

УДК 617.547 (575.2) (04)

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО КОРПОРОДЕЗА
И ТРАДИЦИОННЫХ СПОСОБОВ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНОМ ПОРАЖЕНИИ
ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ**

С.А. Джумабеков – чл.-корр. НАН КР, докт. мед. наук, профессор,

Ж.Д. Сулайманов – канд. мед. наук, доцент,

М.К. Сабыралиев – канд.мед. наук,

Мырзахат уулу Абас – аспирант,

М.Д. Абакиров – докторант

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии

В отделении патологии позвоночника БНИЦТО за период с 2003 по 2006 г. проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения дегенеративных поражений поясничного отдела позвоночника путем разработанных и традиционных способов.

В структуре заболеваемости периферической нервной системы вертеброгенная патология является ведущей, а основное место в ней (77–81%) принадлежит остеохондрозу позвоночника [1–3].

Дегенеративные поражения позвоночного столба занимают первое место (41,1%) среди причин первичной инвалидности по заболеваниям опорно-двигательной системы [4, 5] и второе место по выходу на временную нетрудоспособность после ОРВИ.

Проблема лечения дегенеративных поражений позвоночника издавна привлекает к себе внимание различных специалистов, однако все еще далека от разрешения [1, 3, 6]. До сих пор среди врачей различных специальностей окончательно не выработано единого понимания этой патологии и общих подходов к ее лечению [2, 3, 5]. До сегодняшнего дня сохранено противоречивое отношение невропатологов и хирургов к консервативным и оперативным методам лечения [2, 4, 5], а между ортопедами и нейрохирургами все еще не преодолены разногласия в выборе оптимальных способов хирургического лечения дегенеративных заболеваний позвоночника [3, 6].

Проблема межтелового спондилодеза остается во многом еще не разрешенной [1, 5]. Извест-

ные способы переднего спондилодеза в настоящее время не удовлетворяют требования ортопедов-вертебрологов в отношении длительного пребывания больного в стационаре, конечных результатов оперативного лечения и т.д. [5, 7].

Материал и методы. В катамнезе изучены 100 больных из основной группы (спондилодез разработанными способами) и 130 – контрольной, из них 98 по Чаклину и Цивьяну, 15 пациентов титановым эндофиксатором, и 17 керамическим трансплантатом. Для удобства в сравнении основной и контрольной группы взяли тех больных, которым выполнены спондилодезы только из аутоотрансплантатов. Объединяет обе группы принцип оперативного лечения дегенеративного поражения поясничного отдела позвоночника – создание костного сращения между телами позвонков на основе аутокостной пластики. Также общим является и метод достижения костного блока – передний внебрюшинный доступ. Считаем этот путь оптимальным для получения хороших долгосрочных результатов.

Непосредственные результаты основной и контрольной групп изучены у 198 пациентов после операции. Оценивали динамику болевого синдрома, неврологического статуса, характер и частоту интраоперационных и послеоперационных осложнений.

В основной и контрольной группе больных соблюдались единые принципы оперативной стабилизации позвоночника при дегенеративном поражении поясничного отдела позвоночника (табл. 1).

Таблица 1
Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст, лет	Основная группа		Контрольная группа		Всего
	муж.	жен.	муж.	жен.	
До 30	3	4	6	3	16
31–40	6	9	11	17	43
41–50	12	14	13	21	60
51–60	19	26	12	7	64
Старше 60	2	5	4	2	15
Итого	42	58	46	52	198

В большинстве случаев после выполнения обоих видов хирургических вмешательств уже в раннем послеоперационном периоде, чаще на второй-третий день после операции, наступал отчетливый регресс болевого синдрома в нижних конечностях и реже – в пояснице.

Следует отметить, что полное восстановление наблюдалось, как правило, у пациентов с небольшой выраженностью неврологического дефицита.

В сроки до 21 сут. ни у одного из оперированных пациентов с каудомедуллярным синдромом не наступило полного восстановления нарушенных функций, в том числе и функции тазовых органов.

Таким образом, динамика болевого и неврологического синдромов в ранние послеоперационные сроки была идентичной в обеих группах.

Следует отметить, что в более 20% случаев тотальная дискэктомия и передний межтеловой спондилодез были выполнены на двух уровнях. В ряде случаев расширение объема декомпрессивно-стабилизирующих операций из переднего доступа было связано с невозможностью точной топической диагностики, с ограниченным применением в начале 90-х годов высокоинформативных методов лучевой диагностики – АКТ и МРТ.

По уровню поражения больные были распределены следующим образом (табл. 2): в обеих группах преобладали поражения между смежными дисками L4-L5 и L5-S1.

Результаты и обсуждение. Регресс неврологической симптоматики был не столь отчетливым и, как правило, частичным. К мо-

менту выписки из стационара у пациентов с компрессионно-корешковыми синдромами полное восстановление ахиллового и подошвенного рефлексов в нижних конечностях после декомпрессивных операций в контрольной группе отмечено в 31,1% (54 из 78), а в основной – в 29,7% (35 из 43) случаев. Восстановление симптомов натяжения отмечено в 55,1% (96 из 174) в контрольной и 66,9% (79 из 118) основной группе (табл. 3, 4).

Таблица 2
Распределение хирургических вмешательств по уровням выполнения

Уровень операции	Число операций			
	ОГ (100)		КГ (98)	
	n	%	n	%
L2 – L3	–		3	3,1
L3 – L4	–		5	5,1
L4 – L5	62	62	45	46
L5 – S1	18	18	24	24,4
L3 – L4 – L5	4	4	7	7,1
L4 – L5 – S1	16	16	14	14,3
Итого	100	100	98	100

Таблица 3
Регресс болевого синдрома (n – 198)

Степень болевого синдрома	ОГ (n – 100)				КГ (n – 98)			
	до		после		до		после	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Значительный	76	76	8	8	69	70,4	25	25,5
Умеренный	14	14	3	3	23	23,4	14	14,3
При движении	10	10	2	2	8	8,2	3	3,1
Не выражен	–	–	35	35	–	–	53	54,1

Парез кишечника, рефлекторная задержка мочи и гипостатическая пневмония у больных контрольной группы почти в два раза больше, чем в основной группе, видимо, это связано с большим разрезом раны и травматичностью операции.

Частота повреждений дурального мешка, неудаленные грыжи в контрольной группе объясняются тем, что данная методика (контрольная) не дает полноценного визуального обзора, отсюда и большой процент осложнений. Дегенерация выше и ниже расположенных дисков происходит за счет выключения функции пораженных дисков. Почему эти показатели выше в контрольной группе, пока окончательно не ясно, но предположительно это можно объяснить тем,

Таблица 4

Регресс ортопедических и неврологических симптомов

Симптомы (неврологические и ортопедические)	ОГ – 100				КГ – 98			
	до		после		до		после	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Рефлекторные	75	75	8	8	68	69,3	21	21,4
Компрессионные	43	43	2	2	49	50	8	8,2
Расстройства чувствительности	45	45	12	12	61	62,2	19	19,3
Двигательные расстройства	29	29	8	8	36	36,7	27	27,5
Симптомы натяжения	96	96	17	17	77	78,6	31	31,6
Снижение ахилл. подошвенного рефлексов	43	43	8	8	78	79,6	24	24,4
Нарушение осанки (антал. кифосколиоз)	74	74	12	12	65	66,3	9	9,2
Напряжение мышц спины	68	68	12	12	77	78,6	19	19,4
Болезненность в паравертебр. точках	73	73	24	24	61	62,2	35	35,7
Ограничения движения туловища	57	57	12	12	68	69,3	24	24,4

Таблица 5

Послеоперационные осложнения в группах (n – 198)

Осложнения	ОГ (n – 100)		КГ (n – 98)	
	n	%	n	%
Парез кишечника	27	27	81	82,6
Рефлекторная задержка мочеиспускания	21	21	45	45,9
Гипостатическая пневмония	5	5	27	27,5
Повреждение дурального мешка	1	1	5	5,1
Снижение межпозвонкового пространства	37	37	52	53,1
Дегенерация выше или ниже расположенных дисков	29	29	47	47,9
Несостоятельность спондилодеза	7	7	27	27,5
Болевой синдром места взятия аутографта	13	13	84	85,7
Рецидивы грыжи	8	8	29	29,6
Неудаленные грыжи	5	5	27	27,5

что интеркорпоральная укладка вертикального цельного аутографта, максимально разгружая задние элементы позвонков, в какой-то степени придерживает процесс разрушения дисков (табл. 5).

Среди причин неудач при выполнении операций из переднего доступа – неустранимая компрессия спинномозговых корешков грыжами диска имела место в основном за счет ошибки тактики лечения, т.е. выборе оперативного доступа. В данном случае имеется в виду, что сек-

вестрированные грыжи попытались удалить из переднего доступа. Это потребовало выполнения повторных декомпрессивных операций из заднего доступа.

У 7 % пациентов (основная группа) после выполнения спондилодеза аутокостью, по рентгенологическим данным, не наступило формирования костного блока между телами позвонков оперированного сегмента, в контрольной группе этот показатель составил 15,3%. Это свидетельствует об эффективности новых разработанных способов.

Кроме того, анализ послеоперационных спондилограмм в сроки до двух лет показал, что коррекция сегментарных взаимоотношений, достигнутая при выполнении расклинивающего спондилодеза аутокостью, сохраняется не всегда: в более 20% случаев в послеоперационном периоде отмечено снижение высоты межтелового промежутка в обеих группах

Таким образом, хорошие результаты в ОГ на 17% больше, чем в КГ, удовлетворительные на 9% меньше, неудовлетворительные в 2 раза меньше, чем в КГ (табл. 6).

Таблица 6

Оценка отдалённых результатов хирургического лечения

Оценка	ОГ (n=100)		КГ (n= 98)	
	n	%	n	%
Хорошо	65	65	48	48,9
Удовлетворительно	28	28	37	37,7
Неудовлетворительно	7	7	15	15,4

Полученные данные позволяют применить указанные методики при оперативном лечении дегенеративных поражений позвоночника. Традиционный метод оперативного вмешательства имеет недостатки: травматичность классического переднего внебрюшинного доступа, необходимость длительно соблюдать постельный режим для образования костного блока, трудности визуального контроля в устранении компрессионного фактора.

Мы попытались уменьшить значение этих показателей, сохранив при этом главный принцип (аутокостный спондилодез) оперативного лечения дегенеративного поражения поясничного отдела позвоночника. Классический внебрюшинный доступ уменьшили до минимума (6–8см, против 20–25), предложив избирательные доступы для каждого сегмента в зависимости от локализации поражения.

Разработанные способы при лечении дегенеративных поражений груднопоясничного отдела позвоночника разрешают вышеуказанные недостатки за счет комбинированной (интеркорпоральная, межтеловая) укладки аутооттрансплантатов, т.е. интеркорпоральная укладка аутооттрансплантата, несомненно, ускоряет процесс костного сращения, хотя происходит одномоментная разгрузка содержимого позвоночного канала за счет места расположения цельного вертикального аутооттрансплантата; исключается миграция

трансплантатов, что неизбежно при традиционных методиках. Дополнительная межтеловая укладка трансплантата усиливает фиксирующую способность методики.

Таким образом, операция дискэктомии с передним, расклинивающим спондилодезом направлена на удаление поражённого диска и стабилизацию поражённого позвоночного сегмента, что патогенетически обоснованно и во многих случаях необходимо. Межтеловой костный блок, формирующийся при использовании аутокости, может справедливо считаться “золотым стандартом” межтелового спондилодеза с позиций морфологии и биомеханики.

Литература

1. Бутаков В.А. Тотальная дискэктомия и стабилизация позвоночника при поясничном остеохондрозе / В.А. Бутаков, А.М. Хелимский // Актуальные вопросы неврологии и нейрохирургии детского и подросткового возраста: Матер. науч.-практ. конф. – Уфа, 2000. – С. 40.
2. Доценко В.В. Использование вентрального доступа при хирургическом лечении поясничного остеохондроза / В.В. Доценко, Н.Н. Карякин, Н.А. Стариков // Нейрохирургия. – 2000. – №1–2. – С. 12–15.
3. Некрасов А.К. Анализ причин неудовлетворительных клинических исходов хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника / А.К. Некрасов, М.А. Некрасов // Акт. вопр. поврежд. и забол. нервной сист.: Матер. конф. – Иваново, 2001. – С. 124.
4. Булатов Ш.Э. Хирургическое лечение при нестабильных дегенеративно-дистрофических поражениях позвоночника / Ш.Э. Булатов, Б.Ш. Минасов, В.А. Халиков // III съезд нейрохирургов России: Тез. докл. – СПб., 2002. – С. 236.
5. Куценко И.Х. Современная диагностика и результаты хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника // III съезд нейрохирургов России: Матер. конф. – СПб., 2002. – С. 262.
6. Кузин В.Ю. Внутренняя вентральная фиксация при лечении поясничного остеохондроза // Генный ортопедии. – 2001. – № 2. – С. 122.
7. Лебедев А.С. Пути улучшения отдаленных результатов хирургического лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков / А.С. Лебедев // Акт. вопр. повреждений и заболеваний нервной системы: Матер. конф. – Иваново, 2001. – С. 125–126