

УДК 616.721.7 – 001.7 – 089 (575.2) (04)

СТАБИЛЬНЫЙ СПОНДИЛОДЕЗ ПРИ СПОНДИЛОЛИСТЕЗЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

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

Х.С. Бебезов – докт. мед. наук, проф.,

Ж.Д. Сулайманов – канд. мед. наук,

М.К. Сабыралиев – соискатель

Spondylolistez, is heavy pathology, causing significant deformation lumbar-sacral of the division of the spine. Prevalence of spondylolisthesis on miscellaneous source forms from 2,2%–24,2% all sick examined on cause of the lumbar pains. The material for our work has served the observation for 83 patients with spondylolisthesis, to operate for period since 1999 on 2005, on earlier known way operate 32 patients, on new methods 52. The new technique of treatment spondylolistezis is offered.

Спондилолистез – соскальзывание тела позвонка вместе с вышележащим отделом позвоночника. Распространенность его по разным источникам составляет 2,2–24,2% от всех больных обследованных по поводу поясничных болей, причем заболевание наблюдается во всех возрастных группах, поражая наиболее работоспособную и активную категорию (20 до 40 лет) на что указывают многие исследователи [1–6].

Это заболевание остается сложной и многосторонней проблемой вертебральной хирургии, требующей как индивидуального подхода к каждому случаю, так и точно разработанной клинически оправданной тактики. Разнообразие и противоречивость методик оперативного лечения спондилолистеза свидетельствуют лишь о недостаточной глубине знаний современной медицины, этиопатогенезе спондилолистеза [1,3].

Целью исследования является повышение эффективности хирургического лечения спондилолистеза на основе разработки и внедрения нового способа передней стабилизации пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Распределение оперированных больных по уровню и виду смещения позвоночника

Материал и методы. Обследовано 83 пациента со спондилолистезом, оперированных с 1999 по 2005 г. в отделении нейроортопедии КНИИК и ВЛ и патологии позвоночника БНИЦ ТО. Из них было 47 мужчин, 36 женщин. Наибольшее количество случаев спондилолистеза приходится на возраст 21–50 лет, на самый трудоспособный период жизни человека. Особое внимание было обращено на определение степени смещения позвонков (см. таблицу). Установлено, что чаще встречались смещения L5 позвонка (41 человек).

Больные были разделены на две исследуемые группы: основную (ОГ) – 51 больной и контрольную (КГ) – 32 пациента.

Помимо общеклинических исследований определяли ортопедические и неврологические нарушения, характерные для спондилолистеза, и сопоставляли их с данными инструментального исследования (спондилография, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография).

В отделении нейроортопедии КНИИК и ВЛ и отделении патологии позвоночника БНИЦ ТО

МЕДИЦИНА

Вид спондилолистеза	Число больных		Уровень смещения			
	абс	%	L5	L4	L3	L4, L5
Диспластический	18	21,7	13	5	-	-
Спондилолизный	31	37,3	20	11	-	-
Дегенеративный	32	38,6	8	13	6	5
Травматический	2	2,4	-	-	2	-
Всего	83	100	41	29	8	5

по ранее известным способам прооперировано 32 пациента (КГ): 10 больных по методике разработанной В.Д. Чаклиным; 14 пациентов – по методике Я.Л. Цивьяна; 8 – по методике А.И. Осна.

Эти способы лечения спондилолистеза на протяжении ряда лет считались фундаментальными, однако в последние годы появились сомнения в их применении, поскольку они дают осложнения: появление псевдоартрозов, лизис аутотрансплантата, рецидив, смещение. Это явилось основанием для поиска новых способов оперативного лечения спондилолистеза. В связи с этим нами разработан новый, патогенетически обоснованный способ оперативного лечения спондилолистеза, на который получен патент Кыргызской Республики № 796 от 2005 г. По новой разработанной нами методике оперирован 51 больной (ОГ).

Особенности нового метода спондилодеза:

1. Подход к диску по заднебоковой поверхности.
2. Рассекается только 1/3 часть фиброзного кольца.
3. Передняя продольная связка не повреждается.
4. Вертикальный паз в пределах средней опорной колонны в переднезаднем направлении с учетом предполагаемой репозиции.
5. Создание резервного пространства перед дуральным мешком путем удаления пораженного межпозвонкового диска и задней продольной связки на уровне смещения.
6. Укладка трансплантатов – комбинированная, что увеличивает площадь соприкосновения аутокости с сочленяемыми позвонками, составляющая не менее 60%.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ данных катамнеза в отдаленные сроки у 54 оперированных больных, из 83, по-

казал положительную динамику основных клинико-рентгенологических показателей, более превалирующую в ОГ, в сроки 3–6 лет. При изучении ортопедических нарушений в двух исследуемых группах существенной разницы не выявлено, хотя некоторые показатели оказались лучше в ОГ; так, люмбалгия при статической и динамической нагрузке в основной группе отмечена в 3% случаев, в контрольной – в 14,3%. При динамической нагрузке в ОГ – 6,1%, в КГ – 19%. Вынужденная позовая установка в ОГ выявлена в 3% случаев, в КГ – в 14,3% случаях. Также постоянное ношение поясничного корсета в катамнезе определено в ОГ у 6%, в КГ – у 23,8% больных.

Клинически в послеоперационном периоде все пациенты отмечали регресс болевой симптоматики. При их выписке после проведенного лечения в неврологическом статусе сохранялись отмечавшиеся до операции нарушения в рефлекторной и чувствительной сфере, более выраженные в КГ. Так, корешковые боли были отмечены в ОГ, односторонние – в 12,1% случаев, двусторонние – в 3%, в контрольной – в 38,1%, 9% случаев соответственно.

Нарушения чувствительности в виде гипестезии в ОГ зарегистрированы у 2,4% больных, в КГ – у 23,8%. Симптом натяжения нервных корешков (Ласега) в катамнезе только выявлен в ОГ: слабopоложительный (более 60°) в 6,1% случаев, в КГ не выявлено, умеренно положительный симптом Ласега от 40° до 60° в ОГ не выявлен, тогда как в КГ он составил 14,3%.

На основании проведенных на протяжении 6 лет спондилографических, КТ-исследований выявлена разница в сроках формирования костной мозоли в двух исследуемых группах (ОГ – 33 и КГ – 21).

Рентгенологические результаты в ОГ отслежены у 33 больных на протяжении 6 лет и

отмечены как хорошие (отсутствие лизиса трансплантата, псевдоартрозов, рецидива смещения). Сформировавшийся костный блок тел позвонков с трансплантатами и начальными признаками ремоделирования представлял собой опорный в функциональном отношении костный конгломерат. Его анатомо-функциональная перестройка с восстановлением губчатой структуры происходила начиная с 6–7 месяцев и продолжалась в течение 1–2 лет.

У больных в контрольной группе (21 пациент) эти явления были зафиксированы в сроках 8–9 месяцев и до 12–18 месяцев.

У 54 больных по данным клинико-рентгенологического исследования в отдаленные сроки, в основной группе получены результаты: хорошие у 86%, удовлетворительные у 12%, неудовлетворительные у 2% больных, в контрольной группе соответственно – 65%, 31% и 4%.

Таким образом, отличия в ортопедических, а также неврологических симптомах в двух исследуемых группах (основной и контрольной) обусловлены тем, что при лечении по новой методике учитывались как нейрохирургические, так и ортопедические принципы оперативного лечения спондилолистеза.

Разработанный нами способ позволяет добиться стабильно-блокирующего корпороза за счет комбинированной укладки трансплантата, при этом увеличивается общая площадь соприкосновения трансплантата и ложа сочленяемых позвонков до 40–60%, что способствует ранней регенерации и остеоинтеграции трансплантата с материнским ложем с форми-

рованием костного блока у больных основной группы.

Полученная разница при анализе клинических, рентгенологических, а также КТ-исследований, проводимых на протяжении 6 лет в двух исследуемых группах, позволяет утверждать о высокой эффективности предложенного способа по сравнению с существующими.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения отслежены у 54 больных и были в основной группе: хорошие у 86% больных, удовлетворительные у 12%, неудовлетворительные у 2% больных, в контрольной группе соответственно – 65%, 31% и 4%.

Литература

1. *Воронович И.Р., Дулуб О.И., Николаев В.Н.* Спондилолистез. – Минск, 1990. – 46 с.
2. *Герцен И.Г., Венгер В.Ф.* Патогенетическое лечение спондилолистеза. // 5 съезд травматологов-ортопедов республик Советской Прибалтики. Тез. докл. – Ч. 1. – Рига, 1986. – С. 189–191.
3. *Корнилов Н.В., Усиков В.Д.* Повреждения позвоночника, тактика хирургического лечения. – СПб.: МОРСАР АВ, 2000. – 231 с.
4. *Чаклин В.Д.* Костная пластика. – М.: Медицина, 1971. – 228 с.
5. *Blumenthal S.L., Baker J., Dossett A.* The role of anterior lumbar fusion for internal disc disruption. // *Spine*. – 1988. – V.13. – P. 566–569.
6. *Cyron B.M., Hutton W.C., Troup J.D.* Spondylolytic fractures // *J. Bone Joint Surg – Br* – 58-B. – 1976. – P. 462–466.