

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 13.06.2008 № 317

Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим із нестабільністю хребта дегенеративно-дистрофічного генезу (спондилолітезом, спондилолізом хребта) із неврологічними проявами

Шифр за МКХ-10: М 43

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Нестабільність хребта – зміщення хребців під час руху хребта в передне-задньому чи боковому напрямку настільки, що призводить до зменшення розмірів хребтового каналу чи міжхребцевих отворів та компресії нервових елементів. Ознаками нестабільності хребта дегенеративно-дистрофічного генезу є мієлопатія, радикулопатія та нейрогенна кульгавість, атрофія м'язів, зниження або випадіння рефлексів, порушення чутливості в залежності від рівня ураження хребта, які пов'язані із компресією або натягом спинного мозку та/або його сегментарних корінців різними частинами зміщених тіл хребців.

Клінічна картина ураження спинного мозку та/або його корінців залежить від локалізації ушкодження, його ступеня, темпу розвитку компресії спинного мозку, вікових та індивідуальних особливостей хворого.

Розрізняють наступні типи спондилолітезу: 1 – істмічний спондилолітез (відомий як спондилоліз) – проявляється як дефект в pars interarticularis дужки хребця; може бути виявлений у 5-20% випадків при рентгенографічному обстеженні, буває вродженим, набутим та змішаним; 2 – диспластичний - вроджений. Немає дефекту в pars interarticularis, може прогресувати в деяких випадках; 3 – дегенеративний – внаслідок міжсегментарної нестабільності, що довго зберігається, немає дефекту в pars interarticularis; 4 – травматичний – внаслідок переломів тіл хребців або у ділянках pars interarticularis; 5 – патологічний – генералізовані або локальні кісткові захворювання хребта.

Виділяють наступні клінічні ступені спондилолітезу (за клініко – рентгенологічною класифікацією Майердинга): **I ступінь** – зміщення хребця на $\frac{1}{4}$ поверхні тіла суміжного, **II ступінь** – на $\frac{1}{2}$, **III ступінь** – на $\frac{3}{4}$ и **IV ступінь** – на всю поверхню тіла хребця відповідно.

В залежності від напрямку зміщення хребця, який зазнав сковзання, розрізняють: **антеспондилолітез** (передній, справжній), **ретроспондилолітез** (задній, несправжній), **латеролітез**.

В залежності від протікання процесу сковзання із неврологічними проявами розрізняють: 1. Спондилолітез безсимптомний; 2. Спондилолітез симптоматичний.

Спондилолітез частіше над усе зустрічається у поперековому відділі хребта, дуже рідко в шийному і майже ніколи у грудному відділі.

Хірургічна тактика варіює в залежності від ступеня спондилолітезу.

Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Хворих з нестабільністю хребта дегенеративно-дистрофічного генезу потрібно доправляти на обстеження та лікування в нейрохірургічне відділення.

Діагностика

Обстеження хворого повинне включати:

1. Загально соматичний огляд з визначенням основних вітальних функцій (дихання, пульс, АТ).

2. Неврологічний огляд.

3. Ро-графія ураженого відділу хребта в 2 проекціях (при підозрі на переломи суглобових або поперечних відростків – 1/2 та 3/4 проекції з обох боків).

4. Люмбальна пункція, висхідна чи низхідна мієлографія (за відсутності КТ, МРТ).

5. КТ ураженого відділу хребта (основний метод діагностики пошкодження хребта), МРТ ураженого відділу хребта (основний метод діагностики пошкодження спинного мозку та його корінців).

6. Визначення групи крові та резус-фактора.

7. Загальний аналіз крові та сечі.

8. Аналіз крові на вміст цукру.

9. Біохімічне дослідження крові (електроліти, загальний білок), показників осмолярності плазми крові та гематокриту. Контроль згортання крові (з 3-го дня).

Лікування хворих із нестабільністю хребта дегенеративно-дистрофічного генезу (спондилолітезом, спондилолізом) із неврологічними проявами

Лікування даної групи хворих необхідно проводити у спеціалізованих нейрохірургічних відділеннях або травматологічних відділеннях ЦРБ.

Всі хворі із нестабільністю хребта вимагають лікувальної стабілізації за допомогою корсетів, шин, стяжок, хірургічного втручання в залежності від стадії розвитку захворювання та неврологічного дефіциту. Всі випадки спондилолітезу із неврологічною симптоматикою вимагають оперативного лікування, першим етапом якого є декомпресія дурального мішка та корінців спинного мозку та усунення натягу корінців, другим етапом потрібно проводити редресацію зміщених хребців (по можливості) із виправленням патологічного зміщення, третім етапом проводиться стабілізація зміщених хребців.

Оптимальним методом стабілізації поперекового спондилолітезу є встановлення кейджів в міжтіловий проміжок при I-II ступені спондилолітезу і комбінація встановлення кейджів із транспедикулярною системою фіксації хребта при III-IV ступені спондилолітезу.

Показання до оперативного втручання: 1. Деформація хребетно-спинномозкового каналу або каналу корінців СМ, виявлена під час Ро-графії, дані КТ або МРТ обстеження, що свідчать про компресію СМ або його корінців, звуження спинномозкового каналу на 30% і більше. 2. Неврологічна симптоматика, що співпадає із рівнем ураження за даними Ро-графії, КТ або МРТ обстеження. 3. Часткова або повна блокада лікворних шляхів. 4. Прогресування дисфункції СМ. 5. Нестабільність хребетно-рухового сегмента, що створює небезпеку наростання неврологічної симптоматики.

Показання до міжтілового спондилолізу:

1. Дегенеративний процес у дисках:

- Сегментарна дегенерація у диску

- Форамінальний стеноз

2. Дегенеративна нестабільність хребта: спондилолітез I-II ступеня

3. Ятрогенна нестабільність хребта:

- Постлямінектомічна нестабільність

- Постфасетектомічна нестабільність

- Постдискектомічна нестабільність

4. Псевдоартрози після задніх доступів при операціях на хребті.

5. Вроджений спондилолітез I-II ступеня

Алгоритм показань до вибору методів лікування хворих із нестабільністю хребта дегенеративно-дистрофічного генезу (спондилолітезом, спондилолізом хребта) із неврологічними проявами:

1. Дегенеративний I ступеня - інтерлямінектомія, резекція суглобових відростків, декомпресія корінців, при необхідності - дискектомія. Стабілізація не проводиться.

2. Дегенеративний II ступеня - інтерлямінектомія, резекція суглобових відростків, декомпресія корінців, дискектомія, редресація зміщення, міжтіловий корпородез.

3. Істмічний і диспластичний I-II ступеня - інтерлямінектомія, резекція суглобових відростків, декомпресія корінців, дискектомія, редресація зміщення, міжтіловий корпородез.

4. Істмічний і диспластичний III-IV ступеня - лямінектомія, резекція суглобових відростків, декомпресія корінців, дискектомія і декомпресія дурального мішка, редресація зміщення, міжтіловий корпородез та транспедикулярна фіксація.

При хірургічному лікуванні даної патології використовують передні, передньо-бокові доступи із встановленням імплантатів (ALIF), задні доступи із встановленням імплантатів (PLIF) та транспедикулярних систем фіксації хребта, або комбіновані доступи, залежно від локалізації та ступеня ураження хребта та спинного мозку, його корінців.

Відносними протипоказаннями до операції є важкий соматичний стан пацієнта. **Протипоказаннями** є також ізольовані переломи дуг, суглобових відростків і явної задньої компресії спинного мозку. У цих випадках необхідний задній доступ.

Критеріями ефективності та очікуваними результатами лікування є поліпшення стану хворого, регрес неврологічної симптоматики, стабільність ураженого відділу хребта за даними контрольних обстежень: функціональної Ro-графії та КТ.

Середній термін лікування до 15 діб.

Після стабілізації стану показано переведення хворого у відділення реабілітації чи неврології.

Головний позаштатний спеціаліст

МОЗ України за спеціальністю «нейрохірургія» Підпис

Є.Г. Педаченко