

СОЧЕТАННАЯ МЕТАЛЛО-АУТОКОСТНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Сабыралиев М.К.

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Дегенеративные поражения позвоночника в структуре неврологической заболеваемости достигает 52%, из них 81% локализируются в пояснично-крестцовом отделе. Исследуемую группу составили 41 пациент, оперированных в период с 2005 по 2014 годы. Среди них 21 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 18 до 75 лет, средний возраст составил 38 лет.

Ключевые слова: остеохондроз, оперативное лечение, передний корпородез.

ТЕМИР ЖАНА СӨӨК КОШУЛГАН БЕЛ ОСТЕОХОНДРОЗУНУН ОПЕРАЦИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛАНГАН ПЛАСТИКАСЫ

Сабыралиев М. К.

Бишкек шаарынын травматологиялык жана ортопедиялык илим-изилдөө борбору
Бишкек, кыргыз Республикасы

Корутунду. Дегенерацияланып бузулган арка омурткалары неврология дарттарынын ичинен 52 % жетет, анын ичинен 81% бел омуркасына тиешелүү. 2005 жылдан 2015 жылга чейинки операция болгондордун ичинен изилдөө топко 41 бейтап киргизилген. Анын арасынан 21 эркек жана 20 аял. Жашы 18-ден 75 жаш курагындагылар, орто жашы 38 түздү.

Негизги сөздөр: остеохондроз, оперативдүү дарылоо, алдынкы корпородез.

COMBINED METAL-AUTOPLASTY IN SURGICAL TREATMENT OF LUMBAR DEGENERATIVE DISC DISEASE

Sabyraliev M.K.

Bishkek Research Center of Traumatology and Orthopedics
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Degenerative diseases of the spine in the structure of the neurological disease is 52%, of which 81% are located in the lumbosacral region. The study group included 41 patients who were operated in the period from 2005 to 2014. Among them, 21 men and 20 women, aged 18 to 75 years old, the average age was 38 years.

Key words: low back pain, surgery, front corporodesis.

Введение.

Доля дегенеративных поражений позвоночника в структуре неврологической заболеваемости достигает 52%, из них 81% локализируются в пояснично-крестцовом отделе. [1,5].

В лечении поясничного остеохондроза (хронической боли в спине) на современном этапе отмечен значительный рост оперативной активности, объясняемый обычно появлением точных методов диагностики и разработкой новых оперативных технологий. Однако в результате увеличилось и число пациентов с неудовлетворительным исходом оперативного лечения в виде сохранения болевого синдрома, несмотря на отсутствие предполагаемого морфологического субстрата боли. Рецидивы боли в спине после хирургического лечения отмечаются у 5–38 % пациентов [8,18].

После задних декомпрессивных вмешательств нестабильность в оперированных позвоночно-двигательных сегментах может выявляться у трети больных [5,6,7]. По данным Mullin et al. [13], частота ятрогенной постламинэктомической нестабильности достигает 53 %, поэтому большое распространение получила дорсальная декомпрессия корешка в сочетании с транспедикулярной фиксацией и задним межтеловым спондилодезом. Вместе с тем общие осложнения даже после этих операций достигают почти 20 % [2, 10, 11, 16]. Могут наблюдаться такие нежелательные последствия, как неврологический дефицит, связанный с тракцией невралных структур во время декомпрессии и с эпидуральным фиброзом, прогрессирующее дистрофических процессов в

вышележащих позвоночно-двигательных сегментах, несостоятельность фиксирующих конструкций [2,3, 9, 12, 15, 14, 16]. С целью уменьшения указанных последствий мы разработали и применяем вентральные декомпрессивно-стабилизирующие операции: переднюю дискэктомию и межтеловой спондилодез аутокостью с дополнительной винтовой фиксацией

Материалы и методы.

Исследуемую группу составили 41 пациент, оперированных в период с 2005 по 2014 годы в отделении патологии позвоночника Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии ортопедии. Среди них 21 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 18 до 75 лет, средний возраст составил 38 лет. До поступления к нам в клинику пациенты получали консервативную терапию в поликлинике по месту жительства 23 (56%), у частных врачей и костоправов 12 (29,3%) пациентов и 6 больных занимались самолечением. Показаниями к хирургическому вмешательству явились - грыжи межпозвоночных дисков с сопутствующими элементами нестабильности позвоночно-двигательного сегмента, анте- и ретролистезы. Длительность болевого синдрома до обращения к нам в клинику составлял в среднем 5,5 дней. Диагностическими критериями являлись данные МРТ, КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, обзорные и функциональные рентгенограммы, клинико-неврологические данные.

Способ осуществляется следующим образом. После предоперационной обработки операционного поля под общей или эпидуральной анестезией, производится

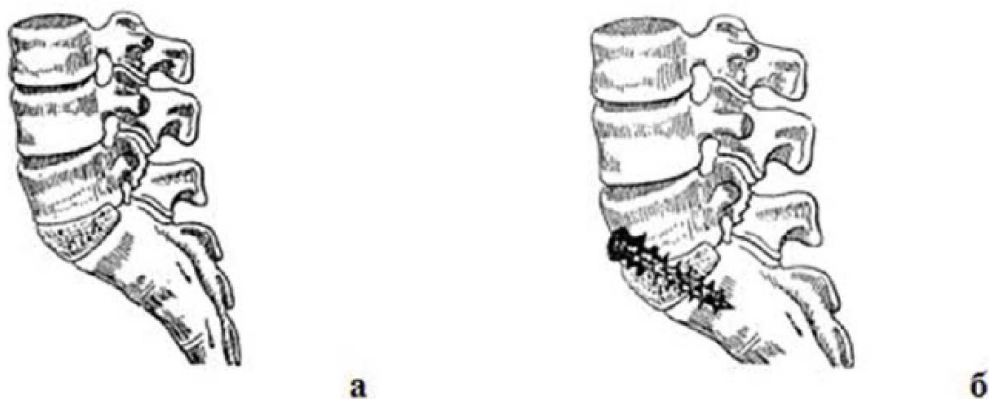


Рис 1. а- установка аутокости в межпозвонковое пространство; б- дополнительная фиксация спонгиозным винтом.



Рис 2: Больная А. 45 лет контрольный осмотр через 6 месяцев

левосторонний внебрюшинный доступ к телам позвонков строго избирательно над очагом дегенеративного поражения. Послойно не рассекая, а раздвигая между мышечными волокнами, обнажаются и скелетируются поверхности тел позвонков и межпозвонковых дисков. «Н»-образно рассекается фиброзное кольцо и края легируются и разводятся в стороны ограничивая тем самым зону оперативного действия от сосудистого пучка. Затем удаляются остатки пульпозного ядра, грыжи диска и гиалиновые пластинки. Из крыла подвздошной кости с этого разреза проводится забор аутогранулята из крыла подвздошной кости, который впоследствии устанавливается в межпозвонковое пространство (рис.1-а). Через вышележащий позвонок сквозь установленный аутогранулят дополнительно фиксируется спонгиозными винтами к телу нижележащего позвонка, это если пораженный диск L5-S1 (рис.1-б). При стабилизации вышележащих позвонков аутокость укладывают в сформированные заранее в телах позвонков пазы и затем аутогранулят, фиксируется спонгиозными винтами к телам позвонков. Далее устанавливают дренаж, накладывают послойные швы на рану и асептическая повязка.

Винтовая фиксация при переднем корпоротомии с аутогранулятом позволяет надежно фиксировать аутокость и сочленяемые позвонки и тем самым исключает послеоперационную нестабильность и миграцию

аутогранулята из установленного ложа.

Пример.

Больная А. 45 лет, поступила в отделение патологии позвоночника БНИЦ ТО с диагнозом: Спондилолистез L5 II степени. Грыжа диска L5-S1 позвонков с правосторонним корешковым синдромом.

Операцию проводили вышеописанным способом под эпидуральной анестезией в положении больного на правом боку. Осуществили внебрюшинный левосторонний доступ к очагу поражения «Н»-образно рассекают фиброзное кольцо без нарушения целостности передней продольной связки. Фиброзное кольцо мобилизовали в разные стороны, удаляли остатки межпозвонкового диска, пульпозного ядра и гиалиновых пластинок тел сочленяемых позвонков, после чего был произведен забор аутогранулятов из крыла подвздошной кости и укладку их между сочленяемыми позвонками. Через вышележащий L5 позвонок сквозь установленный аутогранулят дополнительно фиксирован спонгиозными винтами к телу нижележащего S1 позвонка, далее установлен дренаж и послойно восстановлены края послеоперационной раны, асептическая повязка.

Контрольный осмотр осуществлен через 6 месяцев, движения позвоночника в полном объеме, болевого и корешкового синдрома не отмечалось, рентгенологически определяется формирующийся костный блок, признаков миграции или нестабильности винтового фиксатора и

аутокости не определяется

Выводы: Сочетание при переднем корпородезе аутоотрансплантата и дополнительной фиксацией спонгиозными винтами соединяющий сочленяемые позвонки, позволяет избирательно повысить эффективность спондилодеза, патогенетически воздействуя на очаг дегенеративного поражения, достигая при этом более тесного соприкосновения аутокости с позвонками, а также полностью исключается возможность возникновения послеоперационной нестабильности и миграции установленных аутоотрансплантатов.

Литература:

1. Берснев В.П., Давыдов Е.А., Кондаков Е.Н. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов. Спб., 1998.
2. Радченко В.А. Алгоритмы выбора оптимального оперативного вмешательства при различных клинических вариантах поясничного остеохондроза // Вертебрология – проблемы, поиски, решения: Тез. докл. науч.-практ. конф. М., 1998. С. 151–152.
3. Руцкий А.В., Шанько Г.Г. Нейроортопедические и ортопедоневрологические синдромы у детей и подростков. Минск, 1998.
4. Шустин В.А., Парфенов В.Е., Топтыгин С.В. и др. Диагностика и хирургическое лечение неврологических осложнений поясничного остеохондроза. СПб. 2006.
5. Abumi K, Panjabi MM, Kramer KM, et al. Biomechanical evaluation of lumbar spinal stability after graded facetectomies. *Spine*. 1990;15:1142–1147.
6. Boden SD, Martin C, Rudolph R, et al. Increase of motion between lumbar vertebrae after excision of the capsule and cartilage of the facets. A cadaver study. *J Bone Joint Surg Am*. 1994;76:1847–1853.
7. Corneffjord M, Byrod G, Brisby H, et al. A longterm (4- to 12-year) follow-up study of surgical treatment of lumbar spinal stenosis. *Eur Spine J*. 2000;9: 563–570.
8. Carragee EJ, Han MY, Suen PW, et al. Clinical outcomes after lumbar discectomy for sciatica: the effects of fragment type and anular competence. *J Bone Joint Surg Am*. 2003; 85: 102–108.
9. Davis RA. A long-term outcome analysis of 984 surgically treated herniated lumbar discs. *J Neurosurg*. 1994;80:415–421
10. Franklin GM, Haug J, Heyer NJ, et al. Outcome of lumbar fusion in Washington State worker's compensation. *Spine*. 1994;19:1897–1904.
11. Katz JN, Lipson SJ, Lew RA, et al. Lumbar laminectomy alone or with instrumented or noninstrumented arthrodesis in degenerative lumbar spinal stenosis. Patient selection, costs, and surgical outcomes. *Spine*. 1997;22:1123–1131.
12. Kleinstueck FS, Diederich CJ, Nau WH, et al. Acute biomechanical and histological effects of intradiscal electrothermal therapy on human lumbar discs. *Spine*. 2001;26:2198–2207.
13. Mullin BB, Rea GL, Irsik R, et al. The effect of postlaminectomy spinal instability on the outcome of lumbar spinal stenosis patients. *J Spinal Disord*. 1996;9:107–116.
14. Postacchini F, Cinotti G, Perugia D, et al. The surgical treatment of central lumbar stenosis. Multiple laminotomy compared with total laminectomy. *J Bone Joint Surg Br*. 1993;75:386–392
15. Pintar FA, Cusick JF, Yoganandan N, et al. The biomechanics of lumbar facetectomy under compression-flexion. *Spine*. 1992;17:804–810.
16. Vaccaro AR, Ball ST. Indications for instrumentation in degenerative lumbar spinal disorders. *Orthopedics*. 2000;23:260–271.
17. Yanase M, Sakou T, Taketomi E, et al. Transpedicular fixation of the lumbar and lumbosacral spine with screws. Application of the Diapason system. *Paraplegia*. 1995;33:216–218.
18. Saruhashi Y, Omura K, Miyamoto K, et al. A migrated lumbar disc herniation simulating a dumbbell tumor. *J Spinal Disord*. 1999; 12: 307–309.