

В.В. Ивлев, Е.И. Фоминых, Н.П. Шлотов, Е.Г. Шубина

НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Филиал №12 ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России, Кировская область

Спондилолистез - смещение тела вышележащего позвонка, известен специалистам, занимающимся проблемами патологии позвоночника, более 200 лет. Данный термин в 1853 г. предложил венский врач Н.Ф. Kilian. Первое сообщение о смещении позвонков относится к 1782 г. и принадлежит бельгийцу G. Herbineaux. Ранее в 1741 г. N. Andri описал поясничный гиперлордоз. В тот период спондилолистез интересовал в основном гинекологов, так как с ним связывали одну из причин, затруднявших роды. Большой вклад в изучение этой патологии внес Д.Ф. Лямбль. Он ввёл термин спондилолиз, который означает деструкцию в межсуставной части дуги. Его заслугой также является указание на удлинение межсуставной части дуги L5 позвонка при спондилолистезе.

A. Codivill (1908) впервые увидел и описал смещение позвонка на рентгенограмме. Г. И. Турнер получил мировое признание за работы, посвященные патогенезу, клинике, диагностике спондилолистеза. Ученик В.Д. Чаклина И.М. Митбрейт обобщил исторические аспекты данной проблемы, добавил свой клинический опыт лечения свыше 500 больных и издал в 1978 году первую отечественную фундаментальную работу, написанную ортопедом-травматологом. Его монография «Спондилолистез» является и по настоящее время настольной книгой отечественных вертебрологов.

Чаще всего встречается переднее смещение позвонков. Частота встречаемости данной патологии среди населения составляет 2-4%. Среди больных с пояснично-крестцовыми болями частота спондилолистеза достигает 7 - 10 %. Наиболее часто спондилолистез выявляется на уровне нижнепоясничных (L4—L5) и пояснично-крестцовых (L5—S1) позвоночных сегментов, на долю которых приходится более 95 % случаев заболеваний [1].

По статистике, частота появления болей в позвоночнике, пояснице и области таза при беременности составляет 30 – 50 %, а в послеродовом периоде достигает 65 – 70 %. При беременности позвоночник подвергается большим нагрузкам, при этом играют роль факторы как механического, так и гормонального порядка. Плод, детское место и околоплодные воды, располагающиеся перед позвоночником, увеличивают массу тела матери на 10—20 кг. Вследствие этого беременная для сохранения баланса вынуждена несколько отклоняться назад. Такое положение тела оказывает неблагоприятное воздействие на позвонки,

межпозвоночные диски и суставы.

В период беременности в организме будущей матери происходит гормональная перестройка, при этом отмечается размягчение некоторых суставов и связок скелета. Так, для расширения во время родов костей таза и беспрепятственного прохождения плода размягчаются сочленения и связки между лобковыми костями. В дородовом периоде такое размягчение приводит к увеличению подвижности крестцово-подвздошных сочленений, что может стать причиной болей в этой области. Суставные связки в области пояснично-крестцового отдела позвоночника также подвержены гормональным влияниям. В комплексе с дополнительными 10—20 кг и необходимостью в отклонении тела назад это может вызывать болезненные ощущения [2].

Пояснично-крестцовое сочленение – место перехода мобильной части позвоночника в неподвижный крестец. Кроме того, в области пояснично-крестцового перехода нет мощных мышц, стабилизирующих позвоночный столб. Все это вместе с выраженным углом наклона между L₅ и S₁ позвонками способствует частым выпадениям диска на этом уровне и спондилолистезу.

Клинические проявления спондилолистеза значительно варьируются в зависимости от тяжести процесса. Чаще заболевание протекает длительно и начинается с незначительных периодических болевых ощущений в пояснично-крестцовой области, но после каких-либо физических нагрузок появляются боль в пояснице, отдающая в ноги, и слабость в ногах. Отмечается также болезненность тазобедренных суставов, бедер, голеней и стоп, появляются болевые ощущения в крестцово-подвздошных сочленениях. Спазм околопозвоночных мышц приводит к снижению объема пассивных и активных движений. Поясничный лордоз обычно увеличен. Руками можно прощупать ступенчатое смещение остистого отростка.

Рентгенологически (в боковой проекции) по классификации Мейердинга выделяют 4 степени смещения позвонков:

- I степень** - смещение тела позвонка на одну четверть по отношению к нижележащему позвонку;
- II степень** - смещение тела позвонка наполовину по отношению к нижележащему позвонку;
- III степень** – смещение тела позвонка до трех четвертей по отношению к нижележащему позвонку;
- IV степень** - смещение тела позвонка от трех четвертей до полного смещения к нижележащему позвонку;
- V степень** - полное смещение тела позвонка по отношению к нижележащему, так называемый, спондилоптоз (добавлено Н. Junge и Р. Kuhl).

Полноценной информации о спондилолистезе в пояснично-крестцовом отделе в раннем послеродовом периоде в научной литературе практически нет. Те

упоминания о возможности развития данной патологии у рожениц крайне скупы. Тем более отсутствуют данные о том, что при своевременной коррекции линии позвоночного столба наступает полное выздоровление у таких больных, а приводимое лечение как консервативное для I степени спондилолистеза, так и оперативное при более тяжелых случаях, определяет большой длительности период лечения и восстановления, а о полном выздоровлении речи даже не идет. Данное обстоятельство обусловило написание данного сообщения, раскрывающего клинический случай.

Больная С., 24 лет, поступила в военный гарнизонный госпиталь филиал №12 ФГКУ «354 ВКГ» Минобороны России 23 февраля 2011 года с жалобами на выраженную боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией в левую паховую область и левое бедро, усиливающуюся при любом движении. Из анамнеза известно, что 17 февраля 2011 года состоялись самостоятельные роды; дополнительно для обезболивания и родовспоможения была использована перидуральная анестезия. После родов появилась боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией в нижние конечности с обеих сторон, справа боль со временем купировалась, а слева – усилилась. Доставлена в госпиталь на носилках.

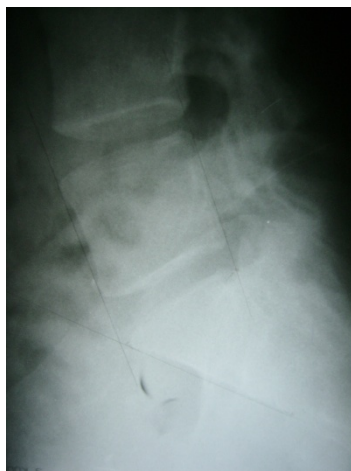


Рис.1.

Учитывая, что ранее со слов больной боль в спине не беспокоила, ей было осуществлена коррекция позвоночного столба с помощью функциональной кровати и ортопедического валика. Болевой синдром практически купировался, была назначена дополнительная общеукрепляющая и миорелаксирующая терапия. После проведенного курса консервативного лечения больная была выписана из стационара с рекомендацией ношения коррегирующего позвоночник корсета.

22.04.2011г. при контрольной рентгенографии пояснично-крестцового отдела позвоночника с функциональной нагрузкой признаков спондилолистеза выявлено не было. Была выписана из стационара на 14 сутки 09.03.2011г. В динамике со слов пациентки сохраняется метеозависимая боль в спине и возникают эпизоды болевого синдрома после интенсивной физической нагрузки с характерной иррадиацией в обе нижние конечности, самостоятельно купируемые.

Окончательный диагноз: Задний послеродовой спондилолистез в сегменте L₅-S₁, осложнившийся подвздошно-крестцовым плекситом, люмбоишиалгией с выраженным болевым синдромом.

Таким образом, данное наблюдение относится к дегенеративно-дистрофическому варианту спондилолистеза в пояснично-крестцовом сегменте позвоночника, спровоцированного гормональной перестройкой у беременной. Завершение течения заболевания при адекватной и своевременной коррекции позвоночного столба в целом наступает в сроки, характерные восстановлению лонного сочленения, т.е. на 3 месяц. При этом сохраняется периодически возникающая (хроническая?) боль в сочленениях, что характерно и для посттравматических состояний, несмотря на восстановление конгруэнтности в сегментах позвоночного столба.

Литература:

1. В.В. Доценко. Спондилолистез. Передние малотравматичные операции. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2004.- 236с.
2. Е.Г. Скрябин. Клиника, диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических и диспластических заболеваний грудного и поясничного отделов позвоночника у беременных и родильниц. Дис. ... д-ра мед. наук. Курган, 2006. – 256 с.

Казаева О.В., Моисеенко В.П.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В ЗАГОРОДНЫХ СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОТДЫХА

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет имени акад.

И.П. Павлова» Минздравсоцразвития России, Рязань, Россия

ФКУЗ МСЧ МВД России по Рязанской области, Рязань, Россия

olga--kazaeva@yandex.ru

Проблема сохранения и укрепления состояния здоровья школьников становится все более очевидной. Совокупность неблагоприятных факторов (несбалансированное питание, гипокinezия, значительные учебные нагрузки) приводит к напряжению функциональных систем организма ребенка, снижению