдром, хірургічне лікування, ендоскопія*

Поперековий спінальний стеноз (ПСС) є грізним ускладненням дегенеративно-дистрофічного процесу у хребта, що може викликати стійкий виражений больовий синдром, значне порушення життєдіяльності пацієнта та призводити до інвалідності. Поширеність та захворюваність зростають з віком. ПСС є найпоширенішою причиною нейрохірургічних операцій на хребті у пацієнтів старше 65 років.

Загальноприйняті хірургічні варіанти лікування поперекового спінального стенозу включають відкриту декомпресійну ламінектомію, форамінотомію та спондилодез. В останні роки серед хірургів зростає популярність ендоскопічних технологій в лікуванні ПСС. Серед ендоскопічних хірургічних методів лікування дегенеративного спінального стенозу популярним є техніка декомпресії хребетного каналу із збереженням задніх структур, зокрема одностороння інтерламінотомія з білатеральною декомпресією.

Робота виконана на матеріалі ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України” і включає аналіз обстеження та лікування 62 пацієнтів із поперековим спінальним стенозом, яким було виконано декомпресивні та декомпресивно-стабілізуючі оперативні втручання в поперековому відділі хребта. Критеріями міжгрупового розподілу стали методи хірургічного лікування. Першій групі пацієнтів (n = 32) виконано ендоскопічну форамінальну декомпресію, другій групі пацієнтів (n = 17) - відкриту декомпресію нервового корінця та третій групі пацієнтів (n = 13) – декомпресивна ламінектомія з транспедикулярною стабілізацією.

Всі хворі були обстежені клінічно, неврологічно. Вираженість стенозу каналу оцінювали за допомогою магнітно-резонансної томографії поперекового відділу хребта в умовах інституту.

Хірургічне лікування застосовували у пацієнтів з ПСС, стан яких не покращувався при консервативному лікуванні. Оперативні втручання були декомпресивні та декомпресивно-стабілізуючі, як відкриті, так і ендоскопічні. Основна мета операції – декомпресія уражених нервових структур.

На підставі результатів власних клінічних досліджень визначено особливості післяопераційного стану та функціональних можливостей пацієнтів в залежності від типу оперативного втручання з приводу ПСС:

– виражений регрес болю в спині за ВАШ в ранньому післяопераційному періоді визначено в групі ендоскопічної форамінальної декомпресії (UBLD) та в групі з відкритою декомпресією нервового корінця зі збереженням позитивної динаміки до 6 міс. ( $0,5 \pm 0,3$  см ( $M \pm SD$ )) в першій та ( $0,6 \pm 0,4$  см ( $M \pm SD$ )) в другій групі, відповідно). Збереження болю в спині в післяопераційному періоді в групі декомпресійної ламінектомії з транспедикулярною стабілізацією через 7 днів ( $4,1 \pm 0,7$  см ( $M \pm SD$ )) з поступовим зниженням через 1 місяць до  $2,1 \pm 0,9$  см ( $M \pm SD$ ), що може бути пов'язано з масивним ушкодженням м'язів і фасеткових суглобів під час операції;

– аналогічну тенденцію виявлено при оцінці вираженості болю в нижніх кінцівках/ або іррадіюючому болю в нозі. Після операції в кожній з груп, виявлено зниження показників болю. Так, у ранньому післяопераційному періоді (7 день) вираженість больового синдрому у нозі (або обох кінцівках) достовірно зменшилась в першій групі (UBLD), ((з  $4,7 \pm 1,1$  до  $2,3 \pm 1,0$  см ( $M \pm SD$ )), ( $p < 0,05$ ) та другій групі (відкрита декомпресія нервового корінця), відповідно ((з  $5,1 \pm 1,2$  до  $1,1 \pm 0,9$  см ( $M \pm SD$ )), ( $p < 0,05$ )). В третій групі, яким було виконано декомпресійну ламінектомію з транспедикулярною стабілізацією, рівень локального болю в ногах змінився менше і залишався досить високим (з  $5,2 \pm 1,3$  до  $3,2 \pm 1,1$  см ( $M \pm SD$ )), ( $p > 0,05$ );

– вивчення оцінки якості життя та здатності до самообслуговування за опитувальником Освестрі (Oswestry Disability Index (ODI) показало відновлення з мінімальними порушеннями (менше 20% за ODI) в першій та другій групах вже через місяць; група з транспедикулярною стабілізацією потребувала подальшої реабілітації та спостереження, оскільки зберігались помірні порушення майже у всіх пацієнтів через 1 міс. після операції (відповідно, ODI  $40,2 \pm 9,4$  %).

Можливість сидіти після операції в перший період (до 7 днів) була обмежена в другій групі (0-15 хв) та в третій групі (0-15 хв). Час

сидіння в першій групі був розширений до 20-65 хв., що пов'язано з мінімальною травматизацією тканин під час операційного доступу.

Оцінюючи дистанцію ходи в післяопераційному періоді визначено наступне:

– через 1 міс. після операції середня дистанція ходи серед пацієнтів першої групи складала  $738,7 \pm 186,2$  м ( $M \pm SD$ )); в другій групі  $500 \pm 145,5$  м ( $M \pm SD$ )); в третій групі дистанція, яку могли подолати пацієнти в ранній післяопераційний період, майже вдвічі була меншою  $283 \pm 123,4$  м ( $M \pm SD$ ), (( $p < 0,05$ ); при порівнянні з результатами 1 та 2 групи, відповідно);

– через 6 місяців обмеження в можливості проходити довгі дистанції зберігались так само в третій групі ( $2040,7 \pm 409,5$  м ( $M \pm SD$ )). Результати першої групи ( $5590 \pm 702,3$  м ( $M \pm SD$ ), та другої групи ( $4900,7 \pm 598,9$  м ( $M \pm SD$ )) достовірно ( $p > 0,05$ ) не відрізнялись і майже в тричі перевищували результат групи з транспедикулярною фіксацією.

Оцінка неврологічного стану проводилась за модифікованою шкалою Nurick. Вже на першу добу після операції 62,1 % хворих відмічали поліпшення стану, повний регрес неврологічної симптоматики спостерігался у 21,6 % хворих. Лише у 2,7 % хворих було транзиторне погіршення неврологічного стану.

Таким чином, застосування ендоскопічних методик хірургічного лікування, дозволяє отримати хороші результати лікування за загальноприйнятими методиками оцінки стану пацієнта при поперековому спінальному стенозі (ВАШ болю в спині, ODI, дистанція ходи). Ці результати виявились навіть кращими на ранніх термінах та зберігались протягом всього досліджуваного часу. Переваги малоінвазивних ендоскопічних методик, при забезпеченні хороших результатів лікування, дозволяють рекомендувати дану тактику лікування до широкого застосування.