

наличии полного повреждения спинного мозга (ASIA A) и при повреждении заднего костно-связочного комплекса лучше выполнить комбинированное вмешательство для круговой декомпрессии дурального мешка, реконструкции позвоночника и адекватной фиксации. Однако методом выбора в данном случае может служить вмешательство через задний доступ. Так, например, при полном перерыве спинного мозга, выявленном на нейровизуализационных (МРТ) изображениях, в сочетании с переломовывихом позвонка, предпочтительным является метод задней ламинэктомии, фасетэктомии, частичной или полной корпорэктомии с установкой межтелового трансплантата и задней фиксации. Однако при сложных грубо выраженных многоплоскостных деформациях позвоночного столба вмешательство через задний доступ не всегда позволяет достигнуть вправления позвоночника. В таких случаях следует предпринимать вмешательство комбинированным доступом. Также важным критерием в выборе метода декомпрессии и реконструкции позвоночного столба является общее состояние пациента, тяжесть сопутствующих повреждений, наличие тяжёлой соматической патологии, пожилой возраст.

Показания для проведения декомпрессивно-стабилизирующих операций при переломах грудного и поясничного отдела позвоночника боковыми доступами: 1) наличие передней компрессии нервных структур; 2) наличие признаков нестабильности передних отделов позвоночно-двигательного сегмента; 3) срок после травмы свыше 72 часов. Относительные противопоказания: возраст свыше 60 лет, тяжёлые экстравертебральные повреждения, выраженная сопутствующая патология, отсутствие возможности интраоперационного рентгенологического контроля, недостаток опыта выполнения подобных вмешательств у операционной бригады. Дополнительная задняя фиксация повреждённого сегмента после выполнения декомпрессии и реконструкции позвоночного сегмента через боковой доступ показана при: 1) наличие переломовывихов с повреждением задних костно-связочных структур; 2) «задняя» компрессия нервных структур; 3) непереносимость корсета.

Выводы: методы декомпрессии и реконструкции позвоночного столба через боковые и комбинированные доступы имеют достаточно чёткие показания, противопоказания. Они являются эффективными, достаточно безопасными и улучшают качество жизни пациентов.

A.Yu.Leontyev

DECOMPRESSION AND STABILIZATION THROU ANTERIOLATERAL AND COMBINE APPROACH FOR THORACOLUMAR INJURY

Kherson regional hospital. Department of neurosurgery. Kherson. Ukraine

ABSTRACT:

In the article has made analysis of records of 25 patients who has had decompressive and reconstructive procedure throu anteriolateral and combine approach in acute period. On base of facts and statistic analysis was proved efficiency this methods of decompression, were define clear indication and contraindication to each method and was assessed quality of live this patients in the postoperative period .

Keywords:

thoracolumar injury, anterolateral approach, combine approach, quality of live

© Oleynik A.D., Kovalev S.A., 2007.

А.Д.Олейник, С.А.Ковалев

КРИТЕРИИ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа, г. Белгород, Россия

Реферат:

Ретроспективный анализ результатов обследований больных поясничным остеохондрозом с хроническим болевым синдромом выявил наличие церебральных нарушений в 84,2 % случаев. Существующий комплекс обследования больных поясничным остеохондрозом ориентирован только на сам факт наличия изменённых межпозвоноковых дисков на определенном уровне позвоночника и не учитывает возможность развития вторичных изменений головного мозга, возникающих в результате воздействия хронического или острого болевого синдрома, обусловленного данным заболеванием. Разработан способ выявления радикулопатической и радикулоцеребральной формы поясничного остеохондроза, определены их клиничко-лучевые критерии и различия. Определена зависимость вторичных изменений головного мозга, обусловленных болевым синдромом при поясничном остеохондрозе, от его выраженности и длительности. Выявленные закономерности предоставляют возможность улучшения результатов хирургического лечения поясничного остеохондроза путём оптимизации срока оперативного лечения данной патологии позвоночника до развития вторичных изменений центральной нервной системы .

Ключевые слова:

поясничный остеохондроз, формы поясничного остеохондроза, церебральные нарушения при поясничном остеохондрозе

Эффективность хирургического лечения поясничного остеохондроза обычно связывается со степенью регресса болевого синдрома, что может быть справедливо при рас-

смотрении данного заболевания, как изолированной патологии поясничного отдела позвоночника. Однако качество жизни большинства больных поясничным остеохондрозом

зависит не только от выраженности болевых ощущений, но и от развивающихся при данном заболевании психоэмоциональных и когнитивных нарушений, которые возникают вследствие воздействия хронического болевого синдрома на центральную нервную систему. Ретроспективный анализ результатов обследований больных поясничным остеохондрозом с хроническим болевым синдромом выявил наличие церебральных нарушений в 84,2 % случаев.

Существующий комплекс обследования больных поясничным остеохондрозом ориентирован только на сам факт наличия изменённых межпозвонковых дисков на определенном уровне позвоночника и не учитывает возможность развития вторичных изменений головного мозга, возникающих в результате воздействия хронического или острого болевого синдрома, обусловленного данным заболеванием. Следствием этого является: 1. Неполноценное лечение заболевания, исключающее коррекцию изменений центральной нервной системы; 2. Неадекватный выбор срока оперативного лечения, приводящий к развитию вторичных изменений головного мозга. Данный факт значительно снижает эффективность оперативного лечения и послеоперационной реабилитации, что приводит к стойкому снижению трудоспособности больных.

Цель настоящей работы: - выявить дифференциальные критерии нейровизуализационной картины различных клинических проявлений поясничного остеохондроза.

Наше исследование проводилось с привлечением в общепринятый диагностический комплекс при поясничном остеохондрозе методов нейровизуализации головного мозга, что дало возможность оценить изменения межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника и изменения головного мозга, как единый взаимоотягивающий патологический процесс. Ретроспективный анализ магнитно-резонансных томограмм пояснично-крестцового отдела позвоночника и головного мозга, проведенных одновременно 114 больным позволил выделить клинико-лучевые критерии различных форм поясничного остеохондроза.

Радикулопатическая форма поясничного остеохондроза, характеризующаяся поражением только поясничных межпозвонковых дисков, оказывающих воздействие (ирритацию или компрессию) на корешки спинного мозга, выявлена у 18 пациентов (15,8%). Клиническая картина данной формы складывается только из симптомокомплекса поражения одного или нескольких корешков спинного мозга, а нейровизуализационная - из поражения одного или нескольких рядом расположенных поясничных межпозвонковых дисков в виде протрузии или пролапса без признаков поражения головного мозга.

Радикулоцеребральная форма поясничного остеохондроза, характеризующаяся явлениями одновременного поражения поясничных межпозвонковых дисков и головного мозга, выявлена у 96 пациентов (84,2%). Клиническая картина данной формы складывается из симптомокомплекса поражения корешков спинного мозга и церебральной симптоматики в виде частых головных болей в разное время суток 87,5% случаев, расстройств эмоциональной сферы (раздражительность в 90,6% случаев, апатия в 100% случаев, нарушение сна в 31,3% случаев) и снижения когнитивной функции в 18,8% случаев. Нейровизуализационная картина данной патологии складывается из сочетания поражения нескольких рядом расположенных поясничных межпозвонковых дисков в виде протрузии или пролапса с поражением головного мозга в виде перивентрикулярного отёка с единичными мелкоочаговыми изменениями в 74%, не

выраженного лейкоареоза с множественными мелкоочаговыми изменениями в 20,8% и лейкоареоза с гипотрофией вещества головного мозга в 5,2%.

Достоверность различных форм поясничного остеохондроза подтверждена статистическим анализом дифференциальных критериев заболевания, которые представлены выявленной церебральной симптоматикой и нейровизуализационными признаками поражения головного мозга.

Так, встречаемость нарушений эмоциональной сферы среди пациентов с радикулоцеребральной формой поясничного остеохондроза равна $1,0 \pm 0$ (100%), а среди пациентов с радикулопатической формой $0,06 \pm 0,09$, что указывает на достоверное отличие сравниваемых групп ($p=0,001$). Аналогичным способом установлены достоверные различия выявленных форм по встречаемости нарушений когнитивной сферы ($p=0,05$) и нейровизуализационных признаков поражения головного мозга ($p=0,001$). Важно отметить, что указанные формы поясничного остеохондроза не зависят от возраста и пола пациентов (в обоих случаях t -критерий Стьюдента $< 1,96$ для 112 степеней свободы).

Пациентам с различными формами поясничного остеохондроза производилось исследование качества жизни по опроснику The Rand 36, результаты которого показали, что у пациентов с радикулоцеребральной формой поясничного остеохондроза имеет место достоверное ($p=0,001$ и $p=0,005$) снижение всех основных показателей качества жизни. Важно отметить, что в данном случае выявлено снижение не только физической (M=45,1 \pm 2,24), но и эмоциональной роли (M=52,8 \pm 2,86), что в совокупности отрицательно влияет, как на социальное функционирование (M=56,3 \pm 2,28), так и на показатель общего здоровья (M=46,2 \pm 1,90).

Анализ длительности заболевания больных с разными формами поясничного остеохондроза указывает на их достоверную ($p=0,01$) зависимость от данного критерия. Отмечена существенная разница в средних значениях длительности заболевания больных радикулопатической (2,4 мес. \pm 10 дней) и радикулоцеребральной (4,4 года \pm 6 мес.) форм поясничного остеохондроза, что свидетельствует о скоротечности радикулопатической формы, которая при отсутствии адекватного лечения переходит в радикулоцеребральную. Минимальная длительность заболевания, при которой встречается радикулоцеребральная форма поясничного остеохондроза, в нашем исследовании составила 2 месяца.

Так же выявлена достоверная ($p=0,01$) зависимость разных форм поясничного остеохондроза от выраженности болевого синдрома, которая определялась по визуальной-аналоговой шкале оценки субъективного восприятия боли Кариха. Важно отметить, что среднее значение выраженности болевого синдрома в группе больных радикулопатической формой поясничного остеохондроза (61,1 \pm 4,1) больше, чем в группе больных радикулоцеребральной формой (47,6 \pm 0,97). Данная закономерность объясняется тем фактом, что пациентам с выраженным болевым синдромом оперативное лечение проводится в более ранние сроки от начала заболевания, в то время как пациенты с его меньшей выраженностью продолжают консервативную терапию, в большинстве случаев необоснованно длительный период.

Таким образом, диагностика различных форм поясничного остеохондроза способствует улучшению качества лечения больных поясничным остеохондрозом в связи с возможностью определения оптимального срока оперативного вмешательства до развития вторичной церебральной патологии.

Contact Information:

Д.м.н. Олейник Анатолий Дмитриевич

E-Mail: doctorolan@maul.ru

A.D.Oleynik, S.A.Kovalev

CRITERIA OF A COMPLEX ESTIMATION OF VARIOUS FORMS OF A LUMBAR OSTEOCHONDROSIS*Regional clinical hospital of Prelate Johsaf, Belgorod, Russia***ABSTRACT:**

The retrospective analysis of results of inspections sick of a lumbar osteochondrosis with a chronic painful syndrome has taped presence of cerebral disturbances in 84,2 % of cases. The existing complex of inspection sick is focused by a lumbar osteochondrosis only on the fact of presence of the changed intervertebral disks at the certain level of a backbone and does not consider an opportunity of development of secondary changes of the brain resulting influence of a chronic or acute painful syndrome, caused by the given disease. The way of revealing radiculopathy and radiculocerebral forms of a lumbar osteochondrosis is developed, their clinico-radiological criteria and differences are certain. Dependence of secondary changes of the brain caused by a painful syndrome at a lumbar osteochondrosis, on his expression and duration is certain. The taped laws give an opportunity of improvement of results of surgical treatment of a lumbar osteochondrosis by optimization of term of operative treatment of the given pathology of a backbone before development of secondary changes of the central nervous system.

Keywords:

a lumbar osteochondrosis, forms of a lumbar osteochondrosis, cerebral disturbances at a lumbar osteochondrosis

© Penina G.O., 2007.

Г.О.Пенина

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ПОЛИНЕВРОПАТИИ В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ*Коми филиал ГОУ ВПО «Кировская Государственная медицинская академия», г. Сыктывкар, Россия***Реферат:**

С диагнозом полиневропатия больные госпитализировались 196 раз. Наибольшую по величине группу среди них составляют пациенты, у которых заболевание носит наследственный характер (154 случая, 53 пациента). Среди госпитализированных пациентов с наследственной полиневропатией преобладают больные с южных территорий республики. Отмечается примерно равное число мужчин и женщин среди пациентов. Не выявлено достоверных различий среди пациентов различных по полу и месту проживания групп.

Ключевые слова:

наследственные полиневропатии, Республика Коми

По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно около 5-8% новорожденных появляются на свет с теми или иными врожденными и наследственными дефектами. Из них примерно 2% имеют тяжёлую патологию, нередко несовместимую с жизнью. Почти 40% ранней детской смертности частично или полностью обусловлено наследственной патологией. По данным республиканского медико-аналитического центра Республики Коми, заболеваемость нервно-мышечными и наследственными дегенеративными заболеваниями в республике имеет тенденцию к росту [2, 3, 4, 6, 7, 11].

Целью настоящей работы являлся эпидемиологический анализ и клиническое исследование наследственной полиневропатии в Республике Коми у взрослых пациентов. Абсолютному большинству этих пациентов обследование и лечение проводится в неврологическом отделении Коми республиканской больницы. Методом сплошного исследования нами были проанализированы все данные госпитализаций больных с наследственной полиневропатией (как правило, диагностировалась болезнь Шарко-Мари) в неврологическое отделение ГУ РК «Коми Республиканская больница» за период с 1998 по 2005 годы и обследованы пациенты, госпитализировавшиеся в течение 2005 г. В условиях неврологического отделения пациентам проводилось комплексное обследование: оценивался соматический и неврологический статус, изучались биохимические показатели, проводилось электрофизиологическое исследование, и др. [1, 2,

5, 8, 9, 10]. В ряде случаев выполнялась биопсия мышц. Подобное исследование в республике ранее не проводилось.

Анализ данных республиканского отделения неврологии с 1998 г. показывает, что в общей сложности с диагнозом полиневропатия пациенты госпитализировались 196 раз, что составило 2,4% от общего числа госпитализаций. Следует отметить, что случаи вегетативной и дис-метаболической полиневропатии составляют лишь небольшую часть указанной группы пациентов (18 и 12 случаев соответственно). Пациенты с диабетической полиневропатией, в основном, проходят лечение на базе отделения эндокринологии республиканской больницы, поэтому эта значительная группа пациентов практически не регистрируется в базе данных неврологического отделения. Наибольшую по величине группу среди госпитализируемых в неврологию КРБ больных с полиневропатией составляют пациенты, у которых заболевание носит наследственный характер (154 случая, 53 пациента). Практически у всех этих больных были диагностированы различные варианты болезни Шарко-Мари-Тутса. Нами изучены все случаи госпитализации больных с наследственной полиневропатией в республиканское неврологическое отделение за период с 1998 г. по 2004 г. Средний возраст госпитализированных пациентов составил 40,03±0,98 года при разбросе от 16-ти до 67-ми лет. Гендерный индекс в группе был 1:1. Среднее время пребывания в стационаре пациентов данной группы в среднем, составляло 19,9±0,26 койко-дня. Чаще в отделение госпитализировались жители южных территорий. Так, пациенты, проживающие на южных территориях республики, составили 96 случаев госпитализации, 62,3%, жители территорий, прирав-

Contact Information:

Проф. Галина Олеговна Пенина

E-Mail: seagall@rol.ru