

П.В. Кротенков, А.М. Киселев, И.В. Есин

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСКОГЕННОЙ
МИЕЛОРАДИКУЛОПАТИЕЙ НА ГРУДНОМ УРОВНЕ**

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимиরского*

Реферат. Проанализированы результаты хирургического лечения 14 пациентов с дискогенной грудной миелорадикулопатией, вызванной грыжей грудных межпозвонковых дисков. Во всех случаях оперативного лечения получены хорошие результаты с регрессом неврологической симптоматики. Эффективное лечение дискогенной миелорадикулопатии возможно при своевременном и правильном определении показаний к консервативному или оперативному лечению и выборе адекватного метода хирургического вмешательства.

Ключевые слова: дискогенная миелорадикулопатия, грыжа грудного межпозвонкового диска, грудной отдел позвоночника, хирургический доступ, микродискэктомия.

П.В.Кротенков, А.М.Киселев, И.В.Есин

КҮКР•К ЧИТЛЕГЕНД•ГЕ УМЫРТКАЛАРЫ
ДИСКОГЕН МИЕЛОРАДИКУЛОПАТИЯ АВЫРУЫ
БУЛГАН ПАЦИЕНТЛАРНЫ ХИРУРГИЯ
ЮЛЫ БЕЛ•Н Д•ВАЛАУ Т•РЫБ•СЕ

Күкр•к читлегенд•ге умырткаара дисклар бүсере китерап чыгарган дискоген күкр•к миелорадикулопатия авырулы 14 пациенттын хиругия юлы бел•н д•валау н•ти•л•ре •ентекл•п тикшерелг•н. Оператив д•валауны барлық очракларында да неврологик симптоматика регрессиына б•йле яхшы н•ти•л•р алынган. Дискоген миелорадикулопатияне н•ти•л•е д•валауны консерватив яки оператив д•валау h•м курс•түл•ре үзактытында h•м дөрес итеп билгел•нг•нд• хиругик тыкшынуның адекват методын сайлау мөмкин.

Төп төшөнч•л•р: дискоген миелорадикулопатия, күкр•к читлегенд•ге умырткаара дисклар бүсере, умырткалыкны күкр•к өлеше, хиругик юл, микродискэктомия.

P.V. Krotakov, A.M. Kiselev, I.V. Esin

**RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF
PATIENTS WITH DISCOGENIC THORACIC
MYELORADICULOPATHY**

Results of surgical treatment of 14 patients with diskogenic thoracic myeloradiculopathy, causes by thoracic diskal hernia, had been analysed. In all cases of surgical treatment there were obtained good results with regressing of neurologic symptomatology. An effective treatment of diskogenic myeloradiculopathy is possible at timely and correct determining indications for conservative or surgical treatment and choosing an adequate of surgery.

Key words: diskogenic myeloradiculopathy, thoracic diskal hernia, thoracic part of spinal cord, surgical access, microdiskoectomy.

Дискогенная грудная миелорадикулопатия, обусловленная сдавлением спинного мозга, его корешков и магистральных сосудов грыжами грудных межпозвонковых дисков (ГГМД), является крайним осложнением грудного остеохондроза. Грудная миелопатия характеризуется хроническим, прогredientным течением, неизбежно ведущим к инвалидизации пациентов при отсутствии адекватного хирургического вмешательства. Консервативное лечение грудной миелопатии, вызванной грыжей диска, в большинстве случаев бесперспективно [2—4]. Встречаемость ГГМД составляет один случай на 600—800 тысяч населения — это от 1 до 4% прооперированных грыж [1, 2, 6, 8, 9]. В мировой литературе описано около 1000 верифицированных случаев ГГМД, при радикальном лечении которых использовались разные способы. В отечественной литературе сообщения о методах их хирургического лечения единичны [1, 2, 4]. До сих пор среди неврологов и нейрохирургов нет единого мнения о выборе оптимальных лечебно-реабилитационных мероприятий при данной патологии [2—4].

Цель работы — анализ клинических данных и результатов хирургического лечения 14 пациентов с дискогенной грудной миелорадикулопатией вызванной ГГМД.

С 1999 по 2007 г. нами проведено хирургическое лечение 14 пациентов с дискогенной грудной миелорадикулопатией, вызванной ГГМД. Среди них было 8 (57,1%) мужчин и 6 (42,9%) женщин в возрасте от 40 до 65 лет. Течение их заболевания характеризовалось длительностью от нескольких месяцев до 4 лет. У всех пациентов клиническая картина была представлена миелопатией с расстройством двигательных функций различной выраженности. У 4 (28,8%) из них синдром миелопатии сочетался с компрессией корешков спинномозговых нервов

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСКОГЕННОЙ МИЕЛОРАДИКУЛОПАТИЕЙ НА ГРУДНОМ УРОВНЕ

(миелорадикулопатией). У 10 (71,4%) пациентов первым симптомом заболевания являлась боль, у всех 14 (100%) — онемение и слабость в ногах, сопровождавшиеся тазовыми нарушениями у 6 (42,9%). Для топической диагностики уровня поражения всем пациентам проводились бесконтрастная спондилография, миелография, компьютерная (у 4) или магнитно-резонансная томография (у всех).

У 12 (85,6%) пациентов грыжи грудных дисков были единичны, на уровне от Т5 до Т12, у 2 (14,2%) — по 2 массивные грыжи на уровне Т5-6/Т6-7 и Т8-9/Т9-10 соответственно. Во время операции у 11 (78,5%) пациентов выявлено срединное или среднебоковое расположение грыж, у 3 (21,5%) — боковое.

У 8 (57,1%) пациентов первоначально подозревалась опухоль спинного мозга в связи с большим сходством симптомов указанных двух заболеваний, прежде всего наличием нижнего спастического парапареза и затруднением мочеиспускания и дефекации. Как и при опухоли спинного мозга, слабость в ногах чаще появлялась исподволь, незаметно и постепенно прогрессировала. У 4 (28,8%) пациентов имело место прогредиентно-интермиттирующее течение заболевания, у 3 (21,5%) — острое начало заболевания, связанное с травмой позвоночника или с физическим усилием, у 11 (78,5%) — постепенное нарастание симптоматики. Острое начало заболевания можно объяснить срывом компенсации кровообращения спинного мозга [2—4, 8, 9]. Характерно, что именно у этих 3 больных не отмечалось уменьшения неврологических расстройств и слабости в ногах после радикальной декомпрессии мозга. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что сдавление спинного мозга — это в первую очередь компрессия магистральных сосудов, расположенных в уязвимой зоне — передней поверхности спинного мозга, которая прежде всего подвергается компрессирующему воздействию грыжей диска [3]. Именно поэтому результаты хирургического лечения дискоидной миелопатии значительно хуже, чем при компрессионном корешковом синдроме, так как к моменту операции наступают в различной степени выраженные необратимые ишемические нарушения элементов спинного мозга [2—4]. После декомпрессии спинного мозга и его сосудов чаще приходится довольствоваться приостановкой прогрессирования заболевания [3, 4, 6, 7, 9].

При анализе неврологических проявлений дискоидной грудной миелопатии отмечено значительное преобладание двигательных расстройств над чувствительными либо отсутствие чувствительных нарушений при выраженном двигательном дефиците. Указанные особенности миелопатии помогали отличать ее от опухоли спинного мозга, для которой более характерна ассоциация двигательных и чувствительных нарушений даже при прогредиентном (псевдотуморозном) течении заболевания [4].

Чувствительные нарушения у 5 пациентов носили характер проводниковых, отражая верхний уровень неврологических расстройств и облегчая определение локализации компрессирующего воздействия на спинной мозг. У 2 пациентов расстройства чувствительности входили составной частью в синдром Броуна—Секара: снижение болевой чувствительности отмечалось на стороне менее выраженного двигательного дефицита, тогда как нарушения сложных видов чувствительности были на стороне более грубого пареза.

Двигательные нарушения оказались доминирующими признаками заболевания. Они проявлялись выраженным парезом нижних конечностей в сочетании с тазовыми и чувствительными нарушениями у 6 (42,9%) пациентов (группа В по функциональной шкале повреждения спинного мозга, усовершенствованной международным обществом параплегии — ASIA/IMSOP [5]), легким нижним парапарезом у 6 (42,9%) пациентов (группа С). 2 (14,2%) пациента поступили в клинику в ранней стадии заболевания, когда выраженные симптомы пирамидной недостаточности в ногах сочетались с негрубыми субъективными расстройствами в виде ощущения связанных, скованных ног, трепора ног при статическом их напряжении (группа D). Пациенты с синдромом полного нарушения проводимости спинного мозга (группа А) в нашем исследовании не рассматривались.

По нашему мнению, появление клинических признаков сдавления спинного мозга ГГМД — дискоидной миелопатии является абсолютным показанием к хирургическому лечению, направленному на декомпрессию спинного мозга. Морфологические субстраты, сдавливающие нервно-сосудистые образования позвоночного канала, ликвидировать без операции практически невозможно [1—4, 6, 9]. В сдавленном мозге быстро возникают необратимые постишемические расстройства, поэтому после позднего

оперативного вмешательства может не наступить регресса неврологической симптоматики [2—4].

Консервативное лечение возможно при изолированной радикулопатии, не нарушающей функционального статуса пациента. При этом лечебный эффект достигается при негрубой компрессии корешка эластической пролузией диска, но не при наличии пролапса или секвестрации диска. Срок консервативного лечения определяется его эффективностью в регрессе или стабилизацией клинической симптоматики.



Рис. 1. МРТ грудного отдела позвоночника:
а — сагиттальная МРТ до операции, визуализирующая грыжу диска T10-11, сдавливающую спинной мозг; б — сагиттальная МРТ после удаления грыжи диска T10-11.

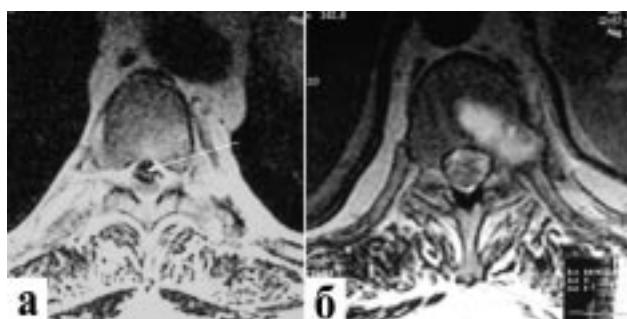


Рис. 2. МРТ грудного отдела позвоночника:
а — аксиальная МРТ до операции, визуализирующая переднюю грыжу диска T10-11, сдавливающую спинной мозг; б — аксиальная МРТ после удаления грыжи диска T10-11.

Для удаления ГГМД и декомпрессии спинного мозга у всех пациентов был использован разработанный нами модифицированный экстраплевральный переднебоковой доступ к грудному отделу позвоночного канала (рис.3) [1]. Данный доступ наиболее адекватно позволяет ликвидировать сдавление передней поверхности

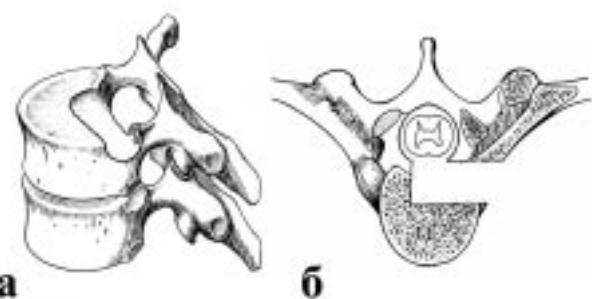


Рис. 3 (а, б). Схематическое изображение модифицированного переднебокового экстраплеврального доступа к грудному отделу позвоночного канала.

спинного мозга и его магистральных сосудов, которые прежде всего подвергаются компрессирующему воздействию грыжей диска (рис. 1б, 2б).

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения грыж грудных межпозвонковых дисков прослеживались нами от 1 до 5 лет. Регресс неврологической симптоматики оценивался по модифицированной шкале ASIA/IMSOP [5]. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилось рентгенологическое исследование или магнитно-резонансная томография в сроки 1, 3, 6, 12 месяцев после операции. У всех пациентов во всех случаях оперативного лечения были получены хорошие результаты с регрессом неврологической симптоматики (см. табл.). Динамика восстановительного процесса по шкале ASIA/IMSOP оценивалась по переходу пациентов из одной группы в другую — соответственно из В в С и далее в D и E. Пациенты группы А в нашем исследовании не рассматривались.

Таблица
Динамика клинических проявлений дискогенных грудных миелорадикулопатий в послеоперационном периоде

| Группы | До операции | После операции через | | | |
|--------|----------------|----------------------|-------|--------|--------|
| | | 3 мес | 6 мес | 12 мес | 18 мес |
| В | 6 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| С | 6 | 6 | 5 | 4 | 2 |
| Д | 2 | 3 | 4 | 4 | 6 |
| Е | 0 | 1 | 2 | 4 | 5 |

Дискогенная грудная миелорадикулопатия при ГГМД характеризуется уникальными клиническими проявлениями, позволяющими при их знании провести точную дифференциальную диагностику с другими поражениями спинного мозга. МРТ, РКТ и контрастная миелография позволяют дополнить и визуализировать картину компрессионного синдрома [3, 4].

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСКОГЕННОЙ МИЕЛОРАДИКУЛОПАТИЕЙ НА ГРУДНОМ УРОВНЕ

Развитие дискогенной миелорадикулопатии обусловлено не только компрессией ГГМД спинного мозга, но и комплексом патологических процессов (спазм сосудов спинного мозга и его ишемия, отек корешка и его оболочек, контрактура мышц спины). Неврологические нарушения в виде парестезии и снижения активности сухожильных рефлексов, уменьшении мышечной силы в конечностях, нарушении тазовых функций имеют, как правило, прогрессирующий характер. Однако восстановление функций и ликвидация неврологических симптомов занимают от нескольких недель до нескольких месяцев и лет [3, 4]. Поэтому необходимо своевременное определение показаний к оперативному вмешательству, так как потеря времени при истинной компрессии ГГМД нервно-сосудистых образований позвоночного канала приводит к необратимому нарушению функций спинного мозга. МРТ, РКТ и контрастная миелография позволяют дополнить картину компрессионного синдрома (рис. 1а, 2а). По нашему мнению, наличие клинических признаков дискогенной миелопатии является абсолютным показанием к хирургической декомпрессии спинного мозга, вопрос о которой должен решаться однозначно, так как консервативное лечение миелопатии в большинстве случаев бесперспективно. Консервативное лечение возможно при изолированной радикулопатии, не нарушающей функционального статуса пациента. Его неэффективность, нарастание и стабилизация патологи-

ческой неврологической картины являются показанием к операции.

Эффективное лечение дисковогенной миелорадикаулопатии возможно при своевременном и правильном определении показаний к консервативному или оперативному лечению и выборе адекватного метода хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кротенков П.В., Киселев А.М., Есин И.В. // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. — 2006. — №4 (50). — С. 140—144.
 2. Крючков В.В., Майлибаев М.Н. // Вопр. нейрохир. — 2005. — № 4. — С. 12—15.
 3. Лившиц А.В. Хирургия спинного мозга. — М., 1990.
 4. Луцук А.А., Шмидт И.Р., Пеганова М.А. Грудной остеохондроз. — Новосибирск, 1998.
 5. Ackery A., Tator C., Krassioukov A. // J. Neurotrauma. — 2004. — 21(10). — P.1355—1370.
 6. Coleman R.J., Hamlyn P.J., Butler P. // Br. J. Neurosurg. — 1990. — Vol. 4. — P. 541—543.
 7. Dickman C.A. // Spine. — 2002. — Vol. 2. — №.5. — P. 74.
 8. Mulier S.M., Debois V.D. // Surg. Neurol. — 1998. — Vol. 49. — № 6. — P. 599—608.
 9. Stillerman C.B., Chen T.C. // J. Neurosurg. —1998. — Vol. 88. — P. 623—633.

Поступила 21.02.07.