



УДК 616.71-018.3-002-053.9

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Мамажонов Б.С.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

✓ **Резюме**

Анализируя клинические проявления поясничного остеохондроза позвоночника у больных пожилого и старческого возраста, авторы данной статьи использовали новый метод хирургического лечения больных с грыжами диска. Она включает в себя более экономной резекции заднего опорного комплекса и реализация единого доступа к спинномозговому каналу. Отличные и хорошие результаты были у 140 больных.

Ключевые слова: грыжа диска, поясничный остеохондроз, хирургическая лечения, пожилые, геронтология.

SURGICAL TREATMENT OF OSTEOCHONDROSIS OF THE LUMBAR SPINE IN ELDERLY PATIENTS

Mamajonov B.S.

Andijan State Medical Institute. Uzbekistan

✓ **Resume**

Analyzing the clinical manifestations of lumbar osteochondrosis of the spine in elderly and senile patients, the authors of this article used a new method of surgical treatment of patients with disc herniation. It includes a more economical resection of the posterior support complex and the implementation of a single access to the spinal canal. Excellent and good results were observed in 140 patients.

Key words: disc herniation, lumbar osteochondrosis, surgical treatment, elderly, gerontology.

KEKSA YOSHLILARDA BEL UMURTQALARI OSTEOKONDROZINI JARRORLIK YO'LI BILAN DAVOLASH

Mamajonov B.S.

Andijon davlat tibbiyot institute, O'zbekiston

✓ **Rezyume**

Keksa va qari yoshdagi bemorlarda umurtqa pog'onasining bel qismi osteokondrozining klinik ko'rinishlarini tahlil qilib, ushbu maqola mualliflari disk churrasi bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolashning yangi usulidan foydalananglar. U umurtqa orqa qo'llab-quvvatlash majmuasining yanada tejamkor rezektsiyasini va umurtqa kanaliga yagona kirishni amalga oshirishni o'z ichiga oladi. 140 nafar bemorda a'lo va yaxshi natijalar kuzatilgan.

Kalit so'zlar: disk churrasi, bel osteokondrozi, jarrohlik davolash, qariyalar, gerontologiya.

Актуальность

Проблема боли и дисфункции занимает одно из центральных мест в современной медицине и является предметом пристального внимания как для исследователей, так и для практических врачей. Негативное влияние этих факторов ярко проявляется в травматологии и ортопедии, где боль порой является ведущим клиническим проявлением патологии опорнодвигательной системы. Именно болевой синдром в ряде случаев влечет за собой ограничение функции и последующие вторичные морфологические изменения. Однако возможны и другие сценарии прогрессирования патологии, когда в силу различных причин первично страдает функция, а болевой синдром является вторичным. Так или иначе, тесная взаимосвязь и взаимное влияние

боли и дисфункции обуславливают клинические проявления патологии опорно-двигательной системы, определяя течение заболевания и снижение качества жизни вплоть до инвалидизации

Пояснично-крестцовая радикулопатия как причина боли в поясничной области встречается у 12% пожилых мужчин [10]. Для нее характерны распространение боли по корешковому типу, парестезии, чувствительные нарушения, мышечная слабость и нарушение рефлексов [2,3]. Грыжа межпозвонкового диска в классическом понимании более характерна для молодых пациентов, так как для пожилых больше характерен полифакторный стеноз позвоночного канала на поясничном уровне [1,4]. Однако грыжа межпозвонкового диска на пояснично-крестцовом уровне у пожилых людей как причина поясничной боли встречается чаще, чем считалось ранее [5,6]. Отмечается увеличение частоты хирургических вмешательств у пожилых пациентов, что может быть связано с восприятием клиницистами того, что результаты консервативного лечения грыжи межпозвонкового диска хуже в старших группах, чем в более молодых [7,8].

В настоящее время с улучшением оснащенности и техники оперативного лечения грыж межпозвоночных дисков при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника наметилась тенденция к более экономной резекции заднего опорного комплекса позвоночника [2,3,9]. В 2000 году Н.М. Курбанов предложил малоинвазивную методику оперативного лечения поясничного остеохондроза [5]. При встрече с больным, страдающим патологией межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника, перед ортопедами и нейрохирургами, прежде всего, встает основной вопрос о показаниях к оперативному лечению или к консервативной терапии. Вопрос этот достаточно сложен и как показывают данные литературы различными специалистами решается неоднозначно [4,9]. На фоне доминирующей тенденции к расширению показаний к оперативным вмешательствам некоторые авторы являются сторонниками длительной, многоэтапной консервативной терапии [6,10].

В данной статье мы представляем результаты хирургического лечения грыж межпозвоночных дисков в модификации нашей клиники. Данный подход малоинвазивен, и позволяет улучшить результаты хирургического лечения, сократить число послеоперационных осложнений и сроки стационарного лечения.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения остеохондроза поясничного отдела позвоночника путем применения нового метода хирургического лечения больных пожилого возраста с грыжами диска

Материал и методы

В нейрохирургическом отделении клиник АндГосМИ являющемся базой кафедры травматологии, ортопедии, ВПХ и нейрохирургии с 2019 г. по 2021 г. хирургическому лечению по поводу грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника подвергнуто 140 больных. У подавляющего числа пациентов длительность последнего ободрения составляла свыше 3-4 месяца консервативная терапия была неэффективной.

До операции больные обследовались по стандартной клинической методике: детальное выяснение длительного выяснения жалоб, уточнение анамнеза и динамики заболевания ортопедоневрологическое обследование, обзорная спондилография в стандартных проекциях, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

Поражение диска на уровне сегмента L3-L4 имело место у 23 больных, сегмента L4-L5 у 63, сегмента L5-S1 у 54 больных. В 27 случаях было выявлено полисегментарное поражение (на двух и более уровнях). Распределение грыж по поперечнику позвоночного канала было следующим срединные 22, парамедиальные 57, задне-боковые 59. Локализация грыж под задней продольной связкой отмечена у 91 больных, транслигаментарное расположение у 37, секвестрация со смещением свободных фрагментов диска по длиннику позвоночного канала у 21 больных.

Методика операции модифицированной дискэктомии заключается в следующем: осуществляется доступ к остистым отросткам и дужкам пораженных позвонков. Производится резекция дужки и иссекается желтая связка. Специальным инструментом производится резекция внутреннего края суставного отростка нижнего позвонка и часть ее дужки, т.е. осуществляется одномоментный доступ к позвоночному каналу и каналу спинномозгового корешка. Хирург из этого экономного доступа осуществляет контроль межпозвонкового диска, а также спинно-мозгового корешка на протяжении до вдоха в межпозвонковое отверстие. Таким образом, достигая полная декомпрессия дурального мешка и спинномозгового корешка

путем дискэктомии и фораминотомии. Одним из важных моментов этой методики является то, что исключается ущемление отечного спинномозгового корешка в межвозвонковом отверстии в послеоперационном периоде, что не предусмотрено другими известными методами дискэктомии.

В ближайшем послеоперационном периоде учитывая сопутствующие болезни (до 7 суток) всем больным проводилась медикаментозная, сосудистая и противовоспалительная терапия, профилактическая антибактериальная терапия, УВЧ на операционную рану. Постельный режим у подавляющего числа больных составлял 3 дня. В дальнейшем больные соблюдали ортопедический режим в течении 3 месяцев с получением реабилитационного медикаментозного лечения. В среднем срок пребывания больных в стационаре составил 5,1-койко дня.

Результат и обсуждение

Изучая результаты выполненных нами 121 (86,4%) оперативных вмешательств, мы констатировали малое количество интра- и послеоперационных осложнений. Только в 19 (13,6 %) случаях во время операции мы столкнулись со значительным кровотечением из варикознорасширенных эпидуральных вен. Последнее ликвидировалось электрокоагуляцией и тампонадой гемостатической губкой. Повреждения твердой оболочки, спинномозговых нервов, о которых пишут другие авторы мы не наблюдали. В ближайшем послеоперационном периоде не отмечены гнойно-воспалительные осложнения со стороны операционной раны.

Оценка результатов хирургических вмешательств производилась нами на основании критериев, учитывающих регресс болевого синдрома и восстановление трудоспособности.

Отличные и хорошие результаты отмечены у 132 (94,3 %) больных. Эта группа лиц при контрольных осмотрах (спустя 6-12 месяцев после операции) отмечала боли нерезкие, эпизодические в поясничной области или радикулярного характера. Все эти больные сохранили трудоспособность, правда с определенными ограничениями физических нагрузок у лиц старческого возраста.

У 21 больных (15%) результат оценен как удовлетворительный. В этой группе пациентов боли в поясничной области и радикулярного характера беспокоили достаточно часто, но при интенсивности были значительно слабее, чем до операции.

В 2 случаях (1,4%) в послеоперационном периоде отмечено постепенное нарастание неврологических расстройств, что указывало на прогрессирующее нарушение функций соответствующего корешка, по нашему мнению, могло быть результатом развивающейся сосудистой патологии. У этих больных результат оперативного рассматривался как неудовлетворительный.

Опыт работы нашей клиники позволяет высказать по данному вопросу следующие суждения:

Выбор метода лечения должен основываться на точной диагностике с учетом данных МРТ и КТ исследований, сопоставляемых с анамнестическими и объективными клиническими данными.

Невыполнение этого условия при последующей консервативной терапии может привести (особенно при проведении мануальных приемов) к увеличению протрузии диска, переводу его в пролапс с перфорацией задней продольной связки, а в ряде случаев и к секвестрации грыжи. В этих случаях консервативная терапия малоэффективна, а отсрочка операции ведет к прогрессированию эпидурита, развитию варикоза эпидуральных вен, затрудняет в дальнейшем выполнение вмешательства, делает проблематичным регресс симптоматики в послеоперационном периоде. Не значительные протрузии (сублигаментарные) дисков у пациентов с коротким анамнезом заболевания, сопровождающиеся болевым синдромом при отсутствии неврологического дефицита, в ряде случаев поддаются комплексной консервативной терапии (включая стационарное и санаторно-курортное лечение) с достаточно длительными ремиссиями и почти полным регрессом болевого синдрома. Однако такое улучшение состояния вовсе не означает полное выздоровление. Любые неблагоприятные воздействия (подъем тяжестей, падение, резкое движение), как правило приводят к увеличению протрузии, обострению заболевания, значительному нарастанию показаний к оперативному вмешательству.

Абсолютным показанием к операции мы считаем наличие грыжи диска значительных размеров, грубо деформирующий позвоночный канал и клинически проявляющийся

выраженным болевым синдромом, нарушениями в рефлекторной сфере, и особенно признаками начинающихся расстройств функций тазовых органов.

Считаем целесообразным подчеркнуть, что эффективность хирургического лечения остеохондроза зависит от таких факторов, как давность заболевания, выраженность не только механического, но и воспалительного и сосудистого компонентов патологического процесса в дооперационном периоде.

Заключения

Таким образом, как показывает наш опыт, у лиц старческого и пожилого возраста на особенности и объем операции влияет не только локализация грыжи, но и, главным образом, размеры межламинарного отверстия, суставных отростков, выраженность спаечного процесса (эпидурита) и состояние эпидуральных вен. Мы считаем, что объем операции во всех случаях должен быть адекватным поставленной цели вести не только к удалению грыжи диска, но и к ликвидации стеноза позвоночного канала выполнению менингоградикулолиза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Афаунов А.А., Басанкин И.В., Кузьменко А.В., Шаповалов В.К. Осложнения хирургического лечения поясничных стенозов дегенеративной этиологии // Хирургия позвоночника. – 2016. – Т. 13. – № 4. – С. 66–72.
2. Бывальцев В.А., Калинин А.А., Белых Е.Г. и др. Оптимизация результатов лечения пациентов с сегментарной нестабильностью поясничного отдела позвоночника при использовании малоинвазивной методики спондилодеза // Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. – 2015. – № 3. – С. 45–54.
3. Волков И.В., Карабаев И.Ш., Пташников Д.А., Коновалов Н.А., Поярков К.А. Результаты трансфораминальной эндоскопической дискэктомии при грыжах межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника // Травматология и ортопедия России. – 2017. – Т. 23. – № 3. – С. 32–42.
4. Коновалов Н.А., Назаренко А.Г., Крутько А.В. с совт. Результаты хирургического лечения нестабильности позвоночно-двигательного сегмента поясничного отдела позвоночника // Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко. – 2017. – № 81(6). – С. 69–80
5. Курбанов Н.М., Ботиров Н.Т., Худойбердиев К.Т. Оперативное лечение грыж межпозвоночного диска // Мед. журн. Узбекистана. -2000; №4 -с 39-40.
6. Солодкова, С. Ю. Остеохондроз позвоночного столба у пожилых людей. Особенности реабилитации / С. Ю. Солодкова, В. А. Куташов, И. С. Гурина, Т. Ю. Башлакова. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2016. — № 2 (106). — С. 387-390.
7. Hareni, N., Strömqvist, F., Strömqvist, B. et al. Predictors of satisfaction after lumbar disc herniation surgery in elderly. BMC Musculoskelet Disord 20, 594 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2975-4>
8. Stromqvist B, Fritzell P, Hagg O, Jonsson B. Swedish Society of Spinal S. The Swedish Spine Register: development, design and utility. Eur Spine J. 2009;18(Suppl 3):294–304.
9. Sedighi M, Haghnegahdar A. Lumbar disk herniation surgery: outcome and predictors. Global Spine J. 2014;4(4):233–44.
10. Wilson CA, Roffey DM, Chow D, Alkherayf F, Wai EK. A systematic review of preoperative predictors for postoperative clinical outcomes following lumbar discectomy. Spine J. 2016;16(11):1413–22.

Поступила 09.02.2022