

ПАТОГЕНЕЗ И РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

М.Ю. Бирючков

Западно-Казахстанский Государственный медицинский университет им.М.Оспанова, Актобе, Казахстан

Тактика лечения компрессионных болевых синдромов пояснично-крестцового остеохондроза определяется клинической картиной и патогенетическими трактовками периодов патологии. Еще в 1955 году De Seze S. стал выделять четыре стадии проявлений остеохондроза. Но позже стали разрабатывать классификацию с другим подходом. При этом различие в трактовке процесса имело место у нейрохирургов и травматологов-ортопедов. В 1965 году А.И.Осна изложил собственную точку зрения на периодизацию процесса и предложил выделять четыре периода в патогенезе.

Цель исследования – критическая оценка существующих современных положений патогенеза поясничного остеохондроза и предложение по научно обоснованным изменениям в классификации патогенетических механизмов поясничного остеохондроза. Нами изучено 2000 больных с пояснично-крестцовым остеохондрозом, лечившихся в клиниках Казахстана.

Методы исследования: клинический, рентгенологический, КТ, МРТ, по показаниям миелографический и функциональный спондилографический.

Результаты исследования. В процессе исследования нами констатированы явления нестабильности лишь у 1% пациентов, что в норме противоречит установившемуся мнению о крайне высоких цифрах нестабильности при этой патологии.

Проанализировав результаты исследований F.W.Holdsworth, F.Denis, данные, изложенные в последних монографиях, и сопоставив их с результатами собственных исследований, мы пришли к выводу, что современные методы исследования (КТ, МРТ) и функциональная спондилография вносят значительные коррективы в понятие о патогенезе процессов при поясничном остеохондрозе.

Считалось, что нестабильность возникает при разрывах задней опорной структуры. В процессе последующего изучения, однако, было установлено, что при таких повреждениях не всегда имела место нестабильность. В свою

очередь В.П.Берснев и др.в изданной в 1998 году монографии считают, что следует выделять в основном две теории: По одной из них – с двумя опорными столбами и второй теории, или модели с четырьмя опорными столбами. Согласно обеим этим теориям, к патологической подвижности может привести разрушение одного из опорных столбов. В 1983 году F.Denis предложил различать трехколонную опороспособность позвоночного столба по сути, эта теория близка к теории четырех столбов.

Мы предлагаем различать: I период – приводящий к внутридискковому перемещению пульпозного ядра – показано консервативное лечение. II период – с образованием эластичной, а затем и секвестрированной протрузией – показано консервативное лечение и в некоторых случаях оперативное (сужение позвоночного канала, латеральном стенозе) как правило миниинвазивное. III период – разрыв фиброзного кольца и выпадение пульпозного ядра за пределы полости диска – образование грыжи диска – период хирургического лечения как правило интерламинарным доступом. IV период – переход процесса на связки, суставы и др. приводящий к спондилолистезу и нестабильности в ПДС. Согласно нашим представлениям, абсолютные показания к спондилотомии возникают лишь в IV периоде.

Таким образом, следует считать оправданной предлагаемую схему классификации, так как она обосновывает тактику, да и технику хирургического лечения больных с компрессионными синдромами поясничного остеохондроза.

Выводы: 1. При определении тактики лечения больных с пояснично-крестцовым остеохондрозом рационально использовать критерии предлагаемой нами классификации. 2. При выполнении хирургического лечения необходим дифференцированный подход к его технике и объему вмешательства, принимая во внимание данные КТ и МРТ, и по показаниям проводить функциональную спондилографию.