

## ЛАЗЕРНА ВАПОРИЗАЦІЯ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ПРИ СТАБІЛЬНИХ ФОРМАХ ОСТЕОХОНДРОЗУ

Шимон В.М., Стойка В.В., Шимон М.В., Пушкаш І.І.

*Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна*

Тактика лікування стабільних форм остеохондрозу поперекового відділу хребта в даний час є загальновідомою, але потребує деяких обговорень. Відомо, що в багатьох випадках добрий ефект можна отримати від консервативної терапії, але що робити, коли вона виявляється неефективною. Відкрите хірургічне втручання має як суттєві переваги, так і недоліки. Серед них велика травматичність для хворого, тривала втрата працездатності, тривалий післяопераційний больовий синдром, розвиток післяопераційної нестабільності у оперованому сегменті, розвиток післяопераційного фіброзу і рубцево-спайкових процесів, значний відсоток септичних ускладнень. В наш час широкого розповсюдження набули малоінвазивні методи лікування. Одним з них є лазерна вапоризація міжхребцевого диску. Суттю цього методу є випарювання (вапоризація) невеликого об'єму пульпозного ядра, що є достатнім для зникнення або зменшення симптомів у ранньому післяопераційному періоді та фібротизації диску з втягуванням протрузії або кили у більш пізньому післяопераційному періоді. Вперше її виконали у 1986 році в клініці університету м. Грац в Австрії P. Asher та D. Choy. На тепер уточнені покази та техніка виконання даної маніпуляції. Постає питання у виборі довжини хвилі лазерного випромінювання. Оскільки пульпозне ядро складається на 70,85% з води, то необхідна довжина хвилі, яка найбільше поглинається у воді. Більше поглинання означає меншу енергію, необхідну для вапоризації, а менша енергія означає менше пошкодження навколишніх тканин. Оптимальним є також забезпечення стимуляції регенераторних процесів тканини пульпозного ядра, що також буде сприяти позитивному післяопераційному результату.

**Мета дослідження.** Обґрунтування тактики лікування протрузій та несеквестрованих кил міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта.

**Матеріали і методи.** В клініці кафедри загальної хірургії УжНУ за 2005-2015 роки було проліковано 1024 пацієнти зі стабільними формами остеохондрозу поперекового відділу хребта. Всі хворі були працездатного віку. Серед них було 573 жінок (56,0%), 451 чоловіків (44,0%). Корінцева симптоматика була наявна в 671 хворих (чоловіки – 391, жінки – 280). У 584 хворих (жінок – 312, чоловіків – 272) був

наявний виражений міотонічний та больовий синдром. За віком хворі були розподілені в наступні групи: від 20 до 30 років – 165 пацієнтів (16,1%), від 30 до 40 років – 289 пацієнти (28,2%), від 40 до 50 років – 431 пацієнт (42,1%), 50 років і старше – 139 пацієнти (13,6%). Давність захворювання була наступна: до 1 місяця – 89 хворих (8,7%), 1-3 місяці – 113 хворих (11,0%), 3-6 місяців – 139 хворих (13,6%), 6-12 місяців – 293 хворий (28,6%), більше 1 року 390 (38,1%). Консервативне лікування отримало 531 хворих. Консервативна терапія включала нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), дегідратацію, периферичні міорелаксанти, фізіопроцедури, венотоніки, витяжіння, епідуральні блокади. 493 хворих було прооперовано, з них 217 хворих (44,0%) методом черезшкірної лазерної вапоризації міжхребцевого диску. Для уточнення розмірів та локалізації всім хворим виконували КТ або МРТ. Показом до черезшкірної лазерної вапоризації була неефективність консервативної терапії протягом 6 тижнів та наявність протрузії або несеквестрованої кили міжхребцевого диску до 6-8 мм з або без неврологічної симптоматики. Хворі були поділені на три групи: 1 – хворі, яким проводилось консервативне лікування (531); 2 – хворі, яким проводилось відкрите оперативне втручання (276); 3 – хворі, яким проводилась черезшкірна лазерна вапоризація міжхребцевого диску (217).

Больовий синдром оцінювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), причому окремо оцінювали біль в поперековому відділі хребта та в нижніх кінцівках. Біль в спині у хворих II групи (оперативне лікування) ми не оцінювали до 1 місяця, оскільки хворі не могли адекватно оцінити біль через болючість післяопераційної рани. Для оцінки результатів лікування використовували модифікований критерій Masnad, де: відмінно – повна відсутність болю та симптомів, рухи без обмежень, повернення до роботи і активності; добре – загалом хворий задоволений, зменшення болю, повернення до роботи та звичайної щоденної активності, інколи прийом анальгетиків (парацетамол, моваліс); задовільно – функціональна активність незначно покращена, працездатність не відновлена; погано – без покращення, наявні корінцеві симптоми, необхідне повторне оперативне втручання; найгірше – клінічні симптоми стали гіршими ніж до лікування. Для оцінки регресу неврологічної симптоматики використовували модифіковану шкалу Nurick, де: I – неврологічні симптоми зникли; II – покращення стану; III – без змін; IV – погіршення неврологічного статусу, V – повне порушення неврологічних функцій нижче оперованого рівня. Також проводили

опитування хворих згідно Oswestry low back pain questionnaire та Japanese Orthopedic Association.

**Результати та їх обговорення.** Максимальний термін спостереження за хворими склав 10 років – 17 хворих ( 8 з I групи та 9 з II групи); 6-10 років – 83 хворих (39 з I групи, 4 з II групи та 1 хвора з III групи); 3-6 років – 144 хворих (62 з I групи та 82 з II групи); до 1-3 роки – 332 хворих (I група – 157 хворих, II група – 132 хворих, III група 43 хворих); до 1-го року – 444 хворих (I група – 258 хворих, II група – 10 хворих, III група 174 хворих ). Відмінний та добрий результат серед всіх хворих першої групи, що спостерігались нами протягом першого року склав 68%. Хворі регулярно проходили повторні курси лікування і серед тих хворих першої групи, яких ми мали змогу спостерігати протягом 6 років, відсоток відмінних та добрих результатів склав 63 %. 38 хворих з цієї групи були прооперовані через відсутність ефекту від консервативного лікування в різні терміни від початку терапії. Серед хворих другої групи кількість відмінних та добрих результатів склала протягом першого року 74%. Більшість хворих повернулись на свою попередню роботу. 34 хворих були вимушені змінити роботу. Повторно прооперовано 19 хворих: 16 хворих на інших рівнях та 3 хворих на рівні попереднього оперативного втручання. Серед хворих, яких ми спостерігали через 6 років кількість відмінних та добрих результатів складала 70,5%. Серед хворих III групи протягом 1 року успішні результати відмічено в 77,1%. В 14 хворих покращення не відмічалось. Один був прооперований відкритим методом. На операції було виявлено не діагностовану під час МРТ секвестровану килу диску. За багатьма хворими ми не змогли простежити з різних причин, дехто змінював адресу, деякі хворі продовжували лікування за місцем проживання, велика частка хворих була заробітчанами і виїхали за кордон, а дехто просто не приходив на контрольні огляди.

### **Висновки.**

1. Черезшкірна лазерна вапоризація міжхребцевих дисків є альтернативою відкритому хірургічному втручанню.
2. Необхідно дотримуватись чітких показів та протипоказів до виконання даного втручання.
3. Актуальним є вивчення віддалених результатів (більше 1 року) після проведення черезшкірної лазерної вапоризації міжхребцевих дисків.