

УДК 616.721.7-001.7

БУБЛИК Л.О., ТІТОВ Ю.Д., ГОХФЕЛЬД І.Г.

НДІ травматології та ортопедії ДонНМУ ім. М. Горького

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СПОНДИЛОЛІСТЕЗУ

Резюме. На основі клінічного досвіду (100 хворих) та клініко-рентгенологічної класифікації спондилолістезів запропонована тактика хірургічного лікування. Застосування нових технологій передопераційного планування, диференційний підхід, використання стандартних металоконструкцій дозволяють проводити оперативні втручання малотравматичним ретроперитонеальним переднім доступом, а також класичним заднім доступом, що є ефективними у складних випадках дегенеративного спондилолістезу. При дослідженні катмнезу від 6 місяців до 3 років у 93 % отримано задовільні результати лікування при використанні даних методик. Проведено аналіз ускладнень, що виникли, та способів їх усунення.

Ключові слова: дегенеративний спондилолістез, спондилодез.

Проблеми лікування спондилолістезу досі є актуальними. Для визначення лікувальної тактики мають значення такі показники, як ступінь зміщення хребця, характер неврологічних порушень, частота загострень і причини їх появи, міра втрати працездатності, професія і вік хворого, ефективність консервативного лікування, супутні захворювання. Однак на практиці один і той же ступінь зміщення хребців в одному випадку потребує хірургічного втручання, в іншому може лікуватися консервативно. Головним критерієм якості операції не може також бути ступінь усунення зміщення хребців [1, 5].

Ефективність хірургічного лікування при спондилолістезі визначається усуненням компресії нервових елементів і запобіганням у післяопераційному періоді подальшого зміщення хребців із збереженням досягнутої корекції. Патогенетично та біомеханічно доцільний передній міжтіловий спондилодез, але його використання не завжди досягає поставленої мети і пов'язано з різними труднощами, інтра- та післяопераційними ускладненнями [3, 5].

Деякі автори віддають перевагу комбінованій задній фіксації хребта, підкреслюючи технічну складність переднього спондилодезу і вказуючи на можливість одночасного втручання на нервових корінцях із метою декомпресії [4].

Метою нашої роботи є визначення єдиних принципів лікування спондилолістезу, визначення показань до хірургічного втручання та його різновиду.

Матеріал і методи

У роботі використаний матеріал лікування 100 хворих на дегенеративний спондилолістез поперекового відділу хребта. Всі ці хворі лікувались у клініці вертебрології НДІТО, м. Донецьк. Серед пацієнтів було 55 (55 %) чоловіків і 45 (45 %) жінок. Вікова характерис-

тика хворих: від 35 до 50 років — 60 пацієнтів, понад 50 років — 40.

Така пропорція пояснюється негативним впливом ряду фізичних чинників, які з віком призводять до декомпенсації опорних структур хребта, а також до збільшення зміщень хребців, посилення дегенеративного процесу в міжхребцевих дисках, суглобах і зв'язках. Усім хворим проводили стандартну та функціональну спондилографію, СКТ- та МРТ-обстеження, об'єктивізувався їх неврологічний статус. У 31 хворого застосовували передню декомпресію і стабілізацію, а у 69 хворих здійснено втручання з заднього доступу. При оцінюванні ефективності втручання розраховували загальний клінічний бал за Graver [2]. Розрахунки проводили, виходячи з чотирьох складових. Інтенсивність болю оцінювали за візуальною аналоговою шкалою болю в спині та болю в ногах (від 0 до 100). Фізичні симптоми (сколіотичне скривлення, симптом Ласега, атрофія м'язів, сила м'язів, чутливі порушення) оцінювали за тривірневою шкалою: 0 балів — немає порушень, 10 — легкі порушення, 20 — виражені порушення. Функціональні можливості оцінювали за Освестрівським питальником. Використання анальгетиків — від 0 (без використання) до 100 (прийом найсильніших анальгетиків).

Результати та обговорення

Первинними клінічними ознаками захворювання на дегенеративний спондилолістез у хворих були відчуття дискомфорту в поперековій ділянці, біль у попереку і в нижніх кінцівках після фізичної роботи. З при-

© Бублик Л.О., Тітов Ю.Д., Гохфельд І.Г., 2013

© «Травма», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

воду цих симптомів хворі були вимушені звернутися до лікаря. Характерною скаргою, що вказувала на корінцевий синдром, був біль за типом ішіалгії або люмбоішіалгії. У цих хворих обидва види корінцевого болю зустрічалися приблизно з рівною частотою: ішіалгія — 47 (47 %) хворих, люмбоішіалгія — 53 (53 %) хворих.

У значної частини пацієнтів — 54 (54 %) — біль мав постійний характер. В інших 46 (46 %) випадках біль виникав при вертикальному положенні і посилювався від фізичного навантаження. При дегенеративному спондилолітезі частіше був постійний біль (46 пацієнтів), менш характерний — періодично виникаючий біль від фізичного навантаження (8 пацієнтів).

Окрім болю, значна кількість хворих — 60 (60 %) — відмічали зниження сили в ногах. Переважали ці скарги у хворих із постійним корінцевим болем. Серед 60 хворих скарги на слабкість у ногах у вигляді перемірної радикулогенної шкутильгавості поєднувалися з постійним болем у 48 (80 %) спостереженнях, у 12 (20 %) хворих біль мав періодичний характер.

Незважаючи на скарги, що часто пред'являються, на слабкість у ногах, об'єктивно периферичні парези мали місце у 16 (16 %) хворих, у цих же пацієнтів відмічено зниження м'язової сили до 3 балів у 13 (81,25 %), а в 3 (18,75 %) випадках ще більш виражене — до 2 балів. В інших 84 (84 %) спостереженнях рухових порушень не зареєстровано.

Для вибору єдиних принципів лікування дегенеративного спондилолітезу потрібна клініко-рентгенологічна кореляція існуючих симптомів захворювання і структурних змін у поперековому відділі хребта. З нашої точки зору цим критерієм відповідає клініко-рентгенологічна класифікація (В.В. Доценко, І.М. Мітбрейт, М.В. Загородній) [2].

Лікування спондилолітезу, згідно з цією класифікацією, повинно проводитися диференційно залежно від клінічної картини захворювання та наявності неврологічних порушень.

А. Стабільне зміщення з помірним компресійним неврологічним синдромом лікується консервативно. У нашій вибірці таких хворих не було, тому що ми розглядали тільки оперативні методики лікування.

В. Нестабільне зміщення з помірним компресійним неврологічним синдромом. У пацієнтів цієї групи (28 випадків) неврологічна симптоматика була слабо виражена або відсутня. Тому важливо не отримати неврологічний дефіцит після втручання. Для цього не можна виконувати редукцію та ламінектомію. При зміщенні такого типу позаду нижче лежачого хребця формується щільна фіброзна тканина з речовини дегенеруючого диска, яка при вправленні може стиснути вміст хребтового каналу. Ламінектомія з видаленням грижі в подальшому може викликати формування фіброзного епідуриту, що також може стискати корінці кінського хвоста. В нашому дослідженні пацієнтам цієї групи проводились моносегментарні або бісегментарні фіксації транспедикулярними конструкціями.

С. Стабільне зміщення з вираженим компресійним неврологічним синдромом. При цій формі спондило-

літезу в першу чергу показана декомпресія нервових корінців. Спосіб декомпресії залежить від варіанта стиснення спінальних корінців. У випадку деформуючого спондилоартрозу та гіпертрофії жовтої зв'язки показана задня декомпресія з транспедикулярною фіксацією. Якщо стиснення вмісту хребтового каналу відбувається грижею міжхребцевого диска або фіброзною тканиною задніх відділів диска, показана вентральна декомпресія з переднім спондилодезом металевим кейджем. У нашому дослідженні було 45 пацієнтів цієї групи, з яких у 25 здійснено передню декомпресію зі спондилодезом металевим кейджем, а у 20 пацієнтів — задню декомпресію та транспедикулярну стабілізацію.

Д. Нестабільне зміщення з вираженим компресійним неврологічним синдромом. Даний варіант спондилолітезу об'єднує клінічні прояви літезу типів В і С. При плануванні оперативного втручання необхідно зважати на фактор компресії. Успіх лікування залежить від того, наскільки повноцінно буде зроблена декомпресія складу хребтового каналу, після чого можлива редукція зміщеного хребця. Причому при I–II ступені зміщення можлива повна редукція, при більших ступенях — часткова. Чим більший ступінь зміщення усувається, тим більш надійною повинна бути стабілізація. У нашому дослідженні з 27 хворих у 9 поєднували міжтілову стабілізацію з фіксацією металевою конструкцією. Шістьом хворим, яким за соматично незадовільним станом зроблено передню малоінвазивну декомпресію з фіксацією металевим кейджем, додатково в післяопераційному періоді призначався корсет на строк від 4 до 6 місяців. У 12 хворих проведено декомпресивно-стабілізуюче втручання з заднього доступу. У 3 хворих, яким зроблена задня декомпресія, транспедикулярна фіксація з усуненням деформації в післяопераційному періоді, спостерігався рецидив зміщення без наростання неврологічних порушень.

Сумарну оцінку результатів хірургічного лікування спондилолітезу, ускладненого корінцевим синдромом, проводили з урахуванням клінічного ефекту (регрес неврологічних симптомів, динаміка больового синдрому, формування міжтілового блоку) і відновлення працездатності хворих (табл. 2). Строки спостереження: 6 тижнів, 6 місяців, один рік.

Як видно з табл. 2, при нестабільному антелітезі з помірними неврологічними порушеннями достатньо задньої транспедикулярної фіксації для задовільного

Таблиця 1. Оперативні втручання залежно від типу спондилолітезу

Оперативні втручання	Тип спондилолітезу		
	В	С	Д
ТПФ	28		
ЗД + ТПФ		20	12
ПД + кейдж		25	6
ЗД + кейдж + ТПФ			9

Примітки (тут і в табл. 2): ТПФ — транспедикулярна фіксація; ЗД — задня декомпресія; ПД — передня декомпресія.

Таблиця 2. Результати хірургічного лікування спондилолістезу до та після оперативного втручання залежно від використаної методики (бали за Graver)

Оперативні втручання	Тип спондилолістезу					
	В		С		D	
	До	Після	До	Після	До	Після
ТПФ	285 ± 2	43 ± 1				
ЗД + ТПФ			612 ± 2	88 ± 1	566 ± 1	66 ± 1
ПД + кейдж			681 ± 1	112 ± 2	485 ± 1	83 ± 1
ЗД + ТПФ + кейдж					800 ± 1	100 ± 1

результату. Аналіз результатів лікування спондилолістезів із вираженим больовим синдромом та неврологічним дефіцитом показав, що найбільша стабільність в ураженому сегменті, зменшення больового синдрому, регрес неврологічних розладів виявлено при декомпресивній ламінектомії у поєднанні з заднім транспедикулярним металоспондилодезом. Передня декомпресія з фіксацією металевим кейджем також дозволяє здійснити адекватну декомпресію вмісту хребтового каналу та забезпечити спондилодез. Ця методика є менш травматичною, її можна проводити у пацієнтів із надмірною масою тіла та супутніми соматичними захворюваннями, при яких пронаційне положення на операційному столі неможливе.

Висновки

- Передня декомпресія зі стабілізацією металевим кейджем є найбільш оптимальним способом міжтілового спондилодезу, але не забезпечує первинної стабільності, на формування кісткового блоку потрібен час.
- Задня транспедикулярна стабілізація забезпечує первинну стабільність, можливість редукції, але не сприяє формуванню кісткового блоку, тому має доповнюватись передньою стабілізацією.

Бублик Л.А., Титов Ю.Д.,
Гохфельд И.Г.
НИИ травматологии и ортопедии ДонНМУ
им. М. Горького

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СПОНДИЛОЛИСТЕЗА

Резюме. На основании клинического опыта (100 больных) и клинко-рентгенологической классификации спондилолистезов предложена тактика хирургического лечения. Применение новых технологий предоперационного планирования, дифференцированный подход, использование стандартных металлоконструкций позволяют проводить оперативные вмешательства малотравматичным ретроперитонеальным передним доступом, а также классическим задним доступом, которые эффективны в сложных случаях дегенеративного спондилолистеза. При прослеживании катамнеза от 6 месяцев до 3 лет в 93 % случаев получены удовлетворительные результаты лечения при применении описанных методик. Проведен анализ возникших осложнений и способов их устранения.

Ключевые слова: дегенеративный спондилолистез, спондилодез.

3. Вибір хірургічної тактики залежить не тільки від ступеня зміщення хребця, але й від клінічної форми спондилолістезу та супутньої соматичної патології.

Список літератури

- Продан А.И., Грунтовский А.Г., Куценко В.А., Колесниченко В.А. Диспластический спондилолистез: обзор современных концепций лечения // Хирургия позвоночника. — 2004. — № 4. — С. 23-33.
- Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: Руководство для врачей. — М.: Самарский Дом печати, 2004. — 434 с.
- Доценко В.В., Загородний Н.В. Спондилолистез. Передние малотравматические операции. — М.; Тверь: Триада, 2005. — 176 с.
- Куценко В.А., Грунтовский А.Г., Продан А.И., Чернышев А.Г. Результаты хирургического лечения поясничного спондилолистеза // Літопис травматології та ортопедії. — 2008. — № 1–2. — С. 164-166.
- Волосюк Я.О. Вибір оптимального методу хірургічного лікування при спондилолістезі поперекового відділу хребта // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. — 2008. — Вип. 17, кн. 2. — С. 195-200.

Отримано 18.04.13 □

Bublyk L.O., Titov Yu.D., Gochfeld I.G.
Research Institute of Traumatology and Orthopedics of
Donetsk National Medical University named after M. Gorky,
Donetsk, Ukraine

SURGICAL TREATMENT OF DEGENERATIVE SPONDYLOLISTHESIS

Summary. On the ground of clinical experience (100 patients), and clinical and radiological classification of spondylolisthesis the authors proposed tactics of surgical treatment. The use of new technologies of preoperative planning, differentiated approach, use of standard hardware enable to carry out surgical interventions with less traumatic retroperitoneal anterior approach, as well as classic posterior approach, which are effective in severe cases of degenerative spondylolisthesis. When tracing catamnesis from 6 months to 3 years in 93 % of cases the results of treatment are satisfactory in the application of the described methods. An analysis of complications and their elimination had been carried out.

Key words: degenerative spondylolisthesis, spondylosyndesis.