

© Герцен Г.І., Дибкалюк С.В., Остапчук М.П., Мовчан О.С.

УДК 616.711.67.72/8.2-007.29:616-089

МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТКОВОГО ПЕРІАРТРОЗУ, ПОЄДНАНОГО З ШИЙНИМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Г.І.Герцен, С.В.Дибкалюк, М.П.Остапчук, О.С.Мовчан

Кафедра ортопедії і травматології № 1 (зав. – проф. Г.І.Герцен) Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шутика

Актуальною проблемою сучасної ортопедії, артрології та нейрохірургії є діагностика та лікування плече-лопаткового періартрозу (ПЛП) на фоні остеохондрозу шийного відділу хребта (ОШВХ) [1, 2]. Це пов'язано з тим, що в клінічному перебігу ОШВХ дуже рідко виявляються ізольовані компресійні корінцево-сегментарні порушення, які мають чітку топіко-неврологічну приналежність до відповідного хребетного сегмента, тоді як синдроми компресійно-рефлекторного залучення в патологічний процес хребетної артерії (ХА), радикуломедулярних артерій (РМА) трапляються у понад 85% випадків [3, 4]. Симптоматика ускладненого перебігу ОШВХ включає рефлекторні, компресійні, компресійно-рефлекторні, рефлекторно-компресійні синдроми [5-7]. Існує багато способів хірургічного лікування компресійно-рефлекторного синдрому ХА та РМА, одним з яких є фораміномотомія [8].

Мета дослідження. Оцінити результати хірургічного лікування ОШВХ при наявності ПЛП.

Матеріал і методи. Зроблено аналіз хірургічного лікування 52 хворих з ПЛП при ОШВХ в клініці кафедри ортопедії і травматології № 1 КМАПО ім. П.Л.Шутика. Вік хворих коливався від 30 до 62 років. Жінок було 35, чоловіків 17. За даними рентгенографії (Rg), КТ, МРТ, вертебро-дискогенна компресія вмісту хребетного каналу та міжхребцевих отворів, яка б відповідала клінічному перебігу захворювання, не виявлена. У всіх хворих спостерігалися клініко-інструментальні ознаки ПЛП, позиційна чи постійна полірадикулярна та полісегментарна неврологічна симптоматика різного ступеня вираженості, тимчасові чи постійні вертебробазиллярні порушення. Виявлені обмеження активних та пасивних рухів плечового суглоба (згинання, розгинання, відведення, приведення, ротації різного ступеня). Rg та МРТ засвідчили у цих хворих класичні ознаки ПЛП. Слід зазначити, що чіткої кореляції між сту-

пенем обмеження рухів у шийному відділі хребта та в плечовому суглобі ми не виявили. Для визначення вираженості динамічної вертебро-дискогенної, міотеногенної компресії ХА, РМА, пучків плечового сплетення (ПС) та спинно-мозкових нервів (СМН) проводили: електронейроміографію з реєстрацією позиційних змін електричної активності м'язів, що забезпечують активну рухливість у плечовому суглобі, реєстрацію швидкості проведення імпульсів у нервах (пучках ПС), а також дуплексне сканування судин ший та вимірювання діаметра екстракраніальних відділів ХА в різних положеннях голови. Зменшення діаметра ХА в різних положеннях голови, за даними дуплексного сканування, відповідало зростанню неврологічної симптоматики, погіршенню рухів у плечовому суглобі, а також зменшенню швидкості проведення імпульсів у пучках ПС за даними електронейроміографії. Це дало підстави для припущення, що, по-перше, наявність позиційної компресії ХА, за даними дуплексного сканування, може служити відображенням вертеброгенної, міотеногенної компресії СМН та пучків ПС, по-друге, це свідчить про наявність позиційної компресії РМА, результатом чого будуть дисциркуляторні порушення шийного відділу спинного мозку та корінців ПС.

Найчастіше міотеногенна компресія спостерігається або в місці переходу сегмента ХА V_1 у V_2 , або в місці прикріплення драбинчастого м'яза до I ребра і поперечних відростків C_5 - C_6 хребців, що зумовлено анатомічними особливостями розташування довгих і драбинчастих м'язів, поперечних відростків, унковертебральних сполучень. Передумовами виникнення костовертеброміотеногенної тунельної компресії судинно-нервового комплексу ХА є аномальне розташування елементів судинно-нервового комплексу відносно хребців, поперечних відростків, I ребра та м'язів.

Показання до оперативного втручання ґрунтувалися на зіставленні клінічного перебігу та даних інструментальних методів дослідження (Rg, МРТ, КТ, дуплексне сканування судин, доплеросонографія, реовазографія, електронейроміографія): неефек-

тивність консервативного лікування понад 6 місяців, прогресування захворювання.

Консервативне лікування було неефективним і захворювання прогресувало за таких даних дуплексного сканування ХА: при повороті голови до 80° ХА після входу в канал поперечних відростків починає реєструватися тільки під час систоли; при обмеженні рухів у шийному відділі хребта поворот голови до 30° викликає зменшення внутрішнього діаметра ХА на 60% і більше на рівні входу в канал поперечних відростків.

Суть оперативних втручань полягала в парціальній міотенотомії, фасціотомії, парціальній ризотомії, резекції поперечних відростків, передній фораміотомії, унквертебротомії з метою усунення динамічної вертеброміотеногенної компресії сплетення ХА, шийного симпатичного сплетення, РМА, СМН.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати оперативних втручань оцінювали як відмінні, добрі, задовільні, незадовільні. Відмінним (22 хворих) вважався такий результат, коли повний регрес симптоматики зазначається в період від 3 до 6 місяців, добрим – від 6 місяців до 1 року (17 хворих), задовільним (13 хворих), якщо впродовж одного року попередня клінічна симптоматика покращувалася і не прогресувала. Зауважимо, що навіть у хворих із задовільними результатами лікування в подальшому спостерігався регрес клінічної симптоматики впродовж 3-4 років. Результати оперативних втручань залежали від віку хворих, тривалості консервативного лікування і терміну хірургічного втручання. Чим молодший вік хворого і менший термін хірургічного лікування, тим кращий результат. Це свідчить про необхідність комплексної оцінки стану хворого та розробки прогностичних критеріїв подальшого перебігу захворювання з визначенням лікувальної тактики. Після оперативного лікування клініка ПЛП регресувала на фоні медикаментозної терапії, включаючи періартикулярні медикаментозні блокади, фізіотерапевтичне лікування, в тому числі масаж, ЛФК, бальнеотерапія. Результати оперативних втручань підтверджувалися за допомогою електронейроміографії та дуплексного сканування судин шії в різних положеннях голови та кінцівок. Для прикладу наводимо дані дуплексного сканування ХА у прямому положенні голови та після її ротації у хворого М., 45 років (історія хвороби №2852) з правобічним ПЛП, ОШВХ і компресійно-рефлекторним синдромом сплетення правої ХА.

До хірургічного лікування при повороті голови виникали рефлекторно-компресійні позиційні симптоми, зростав больовий періартикулярний синдром у ділянці правого плечового суглоба. Зареєстровано зменшення на 60% діаметра правої ХА на межі її передхребетної та шийної частин, а також у каналі на рівні С₆ хребця. Після міотенотомії, трансверзектомії та фораміотомії на рівні С₆ хребця регресував больовий синдром у ділянці правого плечового суглоба, збільшився обсяг активних та пасивних рухів у суглобі, регресували рефлекторно-компресійні симптоми. При дуплексному скануванні правої ХА в прямому положенні та після ротації голови позиційні рефлекторно-компресійні симптоми та біль у плечовому суглобі не виникали, а діаметр ХА в каналі поперечних відростків не змінювався.

Після хірургічного лікування 39 хворих відновився обсяг активних та пасивних рухів у шийному відділі хребта та плечовому суглобі; діаметр ХА на рівні її передхребетної та шийної частин однаковий або зменшувався тільки на 5-20% при поворотах голови; об'ємна швидкість кровотоку відповідала віковій нормі у кожного хворого. У 13 хворих діаметр ХА, за даними дуплексного сканування, при поворотах голови зменшувався на 20-30%, об'ємна швидкість кровотоку знижена на 10-20% стосовно вікової норми.

Висновки. 1. У клінічному перебігу плечолопаткового періартрозу при остеохондрозі шийного відділу хребта значну роль відіграють симптоми пароксизмальної міотеногенної компресії, які призводять до вторинних дегенеративно-дистрофічних змін у періартикулярних тканинах плечового суглоба. Визначенню локалізації та вираженості компресії сприяє метод дуплексного сканування екстракраніальних відділів хребетних артерій у різних положеннях голови та верхніх кінцівок. 2. Поеднане застосування парціальної міотенотомії, ризотомії, трансверзектомії, фораміотомії та ункотомії з приводу стійкої пароксизмальної міотеногенної компресії призводить до регресу симптоматики вторинного плече-лопаткового періартрозу впродовж періоду від 3 місяців до 3-4 років. Такі операції відновлюють іннервацію плечового суглоба на фоні консервативного лікування плече-лопаткового періартрозу, результатом чого є відновлення функції суглоба.

Перспективи наукового пошуку. Покращити результати лікування плече-лопаткового періартрозу на фоні ускладненого перебігу остеохондрозу шийного відділу хребта на під-

ставі подальшої розробки адекватних показань до хірургічного втручання на шийному відділі хребта та вдосконалення малоінвазивних технологій.

Література

1. Полицук Н.Е., Сльнько Е.И., Хотейт Н.Н. Хирургическое лечение дискогенных радикуломиелопатий шейного отдела позвоночника. – К.: Книга плюс, 2004. – 144 с.
2. Kashima M., Tanriover N., Rhoton A., Matsushima T. The transverse process, intertransverse space, vertebral artery in anterior approaches to the Lower cervical spine // J. Neurosurg. – 2003. – V. 98. – P. 188-194.
3. Луцук А.А. Компрессионные синдромы остеохондроза шейного отдела позвоночника. – Новосибирск: Издатель, 2000. – 400 с.
4. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология: Рук. для врачей. – М.: Медпресс-информ, 2003. – 672 с.
5. Кузнецов В.Ф. Справочник по вертебро-неврологии: клиника, диагностика. – Мн.: Беларусь, 2000. – 351 с.
6. Nemecek A., Nemell D., Goodkin R. Transient rotational compression of the vertebral artery caused by herniated cervical disk // J. Neurosurg. – 2003. – V. 98. – P. 80-83.
7. Tho Hae-Dong. Failed anterior cervical foraminotomy // J. Neurosurg. – 2003. – V. 98. – P. 121-125.
8. Vates G., Wang K., Bonovich D. et al. Bow hunter stroke caused by cervical disc herniation. Case report // J. Neurosurg. – 2002. – V. 96. – P. 90-93.

МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЛЕЧЕ-ЛОПАТКОВОГО ПЕРІАРТРОЗУ, ПОЄДНАНОГО З ШИЙНИМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Г.І.Герцен, С.В.Дибкалюк, М.П.Остапчук, О.С.Мовчан

Резюме. У статті наведені клінічні прояви остеохондрозу шийного відділу хребта з розвитком плече-лопаткового періартрозу. Наведені клініко-діагностичні критерії показань до оперативного лікування. У 39 хворих упродовж першого року після хірургічного лікування настав повний регрес симптоматики плече-лопаткового періартрозу.

Ключові слова: плече-лопатковий періартроз, остеохондроз, шийний відділ хребта, плечовий суглоб.

SCARCELY INVASIVE SURGICAL MODALITIES OF HUMEROSCAPULAR PERIARTHROSIS COMBINED WITH CERVICAL OSTEOCHONDROSIS

H.I.Hersten, S.V.Dybkaliuk, M.P.Ostapchuk, O.S.Movchan

Abstract. The paper presents clinical manifestations of osteochondrosis of the cervical part of the spinal cord with the development of humeroscapular periathrosis. Clinico-diagnostic criteria of indications for surgical treatment are adduced. A complete regression of the symptomatology of humeroscapular periathrosis was observed in 39 patients during the first year after surgical interference.

Key words: humeroscapular periathrosis, osteochondrosis, cervical part of the spinal column, shoulder joint.

P.L.Shupyk Medical Academy of Post-Graduate Education (Kyiv)

Надійшла в редакцію 19.05.2005 р.

© Шимон В.М., Бойко С.О., Вайнагій О.М., Голубка І.М., Ламбрух І.М.

УДК 616.711-089.843:615.464.666.5

МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ КОМПРЕСІЙНИХ ПЕРЕЛОМІВ ТІЛ ГРУДНИХ І ПОПЕРЕКОВИХ ХРЕБЦІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ГРАНУЛ ГІДРОКСИЛАПАТИТНОЇ КЕРАМІКИ

В.М.Шимон, С.О.Бойко, О.М.Вайнагій, І.М.Голубка, І.М.Ламбрух

Ужгородський національний університет, медичний факультет

Компресійним переломам тіл хребців належить 75% пошкоджень хребта (Хр) і 0,5-1% від усіх

переломів кісток скелета. Переломи грудних і поперекових хребців трапляються частіше і ста-