

© Коллектив авторов, 1996

Х.А. Мусалатов, А.Г. Аганесов,
М.Н. Елизаров, Н.Е. Хорева

ОССИФИКАЦИЯ ЗАДНЕЙ ПРОДОЛЬНОЙ СВЯЗКИ И ЕЕ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ КОРЕШКОВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

На основе анализа результатов хирургического лечения 222 больных остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, осложненным корешковым синдромом, показано, что длительное консервативное лечение, включающее физиотерапию, вытяжение, мануальную терапию, при наличии объективно установленной компрессии корешков усугубляет состояние больных за счет стимуляции пролиферативных процессов в позвоночном канале. Своевременное оперативное лечение позволяет избежать осложнений основного заболевания, снизить срок нетрудоспособности и вернуть больного к обычной жизни и труду с минимальными экономическими и временными затратами.

Целью предлагаемой работы явился анализ результатов оперативных вмешательств у 222 больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, осложненным корешковым синдромом в результате грыжи межпозвонкового диска.

При обследовании больных особое внимание обращалось на срок возникновения корешкового синдрома, проведенное консервативное лечение, его продолжительность и интенсивность. Общеизвестно, что показанием к операции служит безуспешность консервативного лечения, однако в вопросе о том, насколько длительной должна быть консервативная терапия, мнения авторов расходятся. Одни утверждают, что оперировать необходимо при отсутствии эффекта от 2-недельного курса комплексного лечения [1, 2], другие увеличивают этот срок до нескольких месяцев [3].

Большинство (54%) пациентов обратились к нам через 6 мес после появления болей в ноге, у 16% корешковый синдром появился 3 мес, у 8% — 1 мес назад, у 22% больных боли в ноге и другие проявления корешкового синдрома имелись 1—3 года. В последней группе больных проводилось длительное и интенсивное консервативное лечение, включавшее физиотерапевтические воздействия, витаминотера-

пию, грязелечение, различные ванны, рефлексотерапию, длительные курсы массажа и др.

Возраст больных, обратившихся к нам, составлял от 24 до 48 лет. Мужчин было 57,3%, женщин — 42,7%. Всех пациентов беспокоили боли в ноге, 88% жаловались на боли в поясничной области. Чувствительность была изменена у 90% больных, болезненность при пальпации остистых отростков выявлялась у 94%, слабость нижних конечностей — у 33,3%, двигательные нарушения (изолированные парезы отдельных мышц) — у 8,9%. Снижение коленного рефлекса отмечено у 30,3% больных, его отсутствие — у 6,7%, снижение ахиллова рефлекса — у 7,8%, отсутствие — у 9%. Симптомы натяжения корешков выявлялись у всех больных, трофические нарушения — у 32,5%, атрофия мышц бедер и голеней обнаружена у 13,5%, вегетативные нарушения — у 39,3%, статика и биомеханика позвоночника были нарушены у всех пациентов (см. таблицу).

Курс консервативной терапии проходили все больные, из них 154 (69,3%) в поликлинике, а затем в стационаре и 68 (30,7%) — амбулаторно. При этом 32,8% больных было проведено до 8—12 курсов консервативного лечения,

Клиническая картина остеохондроза поясничного отдела позвоночника

Симптомы	Уровень L4-L6 (n=111)		Уровень L5-S1 (n=111)	
	количество больных			
	абс.	%	абс.	%
Корешковая болезнь	111	100	111	100
Лямбалгия	111	100	85	76,58
Снижение мышечной силы	44	39,64	30	27,03
Гипотрофия мышц	12	10,81	18	16,22
Гипорефлексия	44	39,64	37	33,33
Арефлексия	20	18,02	15	13,51
Гипестезия	80	72,07	95	85,59
Гиперестезия	—	—	3	2,70
Анестезия	10	9,01	15	13,51
Парестезия	35	31,53	20	18,02
Трофические нарушения	35	31,53	37	33,33
Симптомы натяжения корешков	111	100	111	100
Вегетативные и вазомоторные нарушения	62	55,86	25	22,52
Нарушение статики и биомеханики позвоночника	111	100	111	100

включавших различные тепловые процедуры, иглорефлексотерапию, тракционные методы. Большинство этих больных отмечали низкую эффективность лечения, причем периоды ремиссии от курса к курсу укорачивались. У 30,3% больных ремиссия длилась 3—6 мес, у 33,7% консервативная терапия не дала эффекта, 10% отмечали кратковременное улучшение, у 3,4% больных после сеанса мануальной терапии впервые появился или усилился корешковый синдром.

В обследовании больных в обязательном порядке включалась компьютерная или магнитно-резонансная томография. В 32,8% случаев на томограммах определялись разной степени выраженности признаки оссификации задней продольной связки, деформированной грыжей межпозвонкового диска.

Всем больным с корешковым синдромом произведена микрохирургическая дискэктомия по методике W. Caspar [4]. Показанием к оперативному лечению служило сочетание корешкового синдрома, инвалидизирующего больного, с визуализированной томографически грыжей межпозвонкового диска.

Операцию выполняли в коленно-локтевом положении больного. Разрезом длиной 3 см обнажали и резецировали желтую связку. После коагуляции вен эпидуральной клетчатки, обнажения задней продольной связки и фиброзного кольца в диск вводили кольцевидную кюретку и вращательными движениями производили его разрушение. Введением кюреток с изогнутой под разными углами рабочей частью завершали разрушение диска. Фрагменты его удаляли специальными захватами с также изогнутыми под разными углами «губками». Количество удаленного вещества составляло приблизительно 3—4 см³. По окончании дискэктомии к междуvertebral промежутку подводили дренаж, ушивали фасцию, кожу.

У 32,8% больных после резекции желтой связки и мобилизации дурального мешка были обнаружены оссифицированная задняя продольная связка над выпавшим в позвоночный канал фрагментом диска или оссификация по типу экзостозов в виде «разводного моста» над межпозвонковым промежутком и грыжей диска. Все эти больные до операции получали длительные курсы консервативной терапии. У 7 из них оссификация была столь значительной, что было невозможно проникнуть в меж-

позвоночный промежуток без использования специальных штихелей и фрез. У 2 больных микродискэктомию пришлось прервать и, расширив оперативный доступ, преобразовать ее в ламинэктомию.

Вставать больным разрешали на 2-е сутки без корсета, но так, чтобы не нагружать поясничный отдел позвоночника (больной переворачивался на живот и вставал, опираясь на руки).

В ближайшем послеоперационном периоде боли в спине исчезли у 150 (67,57%) больных, корешковые боли — у 180 (81,08%), чувствительность восстановилась у 167 (75,23%), мышечная сила — у 178 (80,18%), ортопедическая коррекция позвоночника достигнута у 211 (95,05%).

Отдаленные результаты оперативного лечения оценивали в срок до 2 лет. Основное внимание обращали на отсутствие корешкового синдрома и возвращение больного к нормальному образу жизни. 88,6% больных вернулись к прежней работе на 7-й неделе после операции, 11,2% — на 9-й неделе. Боли в спине исчезли у 208 (93,69%) оперированных, корешковые боли — у 222 (100%), чувствительность восстановилась у 211 (95,05%), мышечная сила — у 222 (100%), ортопедическая коррекция позвоночника произошла также у всех больных.

Приводим клинический пример.

Б о л ь н о й Т., 29 лет, обратился к нам с жалобами на ноющие боли в пояснице, иррадиирующие в правую ногу, чувство онемения в правой стопе. Впервые ноющие боли в пояснице появились 4 года назад, после поднятия тяжестей. К врачу не обращался. Боли в ноге после тяжелой физической нагрузки стали беспокоить в последние 6 мес. Больному был назначен курс консервативного лечения (физиотерапия, массаж), после чего боли утихли. Однако ремиссия была нестойкой. Последующие несколько курсов консервативного лечения эффекта не дали.

При осмотре отмечались выраженный правосторонний анталгический сколиоз, хромота на правую ногу. В неврологическом статусе: гипестезия по задненаружной поверхности бедра и голени, отсутствие ахиллова рефлекса справа, положительные симптомы натяжения с той же стороны. Боли локализовались на задней поверхности бедра и голени. На компьютерной томограмме выявлены латеральная грыжа диска L5—S1 с компрессией корешка S1 справа, оссификация задней продольной связки.

Во время операции — микрохирургической дискэктомии — обнаружена и удалена большая

грыжа межпозвоночного диска, сдавливавшая корешок S1 справа, резецирована оссифицированная задняя продольная связка.

Послеоперационный период протекал без особенностей, на 2-й день больной начал ходить. Боли регрессировали сразу, чувствительность восстановилась на 2-й неделе. К работе приступил на 7-й неделе. При осмотре: деформации поясничного отдела позвоночника нет, походка свободная; симптом Ласега отрицательный, сухожильные рефлексy нижних конечностей симметричны. Исход: выздоровление. Повторно осмотрен через 2 года: жалоб нет.

Анализ данных анамнеза, методов лечения больных до операции, результатов обследования и операционных находок позволяет сделать следующие выводы. Длительное и интенсивное консервативное лечение при наличии грыжи межпозвоночного диска, визуализированной при компьютерной или магнитно-резонансной томографии, по нашим наблюдениям, дает незначительный положительный эффект, но при этом стимулирует регенеративные процессы в организме, тем самым способствуя оссификации задней продольной связки и усилению компрессии корешков. Оттягивание операции в этих случаях вредит больному, усугубляет его страдания, усложняет саму операцию и приводит к худшим результатам оперативного лечения. Поэтому мы считаем, что при наличии корешкового синдрома, подтвержденного компьютерной или магнитно-резонансной томографией, показано раннее оперативное лечение, которое в минимальные сроки и с меньшими потерями вернет больного к нормальной жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мовшович И.А. //Ортопед травматол. — 1970. — № 6. — С. 44—49.
2. Мусалатов Х.А., Силин Л.Л., Аганесов А.Г. и др. //Республиканская конференция травматологов-ортопедов, 2-я: Тезисы. — Ялта, 1993.
3. Попелянский Я.Ю. //Труды Казанского государственного медицинского института. — Казань, 1981. — Т. 57. — С. 6—12.
4. Faubert C., Caspar W. //Neuroradiol. — 1991. — Vol. 33. — P. 407—410.

OSSIFICATION OF POSTERIOR LONGITUDINAL LIGAMENT: ITS ROLE IN THE DEVELOPMENT OF NERVE ROOT SYNDROME IN LUMBER OSTEOCHONDROSIS

H.A. Musalатов, A.G. Aganesov, M.N. Elizarov, N.E. Khoreva

The results of surgical treatment of 222 patients with lumbar osteochondrosis complicated by nerve root syn-

drome with proved nerve compression show that prolonged conservative treatment including physiotherapy, distraction, manual therapy aggravates the patient's condition due to stimulation of the proliferative processes in spinal canal. Timely surgical treatment allows to prevent the complications, decrease the disability duration and to return the patient to everyday life and work with minimum economic and time costs.

© В.А. Моиссенко, 1996

В.А. Моиссенко

БИОМЕХАНИКА ВЕРХНЕШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМом ЗУБОВИДНОГО ОТРОСТКА

Пензенский институт усовершенствования врачей

На основе анализа биомеханических особенностей верхнешейного отдела позвоночника, с учетом ориентации плоскости перелома зубовидного отростка С2, определяемой механизмом травмы, разработаны показания к консервативному лечению и лечению предложенным методом биполярной гало-тракции. При переломах зубовидного отростка без смещения, а также при разгибательных переломах со смещением в пределах 1/3 поперечника возможно успешное консервативное лечение с помощью гипсовой торакокраниальной повязки. В остальных случаях рекомендуется применение биполярной гало-тракции. В работе использован опыт лечения 32 больных.

Переломы зубовидного отростка С2 составляют, по нашим данным, 16,2% всех повреждений шейного отдела позвоночника [3], но по тяжести исходов занимают одно из первых мест. При консервативном лечении сроки консолидации варьируют от 4 до 18 мес [6]. Нередко в месте перелома зубовидного отростка формируется ложный сустав, поэтому ряд авторов считают показанным оперативный метод лечения [4]. Существенные различия в сроках реабилитации побудили нас проанализировать причины неблагоприятных исходов и на основе полученных данных попытаться усовершенствовать методы лечения этой тяжелой категории пострадавших.

Целью работы было изучить, какое значение имеет характер образующейся плоскости излома для выбора рационального метода лечения и для сроков консолидации переломов зубовидного отростка. Немаловажным нам представлялось исследование определенных биомеханических закономерностей взаимоотноше-