

УДК 616.711.9

И.П. Артюхов, Л.Н. Селезнёва

E-mail: dr.selezneva@mail.ru

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМОВ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПО МАТЕРИАЛАМ ИССЛЕДОВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

ГОУ ВПО «Красноярская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» Росздрава

Значение проблемы инвалидности и реабилитации инвалидов вследствие остеохондроза позвоночника в Российской Федерации обусловлено её относительно большой распространённостью в общем контингенте и доминированием инвалидов трудоспособного возраста. Несмотря на то, что лица, имеющие ограничения основных видов жизнедеятельности, составляют относительно небольшую часть этого контингента, с ней связан большой экономический ущерб, наносимый обществу, в соответствии с существующими медико-экономическими стандартами. Он обусловлен стоимостью одного дня стационарного лечения больного остеохондрозом позвоночника - 1200 рублей, амбулаторного приёма без лечения - 50-60 рублей и при наличии сопутствующего лечения - 190 рублей [1].

До настоящего времени планирование адекватных, научно обоснованных мероприятий по профилактике остеохондроза позвоночника и реабилитации больных и инвалидов вследствие этого заболевания затруднено из-за отсутствия базы данных в Российской Федерации [2] и, в частности, в Красноярском крае. Первичная инвалидность вследствие остеохондроза позвоночника с неврологическими проявлениями практически не изучена, так как до настоящего времени нет соответствующего раздела в статистической учётной форме [3]. Также практически не существует официальной статистики о контингенте данной категории инвалидов.

В задачи исследования входило выявление среди больных остеохондрозом позвоночника пациентов с компрессионными синдромами, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении КГУЗ «Краевая клиническая больница г. Красноярск» за период 2001-2005 гг., инвалидов вследствие остеохондроза позвоночника, изучение их социально-гигиенических характеристик, выявление факторов риска, влияющих на развитие осложнённых форм заболевания и инвалидности в изучаемой группе больных. Единица наблюдения - лицо, проходившее стационарное лечение по

поводу остеохондроза позвоночника с компрессионным синдромом. Объект исследования - совокупность историй болезней больных остеохондрозом позвоночника с компрессионными синдромами. База исследования - КГУЗ «Краевая клиническая больница г. Красноярск». Объём исследования - 2821 история болезни больных остеохондрозом позвоночника. Статистическая обработка данных проводилась с использованием расчёта средних показателей и частот. Статистическая значимость различий средних показателей оценивалась с использованием критерия Стьюдента, частот - критерия Фишера. Критический уровень значимости критериев принимался равным 0,05. Различия считались статистически значимыми при достигнутом уровне значимости $p < 0,05$.

Инвалидность вследствие различных проявлений и осложнений остеохондроза позвоночника была зарегистрирована в 16,24% случаев из числа госпитализированных. Из данного числа больных большинство имели вторую группу инвалидности, несколько реже выявлялась третья группа (рис.1).

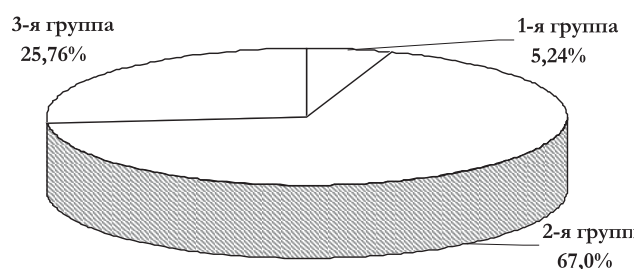


Рис. 1. Распределение больных с инвалидностью вследствие остеохондроза позвоночника в зависимости от группы

Среди больных, направленных после выписки для прохождения МСЭК (3,33% случаев), по сравнению с общей группой обследуемых статистически значимо более часто ($p < 0,001$) регистрировались жители края (73,4% и 58,65% соответственно), пациенты рабочих специальностей (52,13% и 27,69% соответственно), а также больные с рубцово-спаечным эпидуритом (22,34% и 11,38% соответственно). У пациентов этой категории статистически значимо больше ($p < 0,001$) была длительность пребывания в стационаре ($20,0 \pm 0,66$ дней и $17,8 \pm 0,09$ дней соответственно) и длительность временной нетрудоспособности ($86,0 \pm 6,19$ дней и $44,7 \pm 0,88$ дней соответственно).

Такое серьёзное осложнение остеохондроза позвоночника, как рубцово-спаечный эпидурит, развивается в результате длительного нахождения грыжи межпозвоночного диска с клиникой компрессионного корешкового синдрома, послеоперационных осложнений или индивидуальной предрасположенности. Так, после оперативных вмешательств рубцово-спаечный эпидурит развивался в 11,38% случаев, в группе этих больных длительность болезни на момент поступления в стационар была более значительна ($6,8 \pm 0,32$ года и

5,2±0,1 года соответственно). В данной группе статистически значимо чаще по сравнению с общей группой обследуемых регистрировалась инвалидность, выявлялись такие осложнения, как необратимый парез (снижение силы) стопы, нарушение функции тазовых органов по типу недержания и нижний парапарез (снижение силы в ногах) как результат сосудистой миелопатии, диагностировались каудомедуллярный синдром, возникший на фоне выраженного болевого синдрома и рецидив грыжи межпозвонкового диска, а также проводилось повторное оперативное вмешательство (табл.1).

Среди исследуемой совокупности пациентов были выделены группы больных с различными аномалиями, особенностями строения, слабостью и функци-

ональной неполноценностью связочного аппарата позвоночника.

Такие варианты строения позвоночника, как люмбализация (наличие шестого поясничного позвонка) и сакрализация (наличие лишь четырёх поясничных позвонков) были выявлены у 33 (1,17%) и 2 (0,07%) пациентов соответственно. По сравнению с показателями всей группы обследуемых у пациентов с аномалиями строения поясничного отдела позвоночника значительно больше длительность временной нетрудоспособности – 44,7±0,88 и 62,7±8,63 дня соответственно ($p<0,001$).

Выяснилось, что у больных с аномалиями строения поясничного отдела позвоночника выше частота возникновения рубцово-спаечного эпидурита, и

Таблица 1

Частота осложнений остеохондроза и оперативного лечения в общей группе обследуемых и в группе больных с послеоперационным рубцово-спаечным эпидуритом

Показатели	Общая группа (%), n=2821	Больные с РСЭ* (%), n =321	Достигнутый уровень значимости, p
Инвалидность	16,52	54,52	<0,001
Парез стопы	5,18	15,58	<0,001
Нарушение функции тазовых органов	1,88	5,92	<0,001
Нижний парапарез	1,45	4,05	<0,001
Каудомедуллярный синдром	2,13	4,36	<0,001
Рецидив грыжи диска	2,06	13,08	<0,001
Операции	53,63	73,43	<0,001

*-рубцово-спаечный эпидурит.

Таблица 2

Показатели осложнений и особенностей лечения остеохондроза позвоночника

Показатели	Общая группа (%), n =2821	Больные с АСП* (%), n =35	Больные с УСМК** (%), n =20	Достигнутый уровень значимости p<
Рубцово-спаечный эпидурит	11,38	14,29	15,0	1<2,3-0,001, 2<3-0,05
Каудомедуллярный синдром	2,13	0	10,0	1,2<3-0,001
Сосуд. миелоп.	2,66	0	20,0	1,2<3-0,001
Нижн парапар.	1,45	2,86	15,0	1<2<3-0,001
Наруш. функц. тазов. органов	1,88	0	5,0	1<3-0,001 2<3-0,01
Люмбализация	1,17	94,29	5,0	1<3<2-0,001
Протрузия	13,61	5,71	40,0	2<1<3-0,001
Оперативное лечение	53,63	68,57	40,0	1<2-0,001, 3<1-0,001
Повторные операции	16,73	20,0	15,0	1<2-0,001, 3<1-0,001
КЭК	31,66	48,57	25,0	1<2-0,001, 3<1-0,001
МСЭК	3,33	8,57	5,0	1<2,3-0,001
Инвалидность	16,24	8,57	20,0	2<1<3-0,001

*- аномалии строения позвоночника; **- узкий спинномозговой канал.

чаще необходимо оперативное и повторное оперативное вмешательство, а также проведение КЭК и МСЭК (табл.2).

Среди пациентов с люмбализацией поясничного отдела позвоночника 94,1% имели осложнения в виде грыж и протрузий межпозвонковых дисков на уровне «аномальных» позвонков. Так, в 70,09% случаев выявлялись грыжи на уровне L5-6, а также грыжи и протрузии на уровне L6-S1 (17,95% и 6,06% соответственно). У 50% больных с сакрализацией регистрировались грыжи на уровне L4-S1. Женщины среди таких пациентов регистрировались несколько чаще (54,29%).

У 7 пациентов (0,25%) было выявлено такое проявление остеохондроза позвоночника, как дегенеративно-дистрофические изменения (ДДИ), обусловленные наследственной неполноценностью соединительной ткани. Обращает на себя внимание то, что остеохондроз позвоночника у большинства этих больных имел распространённый характер. Так, в 100% случаев был поражён поясничный отдел, в 57,14% случаев – грудной, и в 42,86% – шейный. Очень часто у этой группы больных выявлялись грыжи (57,14%) и особенно протрузии (85,72%) межпозвонковых дисков. В 28,57% случаев больным с ДДИ были проведены повторные операции после удаления грыжи межпозвонковых дисков, и 71,43% из них являлись инвалидами второй группы. Среди пациентов с данной патологией чаще встречались женщины (57,14%).

У 20 обследуемых (0,71%) выявлялся узкий спинномозговой канал ($d < 11$ мм.). Частота выявления узкого спинномозгового канала выше у больных с аномалиями строения поясничного отдела позвоночника по сравнению с общей группой обследуемых (0,71% и 2,87% соответственно). Статистически значимо чаще среди этих больных по сравнению с общей группой обследуемых были диагностированы каудомедулярный синдром как острое нарушение спинального кровообращения в бассейне артерии Депрож-Геттерона (нижняя дополнительная артерия), сосудистая миелопатия, вялый нижний парапарез, нарушение функции тазовых органов по типу недержания, рубцово-спаечный эпидурит, люмбализация и регистрировалась инвалидность. На МРТ выявлялись протрузии межпозвонковых дисков, часто множественные, до 0,3-0,5 см, но с выраженной клиникой компрессионного корешкового синдрома, характерного для данного уровня поражённого диска (табл.2).

Длительность болезни у таких больных была статистически значимо больше ($9,6 \pm 1,83$ лет и $5,2 \pm 0,1$ лет соответственно, $p < 0,001$). Следует отметить, что среди данной группы больных по сравнению с общей группой обследуемых статистически значимо чаще ($p < 0,001$) регистрировались мужчины (70%). Остеохондроз позвоночника у таких больных имел склонность к поражению нескольких отделов одновременно (рис.2).

Также была выделена группа больных, которые перенесли травмы, чаще сочетанные с переломами длин-

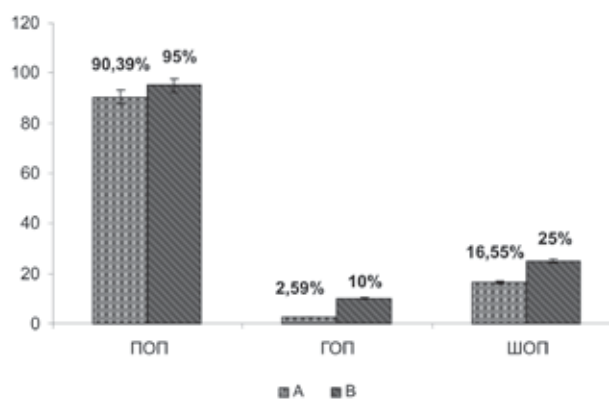


Рис. 2. Частота поражения различных отделов позвоночника (А – общая группа, В – больные с узким спинномозговым каналом)

ных трубчатых костей в результате ДТП или падения с высоты, предшествовавшие развитию и проявлению остеохондроза позвоночника – 63 пациента (2,23%). Одинаково часто среди них встречались мужчины и женщины, в основном, второго зрелого возраста (65,08%), несколько реже – пожилого и первого зрелого возрастов (22,22% и 11,11% соответственно). В 28,98% случаев посттравматического остеохондроза регистрировалась инвалидность, что почти в 2 два раза чаще по сравнению с общим показателем частоты инвалидности вследствие остеохондроза и его осложнений. По сравнению с общими показателями у больных с посттравматическим остеохондрозом позвоночника более чем в 2 раза выше частота первой группы инвалидности и значительно ниже – третьей (рис.3).

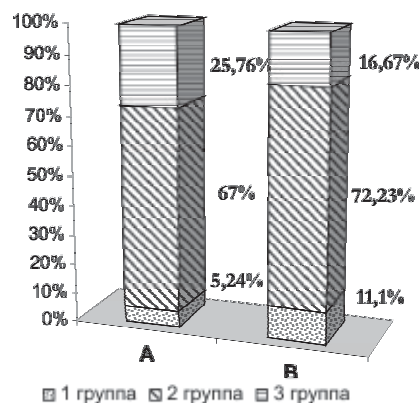


Рис. 3. Структура инвалидности больных остеохондрозом позвоночника (А – все обследуемые, В – больные с посттравматическим остеохондрозом)

В результате травм чаще развивается остеохондроз шейного отдела позвоночника (63,49%), несколько реже – поясничного (52,38%) и наиболее редко – грудного (9,52%).

Более половины (53,97%) пациентов с остеохондрозом, развившимся вследствие травмы, не работали, из них 67,65% – пенсионеры, остальные – безработные, не зарегистрированные в центрах занятости (рис.4).

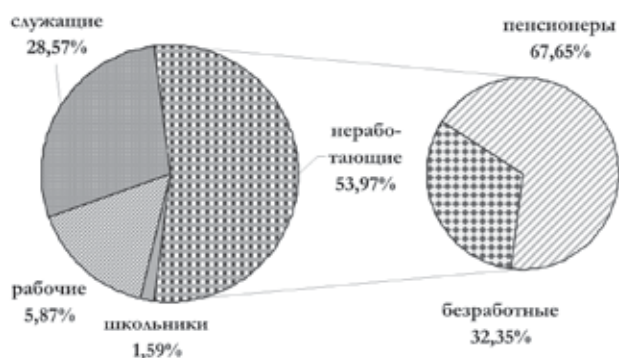


Рис. 4. Род деятельности больных с остеохондрозом позвоночника, развившимся вследствие травмы

Таким образом, указанные данные свидетельствуют о том, что наличие аномалий строения поясничного отдела позвоночника, узкого спинномозгового канала и ДДИ следует расценивать как фактор риска возникновения остеохондроза позвоночника и его осложнённого течения, часто приводящего к значительной длительности временной нетрудоспособности и к инвалидизации больных.

Остеохондроз позвоночника, развившийся вследствие травматического поражения, отличается в 2 раза более частой инвалидизацией больных, при этом увеличивается относительная частота регистрации первой, наиболее тяжёлой группы инвалидности и уменьшается количество инвалидов самой лёгкой третьей группы.

В связи с вышесказанным профилактика осложнённого остеохондроза должна быть направлена на своевременное выявление контингента лиц с наличием разнообразных аномалий строения позвоночника, узкого спинномозгового канала и ДДИ. А также необходимо уделять повышенное внимание лицам, перенесшим сочетанные травмы, их полноценному и своевременному лечению и реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Косичкин М.М. Инвалидность вследствие поражения нервной системы как мультифакторная проблема // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 1999. - № 2. - С. 38-42.
2. Косичкин М.М., Гришина Л.П. Общий контингент инвалидов вследствие поражения нервной системы в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 1999. - № 1. - С. 34-37.
3. Кохненко Л.В. Инвалидность вследствие остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника с неврологическими синдромами. Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: Д.208.072.06 / Фед. науч.-практич. Центр мед.-соц. экспертизы и реабил. инвал. Мин. труда и соц. развития РФ. - М., 2002. - 28 с.

CLINICAL AND MORPHOLOGIC FEATURES OF SURGICAL TREATMENT OF COMPRESSION SYNDROMES IN VERTEBRAL COLUMN OSTEOCHONROSIS BASED UPON MATERIALS OF THE STUDY PERFORMED IN KRASNOYARSK REGION

I.P. Artyukhov, L.N. Seleznyova

SUMMARY

Case analysis of patients with syndromes of compression in vertebral column osteochondrosis was performed aimed at revealing risk factors of progressing complicated forms of the disease and disability. According to results of research, presence of anomalies in the vertebral column, narrow canal of spinal cord and history of trauma must be considered as risk factors of complicated course of vertebral column osteochondrosis which often results in disability of patients.

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ СТАТЕЙ!

Убедительная просьба соблюдать требования к рукописям, представляемым в СМЖ. Обращаем Ваше внимание, что работы, оформленные с нарушением требований к рукописям, представляемым в СМЖ, не будут приниматься к рассмотрению.

Единые требования к рукописям, представляемым в «Сибирский медицинский журнал», публикуются ежегодно в первом номере журнала и могут быть запрошены авторами по e-mail: medicina@tomsk.ru

Ред. коллегия СМЖ