

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ

Назаров С.П.¹, Пардаев С.Н.², Тилияков Х.А.³

¹Назаров Сарбоз Парда угли - студент магистратуры;

²Пардаев Саидкосим Норкулович - кандидат медицинских наук, доцент;

³Тилияков Хасан Азизович – ассистент,
кафедра травматологии и ортопедии,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: целью настоящей работы является выбор оптимального метода оперативного лечения поясничного спондилолистеза. Под нашим наблюдением находилось 38 больных со спондилолистезом поясничных позвонков. Выполнены следующие методы оперативного лечения: 1) Передняя межтеловая стабилизирующая операция костным трансплантатом из забрюшинного доступа - 14 больным; 2) Передняя декомпримирующе-стабилизирующая операция из забрюшинного доступа - 5 больным; 3) Двухэтапные (передне-задние) декомпрессирующе-стабилизирующие операции - 8 больным; 4) Задняя декомпримирующе-стабилизирующая операция (репозиция и транспедикулярная фиксация) - 11 больным. У большинства пациентов (92%) в отдаленном периоде получены положительные результаты. Число неудовлетворительных результатов составило 8%. Анализ показал, что у всех пациентов плохой результат лечения был связан либо с техническими, либо с тактическими ошибками.
Ключевые слова: спондилолистез, спондилолиз, транспедикулярная фиксация.

Актуальность. Спондилолистез наблюдается у 3-4% населения и в 8-10% случаев служит причиной пояснично-крестцовых болей (1,2). Причиной спондилолистеза могут быть дегенеративные изменения межпозвонкового диска и суставов позвонков (дегенеративный спондилолистез) или наличие какого-либо дефекта в суставах, обычно соединяющих вместе позвонки. Этот дефект может быть врожденным, т.е. на почве спондилолиза (истинный спондилолистез) или развиться в результате полученной травмы (посттравматический спондилолистез). Спондилолистез поясничных позвонков является одной из наиболее тяжелых форм патологии позвоночника [3, 4]. Целью настоящей работы является выбор оптимального метода оперативного лечения поясничного спондилолистеза.

Целью данного исследования является анализ результатов хирургического лечения больных которых применялось методы переднего и заднего спондилодеза с транспедикулярной фиксацией направленные на устранения болевого синдрома, восстановления анатомических взаимоотношений и стабилизация пояснично крестцового отдела позвоночника.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 38 больных со спондилолистезом поясничных позвонков. Локализация: L5-S1 - у 18 больных, L4-L5 - у 12 больных, L3-L4 - у 8 больных. У восьми больных спондилолистез имел место на двух уровнях - L4-L5 и L5-S1. Истинный спондилолистез (на почве спондилолиза) имелся у 25 больного, дегенеративный спондилолистез - у 9 больных, и посттравматический - у 4-х больных. Все больные подвергались клиническому (ортопедо-неврологическому) обследованию, обзорной и функциональной рентгенографии, КТ и МРТ-исследованию. Больным выполнены следующие методы оперативного лечения: 1) Передняя межтеловая стабилизирующая операция костным трансплантатом из забрюшинного доступа - 14 больным; 2) Передняя декомпримирующе-стабилизирующая операция из забрюшинного доступа - 5 больным; 3) Двухэтапные (передне-задние) декомпрессирующе-стабилизирующие операции - 8 больным; 4) Задняя декомпримирующе-стабилизирующая операция с транспедикулярной фиксацией – 11 больным. При передней стабилизирующей операции выполнялся правосторонний забрюшинный доступ к телам поясничных позвонков, производилась дискэктомия и между телами позвонков туго устанавливался костный аутотрансплантат. В случаях смещения III - IV степени, производился чрезтеловой спондилодез по Коржу.

Передняя декомпримирующе-стабилизирующая операция заключалась в том, что из забрюшинного доступа удалялось тело нижележащего позвонка до твердой мозговой оболочки (т.е. производилась декомпрессия нервно-сосудистых структур) с последующим межтеловым спондилодезом аутокостью или каким-либо имплантатом (в т.ч. пористым никелид-титаном).

Двухэтапные декомпрессирующе-стабилизирующие операции заключались в том, что через 3 - 36 месяцев после переднего межтелового спондилодеза, производилось удаление задне-верхних отделов тела нижележащего позвонка из заднего доступа.

Задние декомпримирующе-стабилизирующие операции заключались в одномоментной декомпрессии и межтеловой стабилизации задним доступом. При передней стабилизирующей операции выполнялся правосторонний забрюшинный доступ к телам поясничных позвонков, производилась дискэктомия и

между телами позвонков туго устанавливался костный аутотрансплантат. В случаях смещения III - IV степени, производился чрезтеловой спондилодез по Коржу. Передняя декомпрессирующе-стабилизирующая операция заключалась в том, что из забрюшинного доступа удалялось тело нижележащего позвонка до твердой мозговой оболочки (т.е. производилась декомпрессия) с последующим межтеловым спондилодезом аутокостью или каким-либо имплантатом (в т.ч. пористым никелид-титаном).

Двухэтапные декомпрессирующе-стабилизирующие операции заключались в том, что через 3 - 36 месяцев после переднего межтелового спондилодеза, из заднего доступа производилось удаление задне-верхних отделов тела нижележащего позвонка из позвоночного канала. Задние декомпрессирующе-стабилизирующие операции заключались в одномоментной декомпрессии (репозиции тела смещенного позвонка) и транспедикулярной стабилизации конструкциями "Chm".

Результаты и обсуждения. Анализ результатов хирургического лечения проводился в различные сроки послеоперационного периода: ранние (до 3 месяцев), ближайшие (до 6 месяцев) и отдаленные (1 год и более). Сравнительную оценку эффективности способов открытого вправления позвонков проводили по результатам рентгенологического исследования непосредственно после операции. Оценка эффективности «первичной» фиксации – в раннем и ближайшем, а «вторичной» стабилизации в отдаленном послеоперационном периоде с учетом сроков перестройки трансплантатов и образования костного блока между позвонками. В этих же периодах оценивалась динамика регресса ортопедической и неврологической симптоматики, социальная реабилитация больных, проводились клинкорентгенологические сопоставления, анализировались причины ошибок и осложнений. Рентгенологические признаки перестройки трансплантата при межтеловом спондилодезе проявлялись уже к 3 месяцу, образуя к 6 месяцу фиброзную спайку и костный блок к 11,5 годам. Анализ клинических результатов оперативного лечения спондилолистеза показал, что у большинства пациентов (92%) в отдаленном периоде получены положительные результаты. Изучение динамики восстановления неврологических нарушений свидетельствует о том, что наилучшие результаты отмечены у больных, которым производилась не только стабилизация, но и целенаправленная декомпрессия нервных структур позвоночного канала. Ортопедические проявления в отдаленном периоде характеризовались ограничением объема движений в поясничном отделе, связанным, главным образом, с внутренней стабилизацией позвоночника и развитием костного блока. Число неудовлетворительных результатов в отдаленном периоде составило 8%. Анализ показал, что у всех пациентов плохой результат лечения был связан либо с техническими, либо с тактическими ошибками. Из этого следует, что выработка правильных показаний к оперативным вмешательствам и их безошибочное исполнение может снизить до минимума число неудовлетворительных исходов, улучшив тем самым результаты хирургического лечения больных со спондилолистезом. Из осложнений встречались: задержка мочеиспускания, временное нарастание корешковой симптоматики и нагноение операционной раны (1 больной). В отдаленном послеоперационном периоде основные осложнения были связаны с прогрессированием, либо развитием дегенеративно-дистрофических процессов в вышележащих сегментах позвоночника. Результаты хирургического лечения спондилолистеза, несмотря на большие успехи, достигнутые отечественной и зарубежной медициной, даже по материалам ведущих клиник, оказываются положительными только у 80-85% больных.

Характер выполняемой операции и результат лечения, несомненно, зависят от локализации, степени выраженности и распространенности патологических изменений в позвоночнике, характера их взаимоотношения с нервными образованиями этой области. Дифференцированное применение различных методов оперативного лечения спондилолистеза с учетом типа и стадии заболевания позволяет существенно повысить эффективность хирургического лечения. Из этого следует, что выработка правильных показаний к оперативным вмешательствам и их безошибочное исполнение может снизить до минимума число неудовлетворительных исходов, улучшив тем самым результаты хирургического лечения больных со спондилолистезом.

В настоящее время не подлежит сомнению, что операциями выбора при спондилолистезе являются декомпрессирующе-стабилизирующие операции, направленные на устранение причин, вызывающих неврологическую симптоматику и создание костного блока между позвонками на уровне смещения.

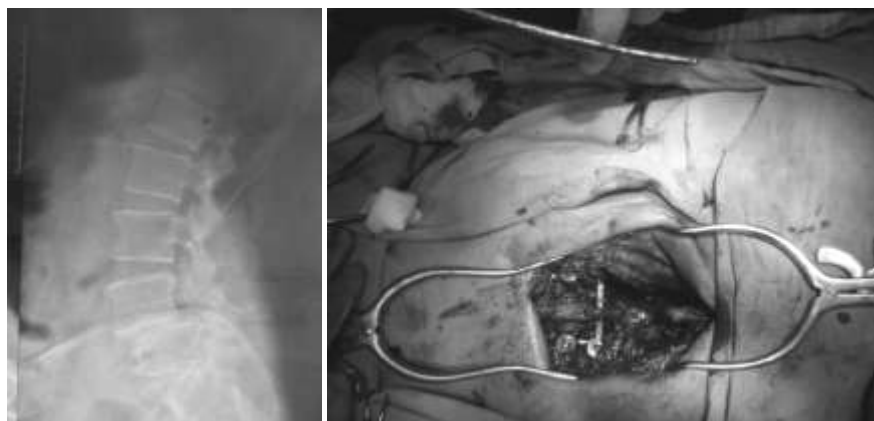


Рис. 1. Фотоиллюстрация Больной Б. Спондилолистезом L4 позвонка рентгенография и процесс операции, фиксации позвоночника транспекулярной системой коррекции

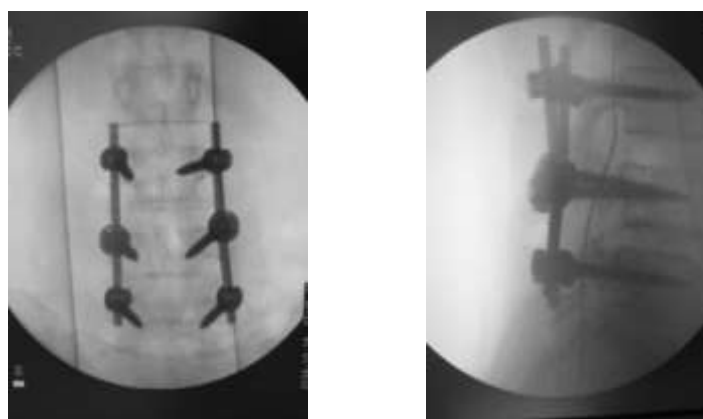


Рис. 2. Фотоиллюстрация наложенной транспекулярной системы под ЭОП

Операции передней декомпрессии нервных структур позвоночного канала наиболее показаны больным с II степенью дегенеративного спондилолистеза. Операции на задних отделах позвоночника по показаниям могут применяться в качестве вспомогательных операций для дополнительной фиксации сегментов после передней декомпрессии и спондилодеза с целью ранней активизации больных в послеоперационном периоде. Наилучшие результаты, полученные при двухэтапных оперативных вмешательствах (репозиция и фиксация транспекулярными конструкциями с последующим передним межтеловым спондилодезом аутокостью), дают нам основания рекомендовать их к более широкому применению у больных с поясничным спондилолистезом.

Заключение. Основным элементом хирургического лечения спондилолистеза является декомпрессия нервных структур позвоночного канала и стабилизация пораженного сегмента позвоночника. Дифференцированное применение различных методов оперативного лечения спондилолистеза с учетом типа и стадии заболевания позволяет существенно повысить эффективность хирургического лечения.

Список литературы

1. Наркулов М.С. и др. Туннелизация при поясничных спондилосцитах // Медицинский альянс, 2017. № 3.
2. Пардаев С.Н., Тиялков Х.А., Гафуров Ф.А. Наш опыт оперативного восстановления кифотической деформации грудопоясничного отдела позвоночника при анкилозирующем спондилите // Фундаментальные и прикладные аспекты поражений и повреждений позвоночника. С. 173.
3. Тиялков Х.А. и др. Наш опыт оперативного лечения неспецифического спондилита и спондилосциота // Вопросы науки и образования, 2019. № 26 (75).
4. Юлдашев Ш.С. и др. Стабилизация позвоночного сегмента при осложненных повреждениях шейных позвонков // Вестник экстренной медицины, 2013. № 3.