

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОГО ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА.

Хайдаралиев У.А., Абдухаликов А.К., Халиков Ш.

Республиканский научный центр вертебрологии МЗ РУз., Андижан

Поясничной остеохондроз из-за анатомо-физиологических особенностей имеет свои отличия от остеохондроза шейной и грудной локализации и характеризуется следующими признаками:

1. Отсутствие спинальной патологии вследствие того, что спинной мозг заканчивается на уровне VL1; редкие исключения возникают при поражениях корешковых артерий, вплоть до каудального синдрома.

2. Клиника полисегментарного поясничного остеохондроза в основном обусловлена поражением нескольких дисков (грыж, разрывов, нестабильности и т.д.) и в меньшей степени - костными изменениями (остеофиты).

3. На первое место выдвигаются болевой, корешковый и статические синдромы, а вегетативные нарушения несколько отступают.

4. Более отчетливо выступает травматический фактор в развитии заболевания.

Предполагается, что вследствие противодействия к желтой связке объясняется эта закономерность не только механическим сдавлением корешка, но также раздражением, спазмом и сдавлением задних корешковых артерий, которые являются более постоянными и имеют больший калибр по сравнению с передними. В некоторых случаях при грыжах дисков поражается только один корешок, а при вовлечении в процесс большого количества корешков диагноз может оказаться сложным и даже ошибочным.

Вовлечение в процесс нескольких корешков при остеохондрозе может быть обусловлено рядом факторов; локализацией грыжи, большим объемом ее, множественными грыжами, сопутствующими реактивными изменениями окружающих тканей, а в редких случаях также аномалиями и анастомозами корешков.

Материалом для данного исследования послужил анализ 173 наблюдений полисегментарных грыж поясничных межпозвонковых дисков за период с 2007 по 2012 гг., находившихся на лечении в отделении вертебрологии клиник АндГосМИ (Научный центр вертебрологии МЗ РУз). Из них мужчин-109, женщин-64.

Необходимо отметить, что у подавляющего числа пациентов (82,7%) длительность последнего обострения составляла свыше 3 месяцев, а консервативная терапия была неэффективной. Таким образом, у 173 больных обнаружены 279 грыжи межпозвонковых дисков.

Все больные до операции обследовались по стандартной клинической методике: выяснение жалоб, анамнеза и динамики заболевания, ортопедо-неврологическое обследование, обзорная спондилография в стандартных проекциях, магнитно-резонансная томография (МРТ). Применение ядерно-магнитной томографии (ЯМР) позволяет определить различные стадии дегенерации и образования грыжевых выпячиваний.

В течение заболевания форма и сечение спинномозгового канала меняется, форма спинномозгового канала имеет различную конфигурацию от округлой до треугольной. Наиболее важным в клиническом отношении имеет значение площадь поперечного сечения канала. При этом абсолютное значение сечения канала имеет не самое главное значение. Но по данным клиники и литературы имеет пограничный размер сагиттального срединного диаметра канала-11мм у взрослых. При значении сагиттального сечения канала менее 11 мм (41 больных), у всех обследованных пациентов имелась неврологическая симптоматика в той или иной степени выраженности. При стенозе спинномозгового канала неврологическая симптоматика имелась также при отсутствии или минимальной выраженности дегенеративных изменений позвоночника.

При наличии дегенеративных изменений стеноз спинномозгового канала усугубляет течение заболевания и симптоматику. Форма спинномозгового канала при нарастании тяжести заболевания приближается к треугольной.

Помимо всех вышеперечисленных изменений определяется еще один симптом, как: исчезновение эпидурального жира и замещение его склерозирующими фиброзными тканями сдавливающими дуральный мешок и кроме того, сосудистые сплетения венозные и артерии питающие и сопровождающие спинномозговые корешки.

Спаечные процессы возникают в результате постоянной травматизации задней дорсальной связки, фиброзного кольца диска и эпидурального венозного сплетения. В результате происходит образование спаек между соседними структурами, грыжевым выпячиванием диска и дуральным мешком с деформацией последнего. Также, определяется васкуляризация вторично поврежденного диска.

Все больные были оперированы нами путем применения малоинвазивных дискэктомий задним доступом. Межпозвонокковые грыжи дисков были удалены аркотомным доступом. У 127 больных на операции наряду с грыжей диска имел место выраженный рубцово-спаечный процесс в эпидуральной клетчатке и корешках конского хвоста. Наличие значительных патоморфологических изменений в позвоночном канале требовало расширения доступа, который позволил бы не только произвести дискэктомию, но и устранить другие факторы, вызывающие компрессию и раздражение корешков – боковые остеофиты, рубцы. В связи с чем фораминотомия была неотъемлемой частью операций.

Срединные грыжи дисков в сочетании с врожденным стенозом позвоночного канала были удалены путем применения гемиламинэктомии. На одном уровне позвоночного сегмента оперированы 117 больных, на двух уровнях – 56 больных. При этом мы руководствовались данными ведущих клинических признаков заболевания и МРТ критериев.

Рассматривая результаты выполненных оперативных вмешательств, можно отметить незначительное количество интра – и послеоперационных осложнений. В 4 случаях во время операции мы столкнулись со значительным кровотечением из варикозно расширенных эпидуральных вен. Последнее ликвидировалось электрокоагуляцией и тампонадой "шариком", смоченным раствором перекиси водорода. Гнойно-воспалительных осложнений операционной раны мы не наблюдали. Больные, которым произведены малоинвазивные дискэктомии на двух уровнях и пациенты, подвергшиеся гемиламинэктомии, в послеоперационном периоде в течение 3 месяцев носили поясничные корсеты облегченного типа. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 8,7 койко-дня.

Оценка результатов хирургических вмешательств производилась на основании ортопедо-неврологических критериев, учитывающих биомеханику позвоночника, регресс болевого синдрома и восстановление трудоспособности.

Хорошие результаты отмечены у 82,3% больных. Эта группа лиц при контрольных осмотрах отмечали боли – нерезкие, эпизодические в поясничной области или радикулярного характера. Все эти больные сохранили трудоспособность, часть из них с определенными ограничениями физических нагрузок.

У 14,1% больных результат оценен как удовлетворительный. В этой группе пациентов боли в поясничной области или радикулярного характера беспокоили достаточно часто, но по интенсивности были значительно слабее, чем до операции. Больные были вынуждены перейти на легкий труд, или оформляли группу инвалидности.

В 3,7% случаев в послеоперационном периоде отмечено нарастание неврологических расстройств, и возможно, могло быть результатом развивающейся сосудистой патологии. У этих больных результат лечения рассматривался как неудовлетворительный.