

© Коллектив авторов, 2009

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Г.М. Кавалерский, С.К. Макиров, М.Д. Ченский, М.В. Боев, В.Г. Черепанов,
К.С. Терновой, И.Ю. Лисицкий, Ф.И. Амин, А.Л. Коркунов, О.А. Сергеев

ГОУ «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова», Городская клиническая больница № 19, Москва

Представлены результаты хирургического лечения 87 пациентов в возрасте от 60 до 83 лет по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника. В зависимости от стадии патологического процесса и направления действия компримирующего агента применялись различные виды декомпрессионно-стабилизирующих оперативных вмешательств в соответствии с разработанной тактикой хирургического лечения. При оценке результатов отмечено значительное уменьшение болевых ощущений (по Визуальной аналоговой шкале) и повышение показателей повседневной активности (по Oswestry Disability Index) как в раннем (до 3 мес), так и в позднем (до 36 мес) послеоперационном периоде, что привело к существенному улучшению качества жизни пожилых пациентов. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности разработанного дифференцированного подхода к хирургическому лечению данной категории больных.

Ключевые слова: хирургия позвоночника, пожилой возраст, поясничный стеноз, дегенеративный сколиоз, дегенеративный спондилолистез, декомпрессионно-стабилизирующие операции.

Tactics of Surgical Treatment for Degenerative-Dystrophic Diseases of Lumbosacral Spine in Elderly and Senile Patients

G.M. Kavalerskiy, S.K. Makirov, M.D. Chenskiy, M.V. Boev, V.G. Cherepanov,
K.S. Ternovoi, I.Yu. Lisitskiy, F.I. Amin, A.L. Korkunov, O.A. Sergeev

Surgical treatment outcomes on 87 patients aged 60–83 years operated on for degenerative-dystrophic diseases of lumbosacral spine have been presented. Depending on the stage of pathologic process and compressive factor direction, different types of decompressive stabilizing surgical interventions were performed in compliance with the elaborated tactics of surgical treatment. Evaluation of the results showed significant decrease in pain sensations (by Visual Analog Scale) and increase in the indices of daily activity (by Oswestry Disability Index) both in early (under 3 months) and late (up to 36 months) postoperative periods, that led to significant improvement of the life quality in elderly patients. The achieved results confirmed the efficacy of the elaborated differentiated approach to surgical treatment of that group of patients.

Key words: spine surgery, elderly age, lumbar stenosis, degenerative scoliosis, degenerative spondylolisthesis, decompressive stabilizing operations.

В демографической структуре современного общества происходят изменения, характеризующиеся увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста [2, 4]. В России в 1999 г. люди пенсионного возраста составили пятую часть населения страны, по численности превысив 40 млн, из них около 11% (3,3 млн) — лица старше 80 лет [4]. Актуальность проблемы дегенеративных заболеваний позвоночника в старшей возрастной группе обусловлена их широкой распространенностью. По данным литературы, 86–98% престарелых людей имеют те или иные дегенеративные изменения позвоночного столба [5]. В РФ распространенность вертеброгенных болевых синдромов среди пожилого населения в некоторых регионах достигает 62% [1]. В настоящее время возрос интерес к хирургическому лечению данной категории больных, о чем

свидетельствует появление множества публикаций на эту тему [8, 13–15]. Статистические данные подтверждают повышение оперативной активности по отношению к этой категории больных в развитых странах [7, 9].

Целью нашего исследования была оптимизация хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний поясничного отдела позвоночника у лиц пожилого и старческого возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включены 87 пациентов пожилого и старческого возраста, оперированных по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника в период с 2004 по 2008 г. в соответствии с разработанной тактикой диагностики и лечения. Среди

них было 60 (69%) женщин и 27 (31%) мужчин. Критериями отбора пациентов служили: возраст старше 60 лет, наличие показаний к оперативному лечению по поводу дегенеративно-дистрофической патологии позвоночного столба. Максимальный возраст больных составлял 83 года.

Протокол обследования всех больных включал стандартную и функциональную спондилографию, магнитно-резонансную томографию. По показаниям проводились компьютерная томография и рентгеноденситометрия.

В ходе обследования у 81 (93%) пациента диагностирован многоуровневый спондилоартроз с преобладанием II и III стадии процесса. В 72 (83%) случаях обнаружена дегенеративная нестабильность позвоночных двигательных сегментов (ПДС). У 45 (52%) больных выявлена картина центрального стеноза позвоночного канала. Наиболее часто причиной стеноза (29 больных — 33%) являлась двусторонняя гипертрофия структур заднего опорного комплекса (желтой связки, межпозвонковых суставов). Реже (16 больных — 18%) на фоне выраженных изменений ПДС определялся циркулярный стеноз за счет сочетания элементов вентральной и дорсальной компрессии (полидископатия, выраженный спондилоартроз, гипертрофия и фибрирование связочного аппарата). Дегенеративный спондилолистез выявлен у 12 (14%) пациентов, дегенеративный сколиоз — у 5 (6%). У 12 (14%) больных на основании данных визуализационных методов исследования диагностирован стеноз латерального канала. Для описания последнего мы использовали классификацию Lee и соавт. [11], согласно которой у 7 (8%) больных имел место стеноз «зоны входа», у 5 (6%) — стеноз «средней зоны»; случаев стеноза «зоны выхода» не было. Грыжи межпозвонковых дисков выявлены у 13 (15%) больных не старше 65 лет. Следует особо отметить наличие клинически выраженной дегенеративной нестабильности ПДС на фоне грыжи межпозвонкового диска у 6 (7%) больных.

Все пациенты прошли стандартное неврологическое и ортопедическое обследование. При неврологическом обследовании у 19 (22%) больных диагностированы монорадикулярные, у 27 (31%) — полирадикулярные синдромы. У 51 (59%) больного в неврологической картине преобладала симптоматика нейрогенной перемежающейся хромоты. У 2 (2%) пациентов имел место синдром эликонуса с развитием нижнего парапареза и нарушением функции тазовых органов. В 73 (84%) случаях отмечены различные рефлекторные синдромы (мышечно-фасциальные, мышечно-тонические, фасет-синдром, синдром крестцово-подвздошного сочленения), практически всегда дополнявшие основную (клинически значимую) неврологическую симптоматику.

В ортопедическом статусе у 75 (86%) пациентов выявлено нарушение сагиттального и/или фронтального баланса позвоночника (увеличение либо

уменьшение поясничного лордоза, вплоть до появления патологического кифоза, ретро- и антеспондилолистез, сколиоз). У 31 (36%) больного констатирована недостаточность статической функции позвоночника. Различные нарушения походки наблюдались у 79 (91%) пациентов.

Приведенное выше деление на отдельные нозологии достаточно условно. Это связано со сложностью происходящего патологического процесса. Зачастую у одного больного имеют место несколько этиопатогенетически связанных процессов, которые, развиваясь одновременно, проявляются различной клинической картиной. В настоящей работе мы учитывали доминирующую нозологическую форму, наиболее значимую в клиническом и прогностическом плане.

Исходя из хирургической тактики, целью которой являлась полноценная декомпрессия спинного мозга со стабилизацией ПДС по показаниям, мы разделили больных на две группы по двум определяющим признакам: направленность действия компримирующего агента и наличие нестабильности ПДС.

Для упрощения лечебно-диагностического алгоритма центральный позвоночный канал был разделен на две части — вентральную и дорсальную, условной границей между которыми являлась прямая линия, проведенная через основание дуг позвонков. В соответствии с этим были выделены однонаправленный (вентральный, дорсальный) и комбинированный варианты компрессии. Изолированный латеральный стеноз условно рассматривался как однонаправленная (дорсальная) компрессия.

При определении нестабильности ПДС использовали стандартные методы (функциональная спондилография). Применяли также метод С.К. Макарова [3], где критериями нестабильности являются: коллабирование высоты межтелового пространства более 30% от исходной и МРТ-изменения II типа по классификации Modic (жировая дегенерация тел смежных позвонков). Фактор дегенеративной нестабильности использовали как дополнительный. При грыжах межпозвонковых дисков с преобладанием в клинической картине дегенеративной нестабильности, приводящей к динамическому стенозу позвоночного канала, компримирующий фактор условно расценивали как комбинированный.

В 1-ю группу вошли 48 пациентов с преимущественно однонаправленным действием компримирующего агента — 29 (60%) больных со стенозом позвоночного канала в основном за счет дорсальных структур, 12 (25%) больных со стенозом латерального канала и 7 (15%) больных с грыжей межпозвонкового диска без признаков дегенеративной нестабильности. Ко 2-й группе отнесены 39 пациентов с комбинированным вариантом компрессии — 16 (41%) больных с циркулярным стенозом, 12 (31%) с дегенеративным спондилолистезом, 5 (13%) с дегенеративным сколиозом и 6 (15%) с грыжей межпозвонкового диска при кли-

нически преобладающей картине нестабильности ПДС (табл. 1). Распределение больных обеих групп по возрасту представлено в табл. 2.

В 1-й группе были выполнены следующие оперативные вмешательства. При стенозе позвоночного канала, обусловленном преимущественно дорсальной компрессией, во всех случаях произведена шадящая задняя декомпрессия: в 26 (54%) случаях — флавэктомия (рис. 1), в 3 (6%) — флавэктомией с медиальной фасэтомией. При латеральном стенозе в 7 (15%) случаях выполнена шадящая декомпрессия в объеме медиальной фасэтомии за счет частичной резекции нижнего суставного отростка вышележащего позвонка (при стенозе «зоны входа») (рис. 2), в 5 (10%) случаях объем оперативного вмешательства расширен до фораминомии с резекцией верхнего суставного отростка нижележащего позвонка (при стенозе «средней зоны»). У 7 (15%) больных с грыжей межпозвонкового диска произведена передняя декомпрессия в объеме резекции диска. У больных 1-й группы вмешательство заканчивалось межостистой динамической стабилизацией — в 41 (85%) случае имплантатом DIAM, в 7 (15%) имплантатом Coflex. Всего в 1-й группе оперативные вмешательства произведены на 75 уровнях (табл. 3).

Во 2-й группе декомпрессионная ламинэктомия с последующей транспедикулярной фиксацией (ТПФ) выполнена у 25 (64%) больных, в том числе у 12 (31%) с циркулярным стенозом, у 9 (23%) с дегенеративным спондилолистезом и у 4 (10%) с дегенеративным сколиозом (рис. 3). Ламинэкто-

мия в сочетании с межтеловым спондилодезом (PLIF или TLIF), дополненным транспедикулярной фиксацией, произведена 4 (10%) больным с циркулярным стенозом, 3 (8%) с дегенеративным спондилолистезом, 1 (2%) больному с дегенеративным сколиозом и 3 (8%) больным с грыжей межпозвонкового диска при выраженной дегенеративной неста-

Табл. 1. Распределение больных на группы по характеру компримирующего агента

Вид патологии	Однонаправленная компрессия (1-я группа)		Комбинированная компрессия (2-я группа)	
	количество больных			
	абс	%	абс	%
Центральный стеноз:				
циркулярный	0	0	16	41
за счет задних структур	29	60	0	0
Латеральный стеноз	12	25		
Дегенеративный сколиоз	0	0	5	13
Дегенеративный спондилолистез	0	0	12	31
Грыжа межпозвонкового диска:				
с нестабильностью ПДС	0	0	6	15
без нестабильности ПДС	7	15	0	0
Всего	48	100	39	100

Табл. 2. Распределение больных 1-й и 2-й группы по возрасту

Группа больных	Возраст, лет						Всего больных	
	60-70		71-80		старше 80			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1-я	31	64,6	11	22,9	6	12,5	48	100
2-я	19	48,7	12	30,8	8	20,5	39	100

Табл. 3. Вид и объем оперативных вмешательств у больных 1-й и 2-й группы

Число уровней хирургического вмешательства	1-я группа (однонаправленная компрессия)						2-я группа (комбинированная компрессия)			Всего больных
	флавэктомия+ DIAM	флавэктомия+ Coflex	флавэктомия+ медиальная фасэтомия+ DIAM	фораминомия+ DIAM	резекция диска+ DIAM	резекция диска+ Coflex	ламинэктомия+ ТПФ	ламинэктомия+ ТПФ+ PLIF или TLIF	ламинэктомия+ резекция диска+ ТПФ	
Один	6	3	7	3	3	1	4	5	2	34
Два	11	2	3	2	2	1	7	6	1	35
Три	4	0	0	0	0	0	6	0	0	10
Четыре	0	0	0	0	0	0	5	0	0	5
Пять	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3
Итого	21	5	10	5	5	2	25	11	3	87

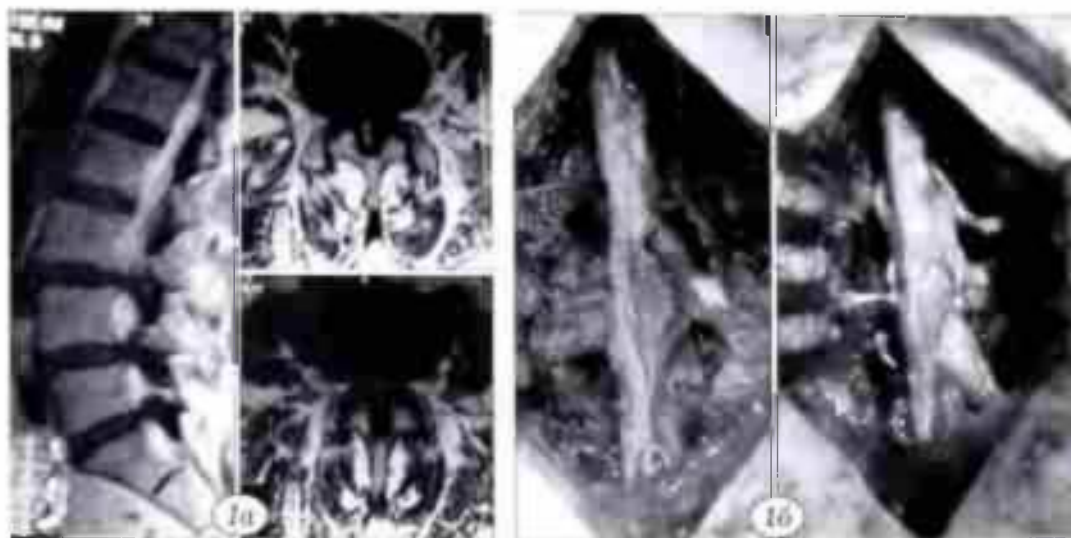


Рис. 1. Многоуровневый стеноз позвоночного канала вследствие задней компрессии у больной 71 года.

а — МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника картина стеноза на уровне L3-L4 и L4-L5 за счет выраженной гипертрофии желтой связки.

б — этапы оперативного вмешательства с использованием межостистых имплантатов DIAM

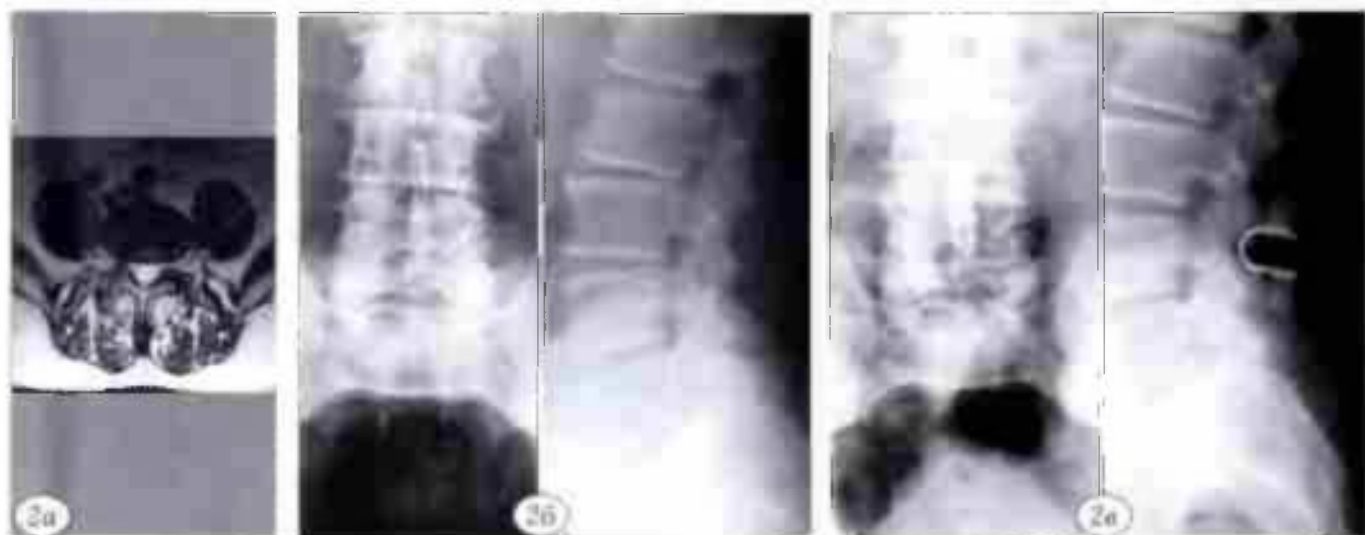


Рис. 2. Латеральный стеноз позвоночного канала у больного 65 лет

а — МРТ на уровне поражения (L3-L4), *б* — рентгенограммы до операции, *в* — рентгенограммы после оперативного вмешательства с использованием межостистого фиксатора Collex

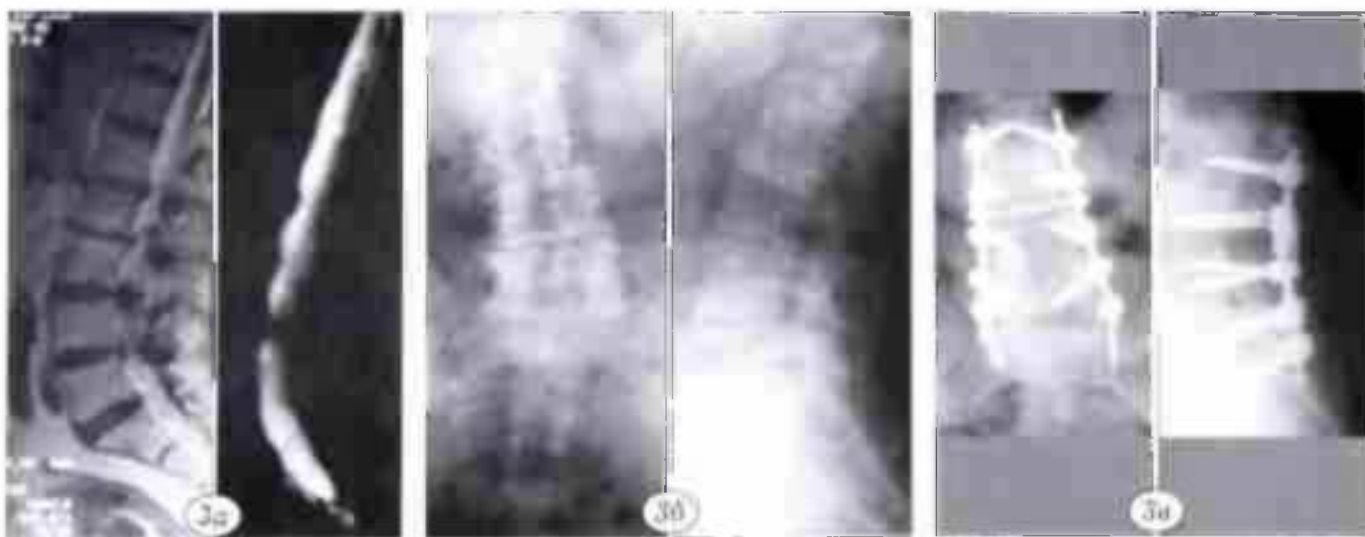


Рис. 3. Дегенеративный сколиоз поясничного отдела позвоночника у больного 81 года

а — МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника в сагиттальной проекции, *б* — рентгенограммы до операции; *в* — рентгенограммы после оперативного вмешательства (ламинэктомия L2-L4, транспедикулярная фиксация L2-S1, инструментальная коррекция)

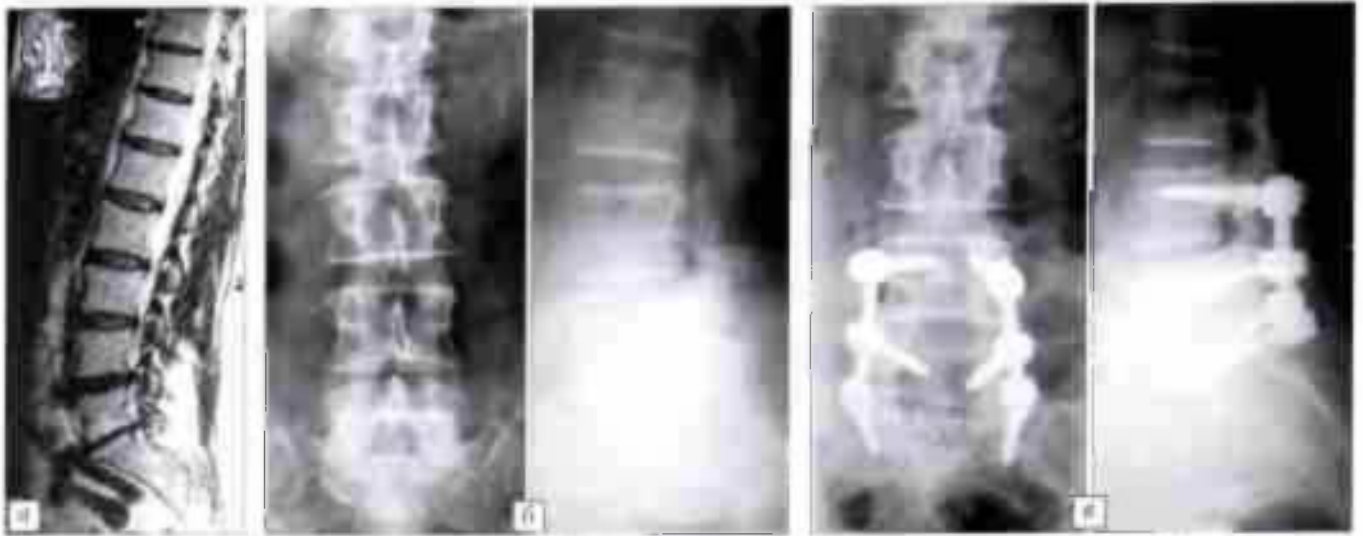


Рис. 4. Грыжа диска на уровне L5-S1 с признаками дегенеративной нестабильности у больной 60 лет.

а — МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника в сагиттальной проекции до операции: на уровне L5-S1 имеются признаки жировой дегенерации тел смежных позвонков на фоне уменьшения высоты межтелового пространства более чем на 50%, б — рентгенограммы до операции, в — рентгенограммы после оперативного вмешательства (ламинэктомия L5-S1, TLIF L5-S1, транспедикулярная фиксация L4-L5-S1).

бильности ИДС (рис. 4) — всего 11 (28%) больным. У 3 (8%) пациентов с грыжей межпозвоночного диска выполнена ламинэктомия с последующей резекцией диска и транспедикулярной фиксацией. Всего во 2-й группе оперативные вмешательства произведены на 92 уровнях (см. табл. 3).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В 1-й группе в 2 (4%) случаях возникли интраоперационные осложнения: перелом остистого отростка при установке межкостистого имплантата и повреждение твердой мозговой оболочки во время флавэктомии вследствие рубцово-спаечного процесса в позвоночном канале. В раннем послеоперационном периоде также в 2 случаях наблюдались общехирургические осложнения в виде поверхностного нагноения послеоперационной раны.

Во 2-й группе в 2 (5%) случаях произошло повреждение твердой мозговой оболочки в связи с выраженным рубцово-спаечным процессом, в 1 (3%) случае имела место некорректная установка транспедикулярного винта. В раннем послеоперационном периоде у 1 (3%) больного отмечалась глубокая инфекция послеоперационной раны с развитием септического состояния и у 1 (3%) пациента — образование ликворной кисты.

Для оценки результатов лечения использовались стандартизованные шкалы — Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) и Oswestry Disability Index (ODI). Тестирование проводилось в предоперационном, раннем послеоперационном периоде (в срок до 3 мес) и позднем послеоперационном периоде (в срок до 36 мес). Полученные результаты представлены в табл. 4 и 5.

Динамика показателей ВАШ и ODI свидетельствовала о значительном уменьшении болевого синдрома и увеличении повседневной активности пациентов в раннем послеоперационном периоде, а также о стойкости достигнутого эффекта.

ОБСУЖДЕНИЕ

До последнего времени в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника у лиц пожилого и старческого возраста ведущее место занимал консервативный метод, что было связано с рядом особенностей пожилых пациентов. Соматическая отягощенность, высокий анестезиологический риск, наличие остеопоротических изменений костной ткани служили препятствием для полноценного хирургического лечения таких больных [1, 6, 12]. В последние десятилетия в свя-

Табл. 4. Динамика показателей ВАШ у оперированных больных (М±σ)

Группа больных	Оцениваемая область	Интенсивность боли по ВАШ, баллы		
		до операции	после операции	
			3 мес	24-36 мес
1-я	Спина	4,91±0,19	1,75±0,09	2,28±0,10
	Нога	6,66±0,13	2,01±0,10	2,76±0,10
2-я	Спина	5,10±0,17	1,68±0,09	2,32±0,14
	Нога	6,91±0,18	2,11±0,11	2,51±0,15

Примечание. Здесь и в табл. 5 различия между показателями до и после операции достоверны ($p < 0,05$).

Табл. 5. Динамика показателей ODI у оперированных больных ($M \pm \sigma$)

Группа больных	ODI, %		
	до операции	после операции	
		1 мес	24–36 мес
1-я	61,67±0,45	22,31±0,02	24,22±0,24
2-я	65,32±0,45	22,52±0,21	23,90±0,24

зи с появлением высокоинформативных методов диагностики, совершенствованием хирургических методик и анестезиологического обеспечения активная тактика в лечении данной категории больных применяется все чаще [7–10, 13, 15]. При этом, несмотря на явные успехи, остается множество нерешенных вопросов. По-прежнему нет единства в выборе вида и объема оперативного вмешательства, разноречивы мнения о целесообразности применения и способе дополнительной фиксации [3, 6, 10, 14]. Частота повторных оперативных вмешательств у рассматриваемой категории больных остается достаточно высокой [9]. В целом же результаты последних исследований доказали эффективность хирургического лечения с применением новых технологий у пожилых пациентов [8, 10, 13–15].

Основными принципами разработанной нами тактики хирургического лечения, базирующейся на предложенном классифицировании дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника, являются полноценная декомпрессия содержимого позвоночного канала и максимально возможная реконструкция ПДС.

В 1-й группе больных, где преобладала одно-векторная компрессия, были использованы щадящие методы декомпрессии и стабилизации. Однонаправленность компрессии давала возможность произвести устранение компримирующего агента, не затрагивая основных опорных структур. Последующее выполнение динамической межкостистой стабилизации приводило к восстановлению нормальных анатомических взаимоотношений в ПДС (устранение инклинации или подвывиха в межпозвонковых суставах, увеличение высоты межпозвонкового пространства и межпозвонкового отверстия, устранение дегенеративной нестабильности). При этом сокращалась продолжительность хирургического вмешательства и уменьшалась интраоперационная травма.

Во 2-й группе больных циркулярная (многонаправленная) компрессия содержимого позвоночного канала возникала вследствие декомпенсации дегенеративного процесса, который проявлялся грубым нарушением анатомии (циркулярный стеноз, дегенеративный сколиоз) и статики (дегенеративная нестабильность, дегенеративный спондилолистез) позвоночного столба. С целью полноценной декомпрессии и воссоздания нормальных анатомических взаимоотношений (внутреннего диаметра позвоночного канала, сагиттального и фронталь-

ного баланса), а также для устранения имеющейся нестабильности и профилактики ятрогенной нестабильности у больных этой группы выполнялись расширенные задние декомпрессионные операции с обязательной ригидной стабилизацией. Во всех случаях производилась ламинэктомия с последующей жесткой стабилизацией сегмента. При наличии дегенеративных деформаций с изменением фронтального и/или сагиттального баланса позвоночного столба осуществлялась инструментальная коррекция. При уменьшении межтелового пространства более чем на 50% от исходной величины производился межтеловой спондилодез. Использовались технологии заднелатерального межтелового спондилодеза (PLIF) с применением инструментария «Medtronic Sofamor Danck» (Interfix) производства США и трансфораминального спондилодеза (TLIF) с использованием инструментария «De Puc» (Leopard), США.

В результате проведенного лечения у пациентов значительно уменьшились болевые ощущения и улучшились показатели повседневной активности. Таким образом, дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения и его объема позволил добиться снижения частоты осложнений и существенно улучшить качество жизни пожилых пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батышева Т.Т., Милаева Н.Г., Шварц Г.Я., Войко А.Н. Остеопороз у больных с дорсопатией: анализ опыта амбулаторного лечения 228 пациентов у неврологов г. Москвы // Лечение нервных болезней — 2004. — N 3 — С. 26–28.
2. Ерискин Б.С. Геронтология и хирургия — проблемы и перспективы // Клин. геронтология. — 2004 — N 2 — С. 3–7.
3. Макиров С.К. Хирургическое лечение структурно-функциональных нарушений при остеохондрозе позвоночника. Дис. — д-ра мед. наук — М., 2006.
4. Маличенко С.В. Постменопаузальный симптомокомплекс: роль кальция и витамина D в развитии, профилактике и лечении клинических проявлений эстрогенного дефицита // Consilium Med. — 2005. — T. 7, N 8 — С. 5–8.
5. Подрушняк Е.И. Возрастные изменения и заболевания опорно-двигательного аппарата человека. — Киев, 1987.
6. Шуваев К.Ю. Поясничная вертеброгенная компрессия в геронтологии (особенности клинических проявлений, тактика обследования, хирургическое лечение): Автореф. дис. — канд. мед. наук. — М., 2005.
7. Ciol M.A., Deyo R.A., Howell E., Kreif S. An assessment of surgery for spinal stenosis: time trends, geographic variations, complications, and reoperations // J. Am. Geriatr. Soc. — 1996. — Vol. 44, N 3. — P. 285–290.
8. Fredman B., Aronson Z., Zohar E. et al. Observations on the safety and efficacy of surgical decompression for lumbar spinal stenosis in geriatric patients // Eur. Spine J. — 2002. — Vol. 11, N 6. — P. 571–574.
9. Jansson K.A., Nüemeth G., Granath F., Blomqvist P. Spinal stenosis re-operation rate in Sweden is 11% at 10 years — a national analysis of 9.664 operations // Eur. Spine J. — 2006. — Vol. 15, N 1. — P. 2–7.
10. Koronessis P., Papazisis Z., Koureas G., Lambiris E. Rigid, semirigid versus dynamic instrumentation for degenerative lumbar spinal stenosis: a correlative ra-

- diological and clinical analysis of short-term results //Spine. — 2004. — Vol. 1, N 29. — P. 735-742
11. Lee C.K., Rauschnig W., Glenn W. Lateral lumbar spinal canal stenosis: classification, pathologic anatomy and surgical decompression //Spine — 1988 — Vol. 13. — P. 313-320.
 12. Reindl R., Steffen T., Cohen L., Aebi M. Elective lumbar spinal decompression in the elderly: is it a high-risk operation? //Can. J. Surg. — 2003. — Vol. 46, N 1. — P. 43-46.
 13. Rosen D.S., O'Toole J.E., Eichholz K.M. et al. Minimally invasive lumbar spinal decompression in the elderly: outcomes of 50 patients aged 75 years and older //Neurosurgery. — 2007. — Vol. 60, N 3. — P. 503-509.
 14. Siddiqui M., Smith F.W., Wardlaw D. One-year results of X Stop interspinous implant for the treatment of lumbar spinal stenosis //Spine — 2007. — Vol. 20, N 32. — P. 1345-1348.
 15. Verhoof O.J., Bron J.L., Wapstra F.H., van Royen B.J. High failure rate of the interspinous distraction device (X-Stop) for the treatment of lumbar spinal stenosis caused by degenerative spondylolisthesis //Eur. Spine J. — 2008. — Vol. 17, N 2. — P. 188-192.

Сведения об авторах: Кавалерский Г.М. — профессор, доктор мед. наук, зав. кафедрой травматологии, ортопедии и хирургии катастроф ММА им. И.М. Сеченова; Макиров С.К. — доктор мед. наук, профессор той же кафедры; Чешский А.Д. — доктор мед. наук, профессор той же кафедры; Боев М.В. — канд. мед. наук, доцент той же кафедры, зав. 1-м нейрохирургическим отделением ГКБ № 19; Черепанов В.Г. — канд. мед. наук, ассистент той же кафедры; Терновой К.С. — канд. мед. наук, старший науч. сотр. той же кафедры; Лисицкий И.Ю. — канд. мед. наук, врач-нейрохирург 1-го нейрохирургического отделения ГКБ № 19; Амин Ф.И. — канд. мед. наук, врач-нейрохирург того же отделения; Коркунов А.Л. — аспирант кафедры травматологии, ортопедии и хирургии катастроф ММА им. И.М. Сеченова; Сергеев О.А. — клинический ординатор той же кафедры
Для контактов: Коркунов А.Л. 142400, Московская область, г. Ногинск, ул. Свободная, дом 17. Тел.: (8) 926-278-31-59. E-mail: alekskorkunov@yandex.ru

© Коллектив авторов. 2009

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ

А.И. Проценко, А.Н. Каранадзе, Г.Г. Гордеев, Ш.К. Фазилов, В.К. Никурадзе

ГОУ «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова»,
Апиджапанский государственный медицинский институт

Представлен опыт лечения 32 больных с патологическими переломами тел шейных позвонков. Перелому предшествовала деструкция позвонков, обусловленная метастазированием опухолей (18 больных), неспецифическим спондилитом (12), фиброзно-кистозной дисплазией (2). Механизмом травмы во всех случаях было резкое сгибание шеи, в том числе у 2 больных во время сеанса мануальной терапии. Клинически перелом проявлялся миелопатией разной степени выраженности, резким локальным и корешковым болевым синдромом. Всем больным выполнена операция замещения разрушенного тела позвонка углеродным имплантатом с коллапанопластикой. Болевой синдром купирован у всех пациентов, полный регресс миелопатии достигнут у 27 больных, частичный — у 5. Костно-углеродный блок сформировался во всех случаях, средняя продолжительность его образования составила 10 нед.

Ключевые слова: шейные позвонки, патологический перелом, хирургическое лечение, углеродный имплантат, коллапанопластика.

Surgical Treatment of Pathologic Cervical Vertebrae Fractures

A.I. Protsenko, A.N. Karanadze, G.G. Gordeev, Sh.K. Fazilov, V.K. Nikuradze

Experience in treatment of 32 patients with pathologic fractures of cervical vertebrae is presented. The fracture was preceded with vertebrae destruction caused by tumor metastatic spreading (18 patients), nonspecific spondylitis (12) and fibrocystic dysplasia (2). In all cases the injury resulted from sharp bending of the neck including 2 patients in whom the fracture developed during manual manipulation. Clinically the fracture was manifested by myelopathy of various degrees, pronounced local or radicular pain syndrome. In all patients substitution of the destroyed vertebral body by the carbonic graft with collapanoplasty was performed. Pain syndrome was arrested in all patients; complete regress of myelopathy was achieved in 27 patients, the partial one in 5 patients. Osteocarbonic block was formed in all cases, average duration of its formation made up 10 weeks.

Key words: cervical vertebrae, pathologic fracture, surgical treatment, carbonic graft, collapanoplasty.

Патологический перелом тел позвонков относится к редким, но достаточно тяжелым видам по-

вреждений шейного отдела позвоночника [5, 6, 9]. Перелому предшествует деструкция костной тка-