

УДК 616.711-003.8-089.2(06)

Малоинвазивная и инструментальная хирургия при дегенеративных заболеваниях позвоночника (по материалам X Международного симпозиума по малоинвазивной и инструментальной хирургии позвоночника — ISMISS)

26 мая 2012 г. в Харькове состоялся юбилейный X Международный симпозиум по малоинвазивной и инструментальной хирургии позвоночника, организатором которого выступило одноименное общество (ISMISS). В работе симпозиума приняли участие ортопеды-травматологи, нейрохирурги, невропатологи, биомеханики, инженеры из Украины, России, Германии, Швейцарии, Франции, Бразилии, Турции, Индонезии, США.

Участников симпозиума приветствовали заместители главы Харьковской облгосадминистрации по социальным вопросам Шурма И. М. и Харьковского городского головы по вопросам здравоохранения и социальной защиты населения Горбунова-Рубан С. А., президент ISMISS профессор Хансйорг Лойе (Цюрих, Швейцария), вице-президент ISMISS профессор Радченко В. А. (Харьков, Украина).

Работу симпозиума открыл директор ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М. И. Ситенко НАМН Украины» заслуженный деятель науки и техники Украины, лауреат Государственной премии Украины, профессор **Корж Н. А.** (Харьков). Его доклад был посвящен истории развития хирургии позвоночника в Украине с акцентами на разработанных ведущих ученых института новаторских методиках.

Профессор **Хансйорг Лойе** (Цюрих, Швейцария) рассмотрел в докладе «Малоинвазивные технологии в хирургии поясничного отдела позвоночника: возникновение и стандартизация» создание и совершенствование методов декомпрессии позвоночного канала с использованием эндоскопической техники, представил разработанный бипортальный подход к грыже диска, позволяющий удалять секвестрированные грыжи.

Об особенностях миниинвазивной хирургии позвоночника говорил в своем выступлении **Pil Sun Choi** (Сан-Паулу, Бразилия). Hi-Tech-методы в миниинвазивной хирургии включают микроскопическое, эндоскопическое наблюдение, минимальное удаление

тканей, динамическую и статическую стабилизацию. Главная цель миниинвазивной хирургии — уточнение диагноза и подход к пораженному органу-мишени с минимальным повреждением окружающих тканей, т. е. достичь максимальной эффективности при минимальном вмешательстве. Такой метод в 90 % случаев применяют при дегенеративных заболеваниях позвоночника.

Jean Destandau (Бордо, Франция) выступил на симпозиуме с двумя докладами. В первом он рассказал о переднем эндоскопическом доступе к шейному отделу позвоночника, который осуществляется через унко-verteбральный сустав и обеспечивает декомпрессию позвоночного канала и у пожилых пациентов. Докладчик остановился также на лечении неврологических расстройств и миопатии без какого-либо блока или фиксации. Второй доклад был посвящен технологии выполнения эндоскопической минимально открытой трансдуальной интерламинарной декомпрессии.

David Greg Anderson (Филадельфия, США) представил традиционные способы лечения поясничного спинального стеноза, включающие консервативные (эпидуральные инъекции, физиотерапию, нестероидные противовоспалительные препараты, изменения образа жизни) и хирургические (ламинэктомия, лиминотомия, внутриостистые фиксаторы) методы. Он рассказал о новом способе лечения спинального стеноза с использованием чрескожной удлиненной остеотомии дуги позвонка, в результате применения которого было достигнуто восстановление движения в заднем опорном комплексе и нормальное нагружение дугоотростчатых суставов. Автор полагает, что данный вид хирургического вмешательства является новым этапом в эволюции лечения поясничного спинального стеноза.

Целью работы, представленной **D. Gastambide** (Париж, Франция) было сравнить результаты лечения пациентов с парамедианной и другими типами грыж, в частности латеральной. Парамедианная

грыжа чаще всего встречается у пациентов в возрасте 45,5, а латеральная фораминальная — 49,5 лет. У пациентов с многоуровневыми операциями парамедианная грыжа присутствовала в 30 % случаев, а латеральная — в 6 %. Эндоскопическая трансфораминальная дискэктомия рекомендована при парамедианных грыжах диска L IV–L V и L V–S I за исключением случаев с наличием больших обособленных фрагментов диска.

В докладе **R. Sambale** (Вена, Австрия) «Динамическая инструментация: показания к выполнению и невыполнению спондилодеза» были представлены клинические случаи применения спондилодеза у больных со спондилолистезом и спондилоптозом. Динамические системы позволяют восстановить стабильность и сегментарную подвижность позвоночника без спондилодеза. Это особенно важно при дегенеративном стенозе и спондилолистезе. Через 3 года после операции у пациентов сохранялся восстановленный нормальный сагиттальный контур позвоночника (угол лордоза). Большинство пациентов результаты операции оценили как хорошие и отличные. В конце выступления рассмотрены показания к операции динамической стабилизации.

B. Darwono (Джакарта, Индонезия) показал, что применение динамической стабилизации с использованием межламнарного спейсера *IntraSpine* на поясничном отделе позвоночника (L II–L III, L V–S I) позволяет добиться декомпрессии позвоночного канала, физиологической подвижности и нормализации сагиттального баланса.

О применении методов малоинвазивной хирургии для лечения синдрома «неудачно прооперированного позвоночника» доложил **S. Tolgay** (Стамбул, Турция). Синдромом «неудачно прооперированного позвоночника» он назвал состояние пациента, у которого получены плохие результаты после хирургического лечения заболеваний поясничного отдела позвоночника. Автор подчеркнул сложность постановки диагноза в данном случае. В докладе был представлен диагностический алгоритм и стратегия лечения. В качестве малоинвазивных методов лечения данной патологии была предложена эндоскопическая декомпрессия элементов позвоночного канала (*Destandau*), микроскопическая и чрескожная эндоскопическая декомпрессия, а также эпидуроскопия и чрескожный спондилодез.

Два доклада представил **S. Gitter** (Бибераг, Германия). Первый был посвящен использованию нуклеопластики (технология «*Coblation*») как метода чрескожного уменьшения внутридискового давления, техника проведения которого была продемонстрирована клиническим примером. Во втором докладе

сделан ретроспективный анализ имплантации искусственного межпозвоночного диска в шейном отделе позвоночника.

Второй доклад **Pil Sun Choi** был посвящен основным факторам безопасности проведения чрескожного-трансфораминального подхода на поясничном отделе позвоночника. По мнению докладчика, это правильное позиционирование канюли в фораминальном отверстии, определенный внешний диаметр рабочей канюли и знание анатомического строения фораминальной зоны.

Сегодня «золотым стандартом» хирургического лечения дегенеративных заболеваний шейного отдела позвоночника считается спондилодез. Однако имплантация искусственного диска имеет свои преимущества. Это возможность реконструкции физиологической высоты, ширины диска и фораминального отверстия в шейном отделе, сохранение физиологического движения позвоночных сегментов, предотвращение синдрома смежных сегментов на выше- и нижележащем уровнях. Показаниями для этого вида лечения являются постоянный радикулярный болевой синдром в случае грыжи диска; стеноз позвоночного канала на уровне шейного отдела, вызванный грыжей диска; симптоматическая миелопатия, вызванная пролапсом; возраст 50–60 лет. Среди осложнений были названы кровотечения, оссификация по контуру межпозвоночного пространства, спинальный/фораминальный стеноз, смещение протеза.

Профессор **Радченко В. А.** в докладе рассмотрел понятие «поясничного Z-артроза», представил классификацию остеоартроза дугоотростчатых суставов, показал макроскопические, гистологические и артрографические изменения, которые происходят в них при данном заболевании. Преимуществами чрескожного спондилодеза дугоотростчатых суставов является отсутствие повреждения мышц, внутрисуставное расположение имплантатов, физиологический механизм стабилизации позвоночного двигательного сегмента, отсутствие опасности миграции имплантатов. Позитивные характеристики титановых имплантатов он подтвердил гистологическими исследованиями и клиническими примерами через 6 лет после операции.

При остеопоротических изменениях в телах позвонков (клиновидность, двояковогнутость) применяют вертебропластику, которая улучшает качество жизни и уменьшает болевые ощущения, снижает риск последующих переломов. Об этом рассказал во втором сообщении **B. Darwono**. Кифопластика позволяет восстановить высоту позвонка и для этого существуют различные виды костного цемента.

Докладчик описал технику баллонной кифопластики при использовании CoFlex.

Paolo de Carvalho (Бразилия) представил результаты исследования по сравнению объемов студенистого ядра, которое удаляют при обычном хирургическом вмешательстве и при чрескожной гидродискэктомии.

Aslan Figen (Анталия, Турция) продемонстрировала разработанный доступ и технику микрохирургического подхода при поясничной грыже диска через ламинофасетное соединение.

С интересом заслушали участники симпозиума доклады российских коллег «Долгосрочные результаты динамической фиксации позвоночника» (**А. Л. Хейло**, Москва) и «Киста Tarlov. Диагностика и лечение» (профессор **Сак Л. Д.**, Магнитогорск).

Минимально инвазивной стабилизации позвоночника было посвящено выступление **А. Р. Гармаша** (Киев, Украина). Докладчик обозначил технические особенности систем транспедикулярной фиксации, применяемых в Украине, показания к их использованию, отметил преимущества и недостатки системы SEXTANT, возможные осложнения.

Транспедикулярной фиксации при спинальных травмах и деформациях был посвящен и следующий доклад **D. G. Anderson**. Он сообщил о технике выполнения чрескожной фиксации.

О хирургическом лечении сколиоза у взрослых рассказал доктор медицинских наук **Мезенцев А. А.** (Харьков, Украина). Установлено, что сколиоз у взрослых — это деформация позвоночника, которая присутствует после скелетной зрелости (после 18 лет), с углом Кобба больше 10°. Распространенность сколиоза среди взрослого населения составляет 32–37%. В докладе приведены результаты лечения групп пациентов с идиопатическим и вторичным сколиозом, сколиозом *de novo*.

Профессор **Сташкевич А. Т.** (Киев, Украина) показал особенности хирургической коррекции деформаций позвоночника при болезни Бехтерева, представил этапы оперативной техники и послеоперационной реабилитационной терапии, включающей ноотропы и препараты, улучшающие нервную проводимость тканей.

Доцент **Брехов А. Н.** (Симферополь, Украина) ознакомил участников симпозиума с разновидностями межтеловых кейджей. Он рассказал о напряжении в структурных элементах кейджа, модуле их эластичности, материалах, из которых они состоят.

Заслушав и обсудив доклады, участники симпозиума пришли к следующим выводам:

- в учреждениях практического здравоохранения необходимо расширять применение наименее травматичных для пациента малоинвазивных методов хирургического вмешательства при лечении заболеваний и повреждений позвоночника;
- необходимо расширять применение новых современных биоматериалов (корундовых, керамических и т. д.) с целью повышения эффективности лечения заболеваний позвоночника, а также продолжать работу по созданию костных заместительных материалов, применяемых в реконструктивно-восстановительной хирургии позвоночника, развивать новые современные биотехнологии по культивированию стромальных стволовых клеток;
- при диагностике, лечении и оценке отдаленных результатов необходимо шире использовать компьютерную томографию, нейронавигацию, ЯМР-томографию и другие современные методы;
- проведение научных форумов, семинаров, обучение хирургов на курсах повышения квалификации позволит обеспечить качество и эффективность диагностики и лечения патологии позвоночника.

В. А. Радченко, А. И. Корольков, И. В. Голубева, Л. М. Бенгус, В. Е. Мальцева, А. В. Погорелая (г. Харьков)