

На правах рукописи

Сабыралиев Марат Куменович

**Хирургическое лечение пояснично-крестцового спондилолистеза
стабилизирующим передним корпородезом**

14.00.27 – хирургия

14.00.22 – травматология и ортопедия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2006

Работа выполнена в Кыргызском научно-исследовательском институте курортологии и восстановительного лечения и Бишкекском научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Научные руководители: 1. доктор медицинских наук, профессор
Беззов Хаким Сулейманович

2. член-корреспондент НАН КР,
доктор медицинских наук, профессор
Джумабеков Сабырбек Артисбекович

Официальные оппоненты: 1. Заслуженный деятель науки КР,
доктор медицинских наук, профессор
Кожокматов Сатынды Кожокматович

доктор медицинских наук, профессор
Чынгышбаев Шамиль Мукашевич

Ведущая организация: **Российский университет дружбы народов** (г. Москва).

Защита диссертации состоится 29 декабря 2006 г. в ___ часов, на заседании диссертационного совета Д.730.01.03 при Кыргызско-Российском Славянском университете (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44).

С диссертаций можно ознакомиться в библиотеке Кыргызско-Российского Славянского университета (720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44).
E-mail: dissovetkrsu@mail.ru.

Автореферат разослан «___» _____ 2006 года.

Ученый секретарь
Диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Н. И. Ахунбаева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Спондилолистез, является тяжелой патологией, вызывающей значительную деформацию пояснично-крестцового отдела позвоночника, перестройку опорно-двигательного аппарата в целом, что приводит к выраженным страданиям пациентов и снижению качества жизни человека.

Распространенность спондилолистеза по разным источникам составляет от 2,2% до 24,2% от всех больных обследованных по поводу поясничных болей, причем заболевание наблюдается во всех возрастных группах, поражая наиболее работоспособную и активную категорию (от 20 до 40 лет) на что указывают многие исследователи (И.Г. Герцен, В.Ф. Венгер, 1986; И.А. Мовшович 1994; С.П., Миронов, с соавт. 2002; М.С. Ветрилэ 2004; diPierro C.G., Helm G.A., Shaffrey C.I., et al. 1996).

Существуют четкие половые и расовые различия в частоте спондилолистеза: частота патологии составляет 5-6% у европеоидных мужчин и 2-3% – у женщин. Вместе с тем, среди эскимосов патология встречается у 50% населения, в то же время у афроамериканцев – менее, чем в 3% (Э.В.Ульрих, А.Ю. Мушкин, 2005).

Необходимо отметить, что пояснично-крестцовый отдел является важной анатомо-функциональной областью, происходящие при спондилолистезе нарушения в данном отделе приводят к перестройке всего позвоночного столба с развитием адаптационных изменений (Б.М. Корнилов, 2002; Kreusch-Brinker R. et al. 1986; Blumenthal S.L., et al., 2001.). Находящиеся на данном уровне нервные образования обуславливают клиническую картину заболевания и требуют особого подхода к диагностике и лечению.

Оперативное лечение спондилолистеза остается сложной и многосторонней проблемой вертебральной хирургии, требующей как индивидуального подхода к каждому случаю, так и точно разработанной клинически оправданной тактики. Разнообразие и противоречивость методик лечения говорят лишь о недостаточной глубине знаний об этиопатогенезе спондилолистеза (И.Р. Воронович с соавт., 1990; Cyron V.M. et al. 1976).

Несмотря на множество существующих оперативных способов лечения спондилолистеза по данным различных авторов частота неудовлетворительных результатов колеблется от 20% до 40% случаев (А.А.Корж, Н.И. Хвисюк, с соавт., 1980; В.А. Мухачев, 2000; М.С. Ветриле, 2004).

Множество научных исследований, выводы которых противоречат друг другу, не дают четкого руководства для практической деятельности вертебрологов. Разные подходы к данной проблеме среди отечественных и зарубежных ортопедов и нейрохирургов вносят дополнительные сложности.

Большое количество больных со спондилолистезом, сложность и недостаточная изученность данного раздела ортопедии, противоречивость предлагаемых способов лечения, определили направление настоящей работы.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения спондилолистеза.

Задачи исследования.

1. Изучить клинико-неврологических и рентгенологических признаков спондилолистеза с применением нового метода хирургического лечения.

2. Разработать и внедрить новый способ хирургического лечения спондилолистеза.

3. Определить эффективность нового метода хирургического лечения спондилолистеза в сравнении с традиционными методами

4. Сравнить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения спондилолистеза новым и традиционными методами.

Научная новизна работы.

Разработан и внедрен в клиническую практику новый способ стабилизирующего переднего корпородеза при пояснично-крестцовом спондилолистезе (Кыргызпатент, патент на изобретение №796 от 30.07. 2005 г.).

Определена эффективность нового метода хирургического лечения спондилолистеза по сравнению с традиционными методами.

Усовершенствована тактика хирургического лечения больных с пояснично-крестцовым спондилолистезом с использованием нового способа для переднего корпородеза, позволяющая повысить эффективность лечения данной патологии.

Практическая значимость полученных результатов.

Внедрение основных положений работы способствовало существенному улучшению результатов:

- Разработанный способ спондилодеза позволил исключить в послеоперационном периоде рецидив смещения вправленного и стабилизированного позвонка, за счет цельной продольной укладки аутоотраспантанта, взятого из крыла подвздошной кости, последний комбинируется с межтеловой укладкой аутоотраспантанта взятого из тел самих сочленяемых позвонков.

- Использование нового способа стабилизирующего переднего корпородеза при пояснично-крестцовом спондилолистезе позволило уменьшить количество послеоперационных осложнений, сократить сроки госпитализации, проводить раннюю активизацию больных после операции.

- Улучшить клинико-функциональные результаты в отдаленном послеоперационном периоде.

Экономическая значимость полученных результатов включает возможность получения медико-социальной эффективности при использовании научно-обоснованных и методически разработанных методов лечения за счет сокращения сроков лечения, снижения числа осложнений, а также более успешной реабилитации больных со спондилолистезом пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. Разработанный новый способ стабилизирующего переднего корпорозеда позволяет повысить эффективность хирургического лечения больных с пояснично-крестцовым спондилолистезом.

2. Всестороннее, комплексное обследование пациентов со спондилолистезом, сочетающее в себе клинико-неврологический анализ, рентгенографические исследования и современные методы лучевой диагностики дают возможность определить вид спондилолистеза, наличие неврологических нарушений, характер и тяжесть деформации пояснично-крестцового отдела позвоночника с целью выработки оптимальной тактики оперативного лечения.

3. Применение разработанного способа оперативного лечения спондилолистеза является методом выбора, при котором можно выполнить первичную стабильную костно-пластическую фиксацию позвоночных сегментов, что обеспечивает раннюю активизацию больных после операции.

Личный вклад соискателя. Личное участие соискателя охватывает разработку нового способа корпорозеда при спондилолистезе пояснично-крестцового отдела позвоночника, накопление и обработку клинического материала, участие в хирургическом лечении обследованных больных

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: Международном симпозиуме «Курорты Кыргызстана в новом тысячелетии» (г. Чолпон –Ата, 2004); XI Международной научной конференции молодых ученых и специалистов (г. Бишкек, 2005); Заседании научного общества травматологов ортопедов Кыргызстана (г. Бишкек, 2005); VII Съезде травматологов – ортопедов России (г. Самара, 2006); I съезде травматологов ортопедов Кыргызстана с участием зарубежных специалистов (с. Бостери, 2006).

Внедрение результатов исследования. Разработанный способ хирургического лечения спондилолистеза пояснично-крестцового отдела с применением переднего стабилизирующего корпорозеда внедрен в отделении реабилитационной ортопедии Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения и отделении патологии позвоночника Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии. Полученные данные используются в учебном процессе на кафедре травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, в том числе 12 статей, получено 2 патента на изобретение.

Объем и структура диссертации. Материалы диссертации изложены на 125 страницах электронного набора шрифтом Times New Roman, кириллица (размер 14, интервал 1,5). Работа состоит из введения, 4-х глав, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка литературы, приложения. Список литературы содержит 170 источников, из них 99 – работ авторов дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 13 таблицами, 52 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Научное исследование основано на результатах лечения 83 больных с спондилолистезом пояснично-крестцового отдела позвоночника в Бишкекском научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии и Кыргызском научно-исследовательском институте курортологии и восстановительного лечения за период с 2000 по 2005 годы.

Больные пролеченные в клиниках со спондилолистезом пояснично-крестцового отдела позвоночника разделены на основную и контрольную группы и были проанализированы результаты лечения.

Наблюдаемые нами 83 больных по половому признаку разделились следующим образом: среди них мужчин было 47 человек, женщин 36. Наибольшее количество случаев спондилолистеза приходится на возраст 21-50 лет, то есть на самый трудоспособный период жизни человека. Самый молодой пациент был в возрасте 15 лет, а самый старый 67 лет, их распределение по полу и возрасту дано в (таблица 1). Здесь среди мужчин чаще поступали в возрасте до 40 лет, в то время как среди женщин больше было больных в возрасте от 40 до 60 лет.

При анализе профессии у оперированных нами больных было установлено, что спондилолистез чаще встречался у пациентов тяжелого физического труда (48 чел. – 57,83%).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Мужчины n = 47		Женщины n = 36		Всего	
	абс. ч.	(%)	абс. ч.	(%)	абс. ч.	(%)
До 20 лет	10	21,3	2	5,5	12	14,4
21-30	11	23,4	3	8,3	14	16,9
31-40	8	17,0	6	16,7	14	16,8
41-50	7	14,9	9	25,0	16	19,3
51-60	8	17,0	8	22,2	16	19,3
Старше 60 лет	3	6,4	8	22,3	11	13,2
Всего	47	100,0	36	100,0	83	100,0

При определении причин появления заболевания было отмечено, что у 37 пациентов (44,58%) клинические признаки заболевания возникли после поднятия тяжести, у 9 (10,84%) после травмы, у 8 женщин (9,64%) после родов. Остальные пациенты не смогли назвать причину возникновения болевого синдрома.

Таблица 2

Распределение оперированных больных по уровню и виду смещения

Вид спондилолистеза	Число больных		Уровень смещения			
	абс	%	L5	L4	L3	L4, L5
Диспластический	18	21,7	13	5	-	-
Спондилолизный	31	37,3	20	11	-	-
Дегенеративный	32	38,6	8	13	6	5
Травматический	2	2,4	-	-	2	-
Всего	83	100	41	29	8	5

Мы рассмотрели также больных по виду спондилолистеза и при этом установили, что среди поступивших почти в равном числе наблюдения составили дегенеративный 32 больных (39%) и спондилолизный 31 (37%) и реже – диспластический 18 (22%) и травматический у 2 больных (2%).

Особое внимание нами было обращено на определение степени смещения позвонков и при этом установлено, что чаще встречались смещения L5 позвонка (41 человек). Спондилолистез L4 позвонка установлен у 29 больных (34,9%), L3 – у 8 (9,6%), и у 5 пациентов (6,1%) спондилолистез выявлен на двух уровнях (таблица 2).

Помимо общеклинического исследования задач в этой группе больных является выявление ортопедических и неврологических нарушений, характерных для спондилолистеза, и сопоставление их с данными инструментального исследования

Клинические проявления при спондилолистезе обусловлены двумя основными факторами: дегенеративной нестабильностью и компрессией спинномозговых нервов. С первым фактором связаны ортопедические нарушения, со вторым – неврологические, выявление которых имеет немаловажное значение не только в диагностике, но и тактике лечения, поэтому мы детально остановимся на выявлении этих нарушений и их оценке.

Из ортопедических нарушений при спондилолистезе у всех поступивших наблюдалось ограничение движений в поясничном отделе позвоночника 83 больных (100%), частым симптомом является люмбагия 73 (88,0%), особенно при динамической нагрузке, у большинства больных наблюдалось изменение походки (у 70 больных – 84,7%), мышечная боль в паравертебральных зонах (67 – 80,7%), боль при пальпации остистого отростка смещенного позвонка у 51 (61,4%). Многие больные носили корсет-68 (77,1%) и пользовались дополнительной опорой 29 (34,9%).

Немаловажное значение имеют исследования, направленные на выявление неврологических нарушений, поскольку они нередко являются основным показанием для оперативного лечения. Необходимо отметить, что

диспластический и спондилолизный спондилолистез I-II степени, как правило, протекают без неврологических нарушений. При более тяжелых степенях смещения, также при иволютивном спондилолистезе неврологические нарушения встречаются довольно часто.

Наиболее часто имели место корешковые боли, которые были либо односторонними (41,8%), либо двусторонними (25,3%). Почти у половины больных выявлены двигательные расстройства (47,8%) и нарушения рефлексов (37,3%), реже отмечено такое тяжелое расстройство как нарушение функции тазовых органов (5 чел. – 6,0%).

Рентгенологическое исследование при спондилолистезе имеет важное диагностическое значение, на что указывают многие исследователи. При обследовании больных мы в стандартные методы диагностики включали рентгенографию в переднезадней, боковой, $3/4$ проекциях и функциональные спондилограммы в положении максимального сгибания и разгибания. Рентгенологическое исследование проводилось всем больным и после операции, что позволяло оценить степень костного сращения.

Прямая проекция давала нам следующую информацию о патологических процессах при спондилолистезе: диспластические изменения (незаращение дужек, незаращение сакрального канала, наличие сакрализации или люмбализации переходных позвонков, недоразвитие суставных отростков и т.д.); дегенеративно-дистрофические изменения (деформирующий артроз дугоотростчатых суставов, склероз замыкательных пластин, боковые смещения тел, боковая деформация позвоночного столба); адаптационные изменения (боковые остеофиты, неоартроз остистых отростков, апикально-аркуальных сочленений).

С помощью боковой проекции мы получали информацию о выраженности поясничного лордоза, степени переднезаднего смещения тела, уменьшения высоты межтелового промежутка, наличия щели в межсуставной части дуги. Так же важно выявить адаптационные изменения (образование «консольвидного» позвонка, формирование фиброзного или костного блока между телами позвонков).

Рентгеновская компьютерная томография дает информацию о костных структурах позвоночника. Метод особенно важен в тех случаях, когда имеются противопоказания к МРТ – исследованию. Компьютерная томография проведена 53 пациентам, при этом установили уровень, характер и степень смещения позвонков, а также наличие грыжи межпозвонкового диска. Так, в нашем исследовании сочетание спондилолистеза с грыжей пояснично-крестцового отдела позвоночника отмечено в 19 случаев.

Это исследование является на сегодняшний день наиболее информативным методом диагностики. Его появление является важной вехой в истории медицины. Если с помощью рентгена мы увидели кости, то с помощью МРТ видим мягкие ткани, как на анатомическом срезе. Данный метод позволил не инвазивным способом получать несравнимо больше информации, чем с помощью инвазивных методов вместе взятых. В нашем исследовании МРТ произведена 47 больным, при этом мы всегда обращали

внимание на количество фиброзной ткани позади смещенного позвонка, иногда эта ткань занимала значительную часть позвоночного канала, чем создавала определенные технические трудности при выполнении оперативного вмешательства.

Проведенное комплексное обследование больных, включающее в себя клинический осмотр, обзорную и функциональную спондилографию, использование современных методов диагностики (МРТ, КТ) позволило нам установить характер и степень смещения позвонков, вид спондилолистеза, выявить наличие патологических изменений со стороны позвоночного канала, а также наметить обоснованный план оперативного лечения.

Такой комплексный подход при обследовании больных со спондилолистезом во многом предопределяет показания и успех оперативного лечения.

В отделении нейроортопедии КНИИК и ВЛ и отделении патологии позвоночника БНИЦ ТО по ранее известным способам прооперировано 32 пациента, страдавших пояснично-крестцовым спондилолистезом, из них 10 – больных оперировано по методике разработанной В.Д Чаклиным.; 14 – пациентов по методике Я.Л Цивьяна.; 8-по методике А.И. Осна (рис.1). Из 32 больных наиболее часто при любом методе выполнялись операции у пациентов с первой и второй степенью смещения.

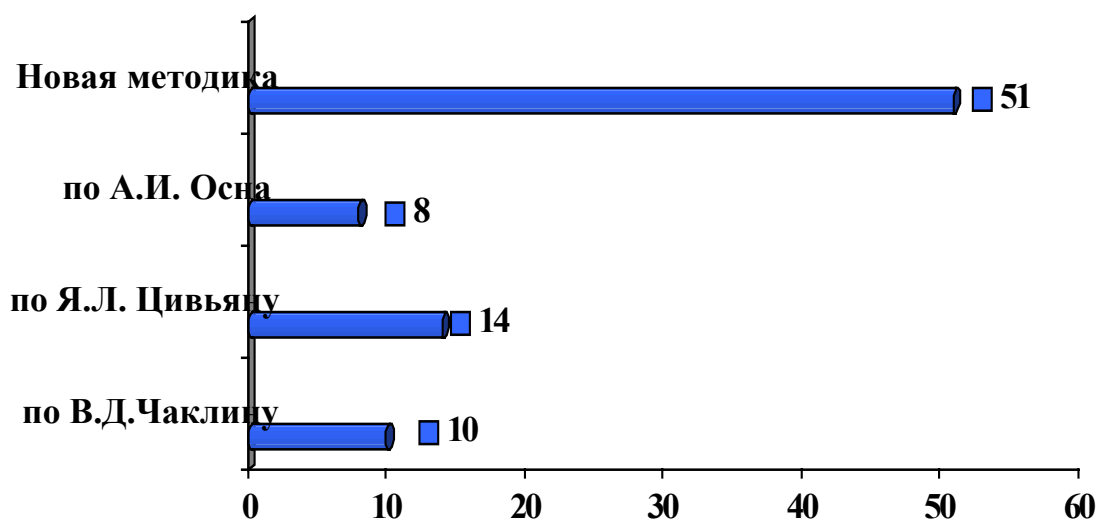


Рис. 1. Распределение больных спондилолистезом по методам операции (абс ч.)

Представленные способы оперативного лечения спондилолистеза на протяжении ряда лет являлись у нас основными, но по мере накопления клинического материала нами были выявлены их определенные недостатки: появление псевдоартрозов 8,4%, лизис аутотрансплантата 7,2%. рецидив смещения 4,8% и как следствие этого, не устраненные диск-радикулярные, вертебро-медулярные нарушения, которые явились основанием к поиску новых способов оперативного лечения спондилолистеза.

паза на 3-4 мм, чем достигается эффект расклинивания при укладывании в паз вдоль сочленяемых позвонков – интеркорпорально. В послеоперационном периоде во время активизации пациентов полужесткий корсет, сдавливая место взятия аутотранспланта, вызывает ощутимый болевой синдром раздражая резецированные края подвздошной кости. В связи с этим с целью уменьшения болей нами внедрен метод аутокостной пластики крыла подвздошной кости получено удостоверение на рацпредложение №111, выданное Кыргызпатентом в 2004 г. Ранее рассеченное фиброзное кольцо укладывали впереди трансплантатов и сшивали. К телам оперированных позвонков подвели пластиковый катетер, который соединяли к активному отсосу на 24-48 часов. Края раны послойно сшивали.

Особенности разработанного нами метода спондилодеза:

1. Подход к диску по заднебоковой поверхности
2. Рассекается только 1/3 часть фиброзного кольца
3. Передняя продольная связка не повреждается
4. Вертикальный паз в пределах средней опорной колонны в переднезаднем направлении с учетом предполагаемой репозиции.
5. Создание резервного пространства перед дуральным мешком, путем удаления, пораженного межпозвонкового диска и задней продольной связки на уровне смещения.
6. Укладка трансплантатов комбинированная, тем самым увеличивается площадь соприкосновения аутокости с сочленяемыми позвонками, составляющая не менее 60%.

Показания и противопоказания к операции. Особое внимание мы уделили определению показаний к оперативному лечению, предоперационной подготовке и ведению послеоперационного периода, как этап лечения, влияющий на исход операций. Показания к хирургическому лечению ни в коем случае не определяются степенью смещения позвонка, а главным фактором является клиническое состояние больного и прогноз дальнейшего течения заболевания. По мере накопления клинического материала нами были определены показания к операции, которые зависят от: 1) клинической картины заболевания (в частности, от неврологических проявлений); 2) возраста больного; 3) причины спондилолистеза; 4) профессии больного; 5) стабильности и степени выраженности смещения позвонка, его локализации и при этом выделили абсолютные и относительные показания к оперативному лечению спондилолистеза.

Противопоказанием к оперативному лечению относятся больные с заболеваниями, которые могут осложнить течение наркоза. На основании собственного опыта к группе риска мы относим пациентов со следующими заболеваниями: тромбофлебит нижних конечностей, заболевания, требующие применения стероидных гормонов, ожирение III-IV степени, тяжелые формы сахарного диабета, выраженный остеопороз.

Реабилитация после переднего корпородеза при спондилолистезе является существенным фактором для достижения хороших результатов.

Ранняя реабилитация является основой профилактики осложнений в раннем послеоперационном периоде. Послеоперационные реабилитационные мероприятия пациентов должны быть комплексными и направлены на: предотвращение пареза кишечника; профилактику глубокого венозного тромбоза; предотвращение сердечно-легочных осложнений; повышение тонуса в ослабленных мышцах; преодоление действующих компенсаторных механизмов; (восстановление правильной осанки и походки).

Больным основной группы разрешалось вставать на ноги на 12-14 сутки. На 16-18 сутки, разрешали вставать на ноги той части пациентов, которые по тем или иным причинам не были активизированы в обычные сроки. Это больные с избыточным весом и у которых операция прошла с техническими трудностями и сопровождалась повышенной кровопотерей.

Сроки начала вертикальной нагрузки после операции также зависели от методики проведенной операции. Так, пациенты, оперированные по известным методикам (контрольная группа), приступали к вертикальной нагрузке только на 27-30 сутки.

Результаты оперативного лечения нами были отслежены в сроках от 3 месяцев до 6 лет у 54 больных из 83 оперированных (65,1%).

Мужчин было 29 человек, женщин 24, средний возраст составил 46,8 лет.

Необходимо отметить, что в обеих группах количество больных до 20 лет, от 30-до 40 лет и старше 60 лет было равнозначным, а в остальных возрастных группах различия были не существенными.

Результаты операций рассматривались нами отдельно в основной и контрольной группе, то есть в зависимости от выполненного оперативного вмешательства.

1. Пациенты, оперированные по ранее известным методикам (В.Д. Чаклин, Я.Л. Цывьян, А.И. Осна) – 21 человек, которых мы ранее отнесли в контрольную группу (КГ).

2. Пациенты, оперированные по разработанной новой методике – 33 человек, основная группа (ОГ).

При изучении динамики ортопедических нарушений в двух исследуемых группах нами существенной разницы не выявлено, хотя некоторые показатели оказались лучше в ОГ, так люмбалгия при статической и динамической нагрузке в основной группе отмечена в 3% случаев, в контрольной 14,3%. При динамической нагрузке в ОГ – 6,1%, в КГ – 19%. Вынужденная позовая установка в ОГ выявлена в 3% случаев, в КГ – 14,3%. Гипертонус околопозвоночных мышц в ОГ имел место в 9,1% случаев, а в КГ 33,3%. Также постоянное ношение поясничного корсета в катамнезе выявлено в ОГ у 6%, в КГ 23,8% больных

Клинически в послеоперационном периоде все пациенты отмечали регресс болевой симптоматики. При выписке пациентов из стационара после проведенного лечения в неврологическом статусе сохранялись имевшие место до операции нарушения в рефлекторной и чувствительной сфере, более выраженные в КГ. Так корешковые боли были отмечены в ОГ односторонние

в 12,1% случаев, двусторонние 3%, в контрольной группе односторонние 38,1%, двусторонние 9%.

Гипотрофия мышц нижних конечностей нами выявлена в 24,2% случаях в ОГ и 33,3% соответственно в КГ. Снижение силы мышц бедра и голени в ОГ в 6,1%, а в КГ – 19%. Парезы и параличи нижних конечностей отмечены в ОГ у 3% больных, в КГ – 4,8%.

Нарушения чувствительности в виде гипестезии в ОГ отмечено у 2,4% больных, в КГ – 23,8%. Симптом натяжения нервных корешков (Ласега) в катамнезе у ОГ выявлен: слабopоложительный (больше 60°) в 6,1 % случаев, в КГ не выявлено, умеренно положительный симптом Ласега от 40° до 60° в ОГ не выявлен, тогда как в КГ он составил – 14,3%.

По нашему мнению полученная разница неврологических симптомов в двух исследуемых группа объясняется тем фактом, что при проведении операции по новой методике нами учитывался как нейрохирургический, так и ортопедический принцип оперативного лечения спондилолистеза.

Сформировавшийся костный блок тел позвонков с трансплантатами и начальными признаками ремоделирования представлял собой опорный в функциональном отношении костный конгломерат. Его анатомо-функциональная перестройка в основной группе (33 больных) с восстановлением губчатой структуры происходила начиная с 6-7 месяцев и продолжалась в течение 12-18 месяцев.

Рентгенологические результаты у больных в контрольной группе (21 больных) значительно замедлены, явления анатомо-функциональной перестройки с восстановлением губчатой структуры происходили, начиная с 8-9 месяца и продолжались соответственно до 1-2 лет.

Срок восстановления трудоспособности в среднем 8-12 месяцев, а в контрольной группе 12-18 месяцев.

Таблица 3

Отдаленные результаты оперативного лечения спондилолистеза

Метод корпородеза	Число больных		Функциональный результат					
	абс	%	Хороший Абс./%		Удовл-ый Абс/%		Неуд-ый Абс./%	
По новой методике	33	61,1	29	87,9	4	12,1	-	-
По известным методикам	21	38,9	11	52,4	7	33,3	3	14,3
Всего	54	-	40		11		3	

При оценке результатов мы использовали следующими критериями:

1. Хорошие – отсутствие жалоб, полный регресс неврологической симптоматики, рентгенологически состоявшийся спондилодез и полное восстановление трудоспособности;

2. Удовлетворительные – периодические боли в пояснице, частичный регресс неврологической симптоматики и смена работы (легкий труд);

3. Неудовлетворительные – боли в пояснице частичный регресс неврологической симптоматики, рентгенологически несостоявшийся спондилодез, стойкая инвалидность.

На основании изучения катамнеза у двух исследуемых групп нами были получены следующие результаты оперативного лечения спондилолистеза: в основной группе: хорошие результаты выявлены у 87,9% больных, удовлетворительные у 12,1%, неудовлетворительных результатов не отмечено. В контрольной группе соответственно хорошие были отмечены у 52,4% больных, удовлетворительные у 33,3% пациента и 14,3% пациентов были отмечены как неудовлетворительные (таблица 3).

ВЫВОДЫ

1. Комплексное обследование больных, включающее в себя клинический осмотр, обзорную и функциональную спондилографию, использование современных методов диагностики (МРТ, КТ) позволяет установить характер и степень смещения позвонков, вид спондилолистеза, выявить наличие патологических изменений со стороны позвоночного канала, а также наметить обоснованный план оперативного лечения.

2. Разработанный способ позволяет добиться стабильно-блокирующего корпороза за счет комбинированной укладки трансплантата, при этом увеличивается общая площадь соприкосновения трансплантата и ложа сочленяемых позвонков до 40-60 %. Такая укладка трансплантата в виду своей большой площади соприкосновения способствовала ранней регенерации, и остеоинтеграции трансплантата с материнским ложем с формированием костного блока у больных основной группы.

3. Полученные различия при анализе клинических, рентгенологических, а также КТ исследований проводимых на протяжении 6 лет в двух исследуемых группах позволяют утверждать о высокой эффективности предложенного способа по сравнению с существующими.

4. Ближайшие и отдаленные результаты лечения отслежены у 54 больных и составили у основной группы: хорошие у 87,9% больных, удовлетворительные у 12,1%, неудовлетворительных не отмечено. В контрольной группе соответственно хорошие были отмечены у 52,4% больных, удовлетворительные у 33,3% пациента и 14,3% пациентов были отмечены как неудовлетворительные.

5. Анализ возникших трудностей и осложнений при выполнении переднего спондилодеза свидетельствует о необходимости в проведении тщательного, комплексного дооперационного обследования пациентов, с обязательным составлением четкого плана предстоящей операции.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Хирургическое лечение спондилолистеза необходимо планировать, исходя в первую очередь из клинических проявлений заболевания. Сам факт смещения позвонков ни в коей мере не должен служить показанием к операции. Клиническое мышление всегда должно предшествовать инструментальному методу. Главной задачей обследования является установление связи клинических проявлений заболевания с данными дополнительных методов исследования.

2. При любой форме спондилолистеза страдает межпозвонковый диск и соответственно передний опорный комплекс, поэтому стабилизация передней колонны является необходимым условием успешного лечения спондилолистеза.

3. Стабилизацию передней колонны можно выполнить как с помощью заднего доступа, так и из переднего. Предпочтение следует отдавать вентральному доступу, так как он имеет неоспоримые преимущества перед задними доступами. Стабилизация передней колонны из заднего доступа не обеспечивает должную стабилизацию, и чревата неврологическими осложнениями, поскольку доступ осуществляется через позвоночный канал.

4. Применение стабилизирующих конструкций без удаления патологически измененного диска и костной пластики не оправдано, поскольку они обеспечивают лишь временную стабильность.

5. Для межтелового спондилолистеза лучше всего использовать аутокость.

Список опубликованных работ по теме диссертации:

1. Регресс неврологических нарушений после хирургических вмешательств при остеохондрозе позвоночника // VII съезд травматологов-ортопедов России. – Новосибирск, 2002. – С. 219-220 (соавт. С.А. Джумабеков, Ч.Т. Токтомушев, Ж.Д. Сулайманов и др.).

2. Хирургическое лечение спондилолистеза // VII съезд травматологов-ортопедов России. – Новосибирск, 2002. – С. 218 (соавт. С.А. Джумабеков, Ж.Д. Сулайманов и др.).

3. Клинико-рентгенологические аспекты спондилолистеза пояснично-крестцового отдела позвоночника // Вестник КГНУ. – 2003. – №2. – С. 135-137 (соавт. С.А. Джумабеков, Ж.Д. Сулайманов, А.С. Усенов и др.).

4. Лечение нестабильных форм спондилолистеза поясничного отдела позвоночника // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии на современном этапе и презентация НИИ травматологии и ортопедии: Материалы Международной конференции: Спец. выпуск Травматология және ортопедия. – Астана, 2003. – №2. – С. 66-68 (соавт. С.А. Джумабеков, Ж.Д. Сулайманов, А.С. Усенов, А.А. Кубатбеков).

5. Комплексное лечение больных при спондилолистезе поясничного отдела позвоночника // Курорты Кыргызстана в новом тысячелетии: Материалы Международного симпозиума. – Чолпон-Ата, 2004. – С. 141-145.

6. Отдаленные результаты оперативного лечения нестабильности пояснично-крестцового отдела позвоночника // Курорты Кыргызстана в

новом тысячелетии: Материалы Международного симпозиума. – Чолпон-Ата, 2004. – С. 73-78. (соавт. С.А. Джумабеков, Ж.Д. Сулайманов, А.С. Усенов).

7. Результаты хирургического лечения больных со спондилолистезом // Центрально-Азиатский медицинский журнал 2004. – Том 10, №2-3: – С. 32-133 (соавт. С.А. Джумабеков, Ж.Д. Сулайманов, А.С. Усенов, А.А. Кубатбеков).

8. Некоторые особенности комбинированного корпородеза при лечении дегенеративного спондилолистеза // Здравоохранение Кыргызстана. – 2005. – №1. – С. 190-192 (соавт. Ж.Д. Сулайманов).

9. Диагностика и тактика лечения нестабильных форм поясничного остеохондроза // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2005. – Том 2, приложение 5. – С. 88-89 (соавт. Ж.Д. Сулайманов, А.С. Усенов, Мырзахат у. А., Нарынбек у. Ч.).

10. Хирургическое лечение пояснично-крестцового спондилолистеза стабилизирующим передним корпородезом // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2006. – Том 12, приложение 3. – С. 61-64 (соавт. С. А. Джумабеков, Ж.Д. Сулайманов, Нарынбек у. Ч., К.Т. Абылкасымов, Койчубеков А.А.).

11. Стабильный спондилодез при спондилолистезе пояснично-крестцового отдела позвоночника // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2006. – Т. 6, № 7. – С. 151-153 (соавт. С.А. Джумабеков, Х.С. Бебезов, Ж.Д. Сулайманов).

12. Клинико-рентгенологическая диагностика пояснично-крестцового остеохондроза и их хирургическое лечение // VIII съезд травматологов – ортопедов России. – Самара, 2006. – Том II. – С. 745 (соавт. Ж.Д. Сулайманов, Мырзахат у. А., Нарынбек у. Ч.).

Изобретение и рационализаторские предложения по теме диссертации

1. Способ лечения спондилолистеза поясничного отдела позвоночника. – Кыргызпатент, патент на изобретение № 796 от 30.07.2005 г. (соавт. С.А. Джумабеков, Ж.Д. Сулайманов).

2. Поясничный корсет. – Кыргызпатент, патент на полезную модель № 60 от 30.09.2004 г. (соавт. Ж.Д. Сулайманов, А.С. Усенов).

3. Текстильный корсет «ленинградского» типа для стабилизации и разгрузки позвоночника после операции. – КГМА, рационализаторское предложение № 947 от 25.06.2003 г. (соавт. Ж.Д. Сулайманов, А.С. Усенов).

4. Способ остановки кровотечения из тел позвонков аутокостной стружкой. – Кыргызпатент, рационализаторское предложение №111, от 08.09.2004 г. (соавт. С.А. Джумабеков, Ж.Д. Сулайманов, Нарынбек у. Ч.).

5. Аутокостная пластика, места взятия аутотрансплантата, из крыла подвздошной кости. – Кыргызпатент, рационализаторское предложение №109 от 08.09.2004 г. (соавт. С.А. Джумабеков, Ж.Д. Сулайманов, Нарынбек у. Ч.).