

2002-057
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

На правах рукописи

УДК 616.711.6+616.721.1-089

УСЕНОВ АСАН СЕЙДАХМЕТОВИЧ

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖИ
МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА И ВТОРИЧНЫХ РУБЦОВО-
СПАЕЧНЫХ ПРОЦЕССОВ ЭПИДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА

14.00.22 - травматология и ортопедия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2002

Работа выполнена в Кыргызском научно-исследовательском институте курортологии и восстановительного лечения

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Джумабеков С.А

Официальные оппоненты:

1. доктор медицинских наук, профессор
2. кандидат медицинских наук, доцент

Кожокматов С.К.
Тазабеков К.Т.

Ведущее учреждение: Российский университет дружбы народов
(г.Москва)

15.30
Защита состоится « 28 » XI 2002 г в 14.00 часов
на заседании диссертационного совета Д 14.02.192 при
Национальном хирургическом центре МЗ КР по адресу: 720044, г.
Бишкек, ул. Третья линия, д.25.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке
Национального хирургического центра МЗ КР (г. Бишкек, ул. Третья
линия, д.25).

Автореферат разослан « » _____ 2002 г.

Ученый секретарь диссертационного совета.
кандидат медицинских наук, доцент:

Сопуев. А.А.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

- ГМД** -грыжа межпозвонкового диска
- ДПКР** -дискогенный пояснично-крестцовый радикулит
- КТ** -компьютерная томография
- МРТ** -магнитно-резонансная томография
- МГ** -миелография
- ПДГ** -перидураграфия
- ПДС** -позвоночно-двигательный сегмент
- ОГ** -основная группа
- КГ** -контрольная группа
- ЛПС** -лечебно-профилактическая смесь
- НПМП** -низкочастотное переменное магнитное поле

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. В настоящее время нужно считать абсолютно доказанным, что первопричиной многообразных проявлений клиники межпозвоночного остеохондроза с множеством и разнообразием наблюдаемых в жизни синдромов является пораженный диск. Он является исходным пунктом местных проявлений остеохондроза и очагом ирритации, порождающим многообразные вертеброгенные синдромы (Юмашев Г.С., 1984; Богоявлинский В.Ф. и Веселовский В.И., 1993; Лившиц А.В. и соавт., 1990; Попелянский Я.Ю. и соавт., 1991; R.G.Watkins, 1990; W.Gaspar, 1991; H.Fujisawa., S.Igarashi et al., 1996).

Группа компрессионных форм остеохондроза поясничного отдела позвоночника, требующих оперативного лечения, составляет, по данным различных авторов, 3-10% от общего числа больных остеохондрозом позвоночника (Юмашев Г.С., 1984; Рамих Э.А. и Черепанов А.В., 1999; Шмырев В.И. с соавт., 1999; Рабинович С.С., 2000; Кривошапкин А.Л. и Фониин В.В., 2001; W.Caspar., 1991, 1996).

Несмотря на определенные успехи оперативного лечения остеохондроза позвоночника, появления новых технологий в лечении грыжи межпозвоночного диска, к сожалению ещё имеет место значительное количество неудовлетворительных послеоперационных результатов (30-50%), различных осложнений и рецидивов болевого синдрома (Ситель А.Б., 1990; Марголин Г.А., 1992; Щербук Ю.А. и Парфенов В.Е., 1999; Зорин Н.А., Кипра Ю.И. и соавт 2000; Мамытов М.М., 2001; Robert G.Watkins et al., 1990).

В клинике нередко приходится наблюдать больных, у которых после операции механическая компрессия нервного корешка ликвидируется, однако сохраняется болевой синдром, порой длительное время. Этот факт во многом объясняется патологическими изменениями, возникающими в самом нервном корешке и окружающих тканях (реактивно-спаечные процессы в корешке, эпидуральной клетчатке, оболочках спинного мозга) при грыжах диска.

В настоящее время роль рубцово-спаечных процессов в формировании вторичных болевых синдромов общеизвестна (Асс Я.К., 1971; Антонов И.П., 1983; Благодатский М.Д., 1987; Дривотинов Б.В., 1988; Гельфенбейн М.С. и соавт., 2000; Холодов С.А., 2002; Nygaard O.P., Kloster R et al., 1999), доказана роль аутоиммунного компонента в патогенезе радикулита. Тем не менее до сегодняшнего дня окончательно не разработаны радикальные способы устранения рубцово-спаечных процессов эпидурального пространства после оперативного

вмешательства по поводу грыжи поясничного отдела позвоночника. Изучение проблемы в этом аспекте обуславливает актуальность темы и является основанием для выполнения данного исследования.

Цель работы: Улучшение результатов микрохирургического лечения грыжи поясничного отдела позвоночника при помощи разработанного нами способа лечения вторичных корешковых болевых синдромов и рубцово-спаечных процессов эпидурального пространства.

Задачи исследования:

1. На основании комплексного обследования и микрохирургического лечение определить у больных частоту, степень и выраженность рубцово-спаечных процессов эпидурального пространства при грыжах поясничного отдела позвоночника.
2. Провести патогистологическое исследование тканей эпидурального пространства при грыжах межпозвоночного диска.
3. Разработать и изучить способ лечения корешковых болевых синдромов и рубцово-спаечных процессов эпидурального пространства.
4. Изучить катамнез больных до 3-х и более лет.
5. Разработать комплекс восстановительных мероприятий по ведению пациентов в послеоперационном периоде.

Научная новизна. Разработан способ лечения вторичных корешковых болевых синдромов и рубцово-спаечных процессов эпидурального пространства, осуществляемый интраоперационной катетеризацией эпидурального пространства с последующим введением лечебно-профилактической смеси и использованием лечебных свойств низкочастотного переменного магнитного поля.

Практическая значимость. Разработан и обоснован способ лечения корешковых болевых синдромов и рубцово-спаечных процессов эпидурального пространства, применение которого позволило улучшить результаты микрохирургического лечения межпозвоночных грыж поясничного отдела позвоночника. Даны практические рекомендации по применению данной методики при грыжах поясничного отдела позвоночника.

Основные положения выносимые к защите

1. У пациентов с грыжей межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника развиваются патоморфологические изменения эпидурального пространства по типу вторичных рубцово-спаечных процессов.
2. Применения метода микрохирургической дискэктомии с использованием разработанного способа лечения вторичных корешковых болевых синдромов и рубцово-спаечных процессов эпидурального

пространства способны улучшить результаты хирургического лечения грыжи диска

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены:

- на научно-практической международной конференции «Медицинская реабилитация и физическая терапия», Бишкек - 1997 г.;
- на 4-ой международной конференции молодых ученых «Актуальные вопросы современной медицины», Бишкек - 1997 г.;
- на международной конференции вертебрологов «Хирургическое лечение остеохондрозов», Бохум (Германия) - 1998 г.;
- на 21-м всемирном конгрессе ортопедов-травматологов, Сидней - 1999 г.;
- на 5-ой международной конференции травматологов и ортопедов, Бишкек - 1999 г.;
- на 2-ом научно-практическом семинаре «Современные аспекты диагностики и лечения остеохондроза позвоночника», Бишкек - 1999 г.;
- на конференциях Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения 1999 г., 2001 г.;
- на заседании Ассоциации ортопедов-травматологов Кыргызской Республики, Бишкек. - 2000 г.;
- на заседании Ассоциации хирургических обществ Кыргызской Республики, Бишкек - 2002 г..

Внедрение результатов исследования. Основные результаты исследования используются в клинической практике отделения нейроортопедии Кыргызского научно-исследовательского института курортологии и восстановительного лечения

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 147 страницах компьютерного набора и состоит из введения, обзора литературы, 4 глав, заключения, выводов, списка литературы. Список цитированной литературы состоит из 278 источников из них 73 на иностранных языках, диссертация иллюстрирована 30 рисунками и 15 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Характеристика клинических наблюдений и методов исследования

В работе проведен анализ данных обследования и микрохирургического лечения 70 больных с грыжей межпозвонкового диска на поясничном уровне позвоночника. Все пациенты находились в ортопедическом отделении института курортологии с 1996 по 1999 годы. Выделены две группы пациентов: основная группа (ОГ) и контрольная группа (КГ).

В ОГ - 52 пациента, которым проведена микрохирургическая дискэктомия с применением разработанного способа лечения вторичных корешковых болевых синдромов и рубцово-спаечных процессов эпидурального пространства.

В КГ - 18 пациентам проведена микрохирургическая дискэктомия без применения предложенного способа.

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст	ОГ (n=52)		КГ (n=18)		Всего
	мужчин	женщин	мужчин	женщин	
до 20 лет	1	-	2	1	4
21-30	2	2	7	5	16
31-40	3	2	12	5	22
41-50	2	1	9	5	17
51-60	2	1	1	2	6
больше 60	1	1	1	2	5
Всего	11	7	32	20	70

Наибольший процент составили пациенты трудоспособного возраста от 30 до 50 лет - 78,2%.

Обострение или начало заболевания сами больные связывали с факторами, представленными в таблице 2.

Таблица 2

Факторы начала заболевания по данным анамнеза

Факторы	Количество	
	абс.	%
Подъем тяжести	38	54,3
Травма позвоночника	24	34,3
Переохлаждение	8	11,4
ВСЕГО	70	100

встречались у 87 % больных.

Число обострений болевого корешкового синдрома представлено в таблице 3.

Все пациенты во время обострения получали амбулаторное и стационарное лечение, включающее в себя медикаментозную терапию, физиолечение, мануальную терапию, корсетную тракцию позвоночника, элементы нетрадиционной медицины, а также различные блокады позвоночного столба (паравerteбральную, эпидуральную). После проведенной консервативной терапии все пациенты отмечали как правило временный эффект, а в некоторых случаях обострение корешково-болевого синдрома, особенно после неудачно проведенной мануальной терапии. Также отмечено, что с момента первого приступа люмбаго до следующего значительно сокращался период ремиссии.

Таблица 3

Число обострений заболевания до поступления в стационар

Число обострений	Количество	
	абс.	%
одно обострение	6	8,6
два обострения	8	11,4
три обострения	52	74,3
более 3-х обострений	4	5,7
ВСЕГО	70	100

Неврологические данные: Рефлекторный синдром характеризовался болевым синдромом различной локализации, пациенты жаловались на боли в поясничном отделе позвоночника, в области ягодичных мышц, а также в области икроножных мышц.

Характерными при грыжах межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника были различные его анталгические установки. Напряжение паравerteбральных мышц, а также ограничение объема движений в позвоночнике как правило отмечено у всех обследуемых больных.

Корешковый синдром характеризовался выраженной корешковой болью, двигательными, чувствительными нарушениями, которые проявлялись изменениями сухожильных рефлексов, тонуса, силы и трофики мышц нижних конечностей, а также положительными симптомами натяжения, парезами и параличами.

100	70	ВСЕГО
-----	----	-------

Таблица 4

Симптомы и признаки грыжи межпозвоночного диска

Симптомы и признаки	ОГ-52		КГ-18	
	абс	%	абс	%
Симптомы				
Боли	52	100	18	100
Боли при кашле, настуживании	42	80,7	15	83,3
Признаки				
Ограничение объема движений позвоночника	50	96	17	94,4
Напряжение мышц спины	49	94	16	88,8
Болезненность в точках Гара и Валле	42	80,7	15	83,3
Тест Ласега				
больше 60°	-	-	-	-
40-60°	3	4,2	1	5,5
меньше 40°	49	94	17	94,4
Сколиоз				
гомолатеральный	24	46	8	44,4
гетеролатеральный	19	36,5	6	33,3
отсутствие сколиоза	9	17	4	22,2
Сглаженность лордоза	48	92	16	88,8
Расстройство чувствительности корешково-сегментарные несегментарные				
корешково-сегментарные	45	86,5	16	88,8
несегментарные	7	13,4	2	11
Двигательные расстройства парезы-параличи	3	6	2	11
гипо-арефлексия	44	84,6	15	83
гипо-атрофия	31	60	10	57

Методы исследования: Помимо общеклинических методов исследования включали рентгенографию позвоночника в двух проекциях, которая была проведена всем 70 больным.

По данным Арсени К и Симионеску М (1973) триада Бара (сколиоз, сглаженность лордоза и снижение высоты диска) являются достоверным признаком грыжи диска. Эти три рентгенологические симптома встречались у 87 % больных.

Миелография нами проведена у 12 пациентов с использованием омнипака. В положении пациента на боку проводилась люмбальная пункция в промежутке L3-5 или L4-5 с получением ликвора. Субарахноидально вводилось 10-12 мл омнипака. Затем пациента укладывали на живот с приподнятым головным концом на 15-20° производились миелограммы в двух проекциях с центрацией на заинтересованный позвоночный сегмент пояснично-крестцового отдела позвоночника. При интерпозиции МГ определяли прямые и косвенные признаки грыжи диска – деформации тени столба контраста в зоне локализации грыжи диска, его отклонение, а также наличие и выраженность рубцово-спаечных процессов. Грыжа межпозвоночного диска и рубцово-спаечные изменения эпидурального пространства установлены при МГ у всех пациентов.

КТ проведена у 45 больных, в нашем исследовании сканирование проводилось при стандартной укладке пациента на спине. Исследование начинали с обзорной томограммы в боковой проекции. При поражении межпозвоночного диска КТ выполняли при рассчитанном угле наклона по Hentzi, который соответствовал плоскости диска.

Сканирование проводили в краниальном направлении срезами толщиной 2-5 мм. Одновременно изучали 1-2 позвоночных сегмента в соответствии с неврологическими и рентгенологическими данными. При необходимости исследовали смежные сегменты позвоночника (уточнение топического расположения процесса).

Установить точный топический диагноз в сочетании с клиническими данными удалось в 99% случаев.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) осуществлена у 53 пациентов, данный метод позволил определить точную локализацию грыжи диска у всех больных, её уровень, сторону поражения, компрессию дурального мешка и корешков, а также выраженность рубцово-спаечных процессов эпидурального пространства.

Патогистологические изменения в тканях позвоночного канала при грыжах поясничного отдела позвоночника нами изучены у 12 больных. Объектом исследований явились: удаленный межпозвоночный диск, эпидуральная клетчатка, задняя продольная и желтая связки. Ткани позвоночного канала фиксировались в нейтральном формалине, проходили проводку в спиртах, заливались парафином; готовились срезы толщиной 5-6 мкм. Использовались окраски гематоксилином и эозином, пикрофуксинном по Ван-Гизону, на фибрин по Маллори, на эластину по Прантеру.

Характер морфологических изменений и степень их выраженности отличались большой вариабельностью. Нами наблюдались случаи с резко выраженным и распространенным отеком эпидуральной клетчатки с выпадением фибрина.

Клеточная инфильтрация отличалась диффузностью распространения на уровне грыжи диска или, чаще, ограниченным очаговым скоплением клеток в участках эпидуральной клетчатки или только вокруг сосудов, иногда наблюдались или большое число вновь образованных сосудов, или тромбозы сосудов, иногда с реканализацией и, наконец, плотные, толстые рубцовые муфты вокруг сосудов. Также отмечались некрозы, кровоизлияния, отложение гемосидерина, кальцификаты, в эпидуральной ткани определялись рубцовые процессы в виде как отдельных тяжей, очагов, так и диффузного склероза, иногда до полного замещения эпидуральной клетчатки грубой рубцовой тканью во всех исследуемых случаях.

Гистологические исследования задней продольной связки показали во многих случаях повреждения ее структуры на месте пролапса диска, следы кровоизлияний, скопление клеточных элементов, образование грануляционной ткани с ангиоматозом или рубцов на месте бывших повреждений связки.

Морфологические изменения, обнаруженные в хрящевой ткани (выпавшие фрагменты диска, ткань диска, удаленная при кюретаже), были представлены дегенеративно-дистрофическим процессом.

В желтой связке, как правило, наблюдались дезорганизация структуры связки в виде разволокнения большей или меньшей части волокон, иногда гипертрофия. Редко встречались скопления клеточных элементов по внутренней поверхности желтой связки, а также инфильтраты вокруг сосудов и рубцовые изменения.

Степень выраженности и характер описанных изменений широко варьировали, представляя в одних случаях остро развившийся, в других – вяло текущий, в третьих - закончившийся рубцовой процесс. Нередко отмечалось сочетание свежих очагов воспаления с рубцовыми процессами.

Микрохирургическое лечение грыжи межпозвоночного диска.

Микрохирургическая дискэктомия проводилась по методу Каспара при помощи медицинских инструментов фирмы «Aescular» с использованием бинокулярной хирургической лупы с шестикратным оптическим увеличением.

Показаниями к микрохирургической грыжэктомии явились: наличие массивной неврологической симптоматики, стойко выраженный болевой синдром или очень тяжело переносимые боли, грубые и стойкие

нарушения статики даже при умеренном болевом синдроме, постоянное возобновление корешковых болей при переходе в вертикальное положение, инвалидизация больного вследствие ГМД, наличие грыжи диска, выявленной методами КТ либо ЯМР, безуспешность проводимой консервативной терапии в течении 3-х месяцев, прогрессирующие неврологические расстройства и мышечная гипотрофия, частые приступы люмбашиалгии (2-3 раза в год).

Противопоказаниями к операции явились: истинный спондилолистез, стеноз позвоночного канала, нестабильность ПДС, а также тяжелые сопутствующие заболевания со стороны внутренних органов.

Результаты анализа неудовлетворительного хирургического лечения грыжи диска на поясничном уровне позвоночника основанные на изучении собственных наблюдений, а также данных литературы явились причиной поиска новых методов и совершенствования существующих. Учитывая вышеизложенное нами разработан и предложен способ лечения корешковых болевых синдромов, обусловленных эпидуритом (предварительный патент Кыргызской Республики за № 469 от 20.05.00). Предложенный нами метод заключается в том, что после микрохирургической дискэктомии в эпидуральное пространство вводится дренажная трубка-катетер, последний фиксируется на кожной поверхности лигатурой В первые сутки данный катетер функционирует как дренаж, по которому отходят остатки послеоперационной гематомы и тканевого секрета т.е. исключается фоновый механизм для образования рубцово-спаечного процесса.

На вторые сутки по данному катетеру вводится лечебно-профилактическая смесь состоящая: из 2% лидокаина 15 мл, гидрокортизона 25 мг, лидазы 60 ЕД, витамина В 12-500 У, данная смесь вводится 2 раза в сутки на протяжении 7-10 суток, кроме того нами используются лечебные свойства низкочастотного переменного магнитного поля на послеоперационную область, время воздействия 8-10 минут, всего 9-10 сеансов.

Результаты исследования. Результаты собственных наблюдений нами были изучены в раннем послеоперационном периоде и в позднем послеоперационном периоде. Сроки наблюдений составили от 3 месяцев до 3-х и более лет.

Ранний послеоперационный период у пациентов был без существенных различий, длительность постельного режима составила не более 1-2 суток. На вторые сутки оперированные больные активизировались - повороты в постели, поднятие на четвереньки,

вставание на колени, и на ноги 3-4 раза в день. С этого времени начинался комплекс упражнений для нижних конечностей.

С первого дня всем пациентам в послеоперационном периоде назначались антибиотики в профилактических дозах и комплекс дыхательных упражнений.

В результате микрохирургической дискэктомии клинические проявления у пациентов при выписке имели тенденцию к снижению. При определении эффективности предложенной методики с использованием ЛПС и НПМП мы учитывали: данные неврологического статуса, наличие поясничной боли, послеоперационной ишиалгии, количество рецидивов заболевания в течении 3-х лет.

Всего в катамнезе обследовано в основной группе (ОГ) 44 человек и в контрольной группе (КГ) 14 человек.

При анализе данных таблицы 6 нами выявлено уменьшение болевого синдрома в ОГ на 50.3 % по сравнению с КГ, также отмечена разница в регрессе неврологических нарушений в двух исследуемых группах, так корешково-сегментарные нарушения в ОГ составили 27,2%, в КГ-42,8 %, двигательные нарушения были представлены гипо-арефлексией в ОГ-56,8% и КГ-64,2%, гипо-атрофии составили-27,2% и соответственно-42,8%. Парезы – параличи отмечены у 2 больных в ОГ и у одного пациента в КГ.

Нами проведена статистическая обработка клинического материала в двух исследуемых группах и полученные количественные данные обработаны методами вариационной статистики. Значимость различий качественных данных определена по критерию согласия χ^2 (х-квадрат) (Вальвачев Н.И., Римжа М.И., 1989).

В нашем примере полученная величина $\chi^2 = 30,85$ выше критического уровня 27,7 при $P > 0,01$ и $n^1 = 13$, следовательно, есть основания отвергнуть нулевую гипотезу и говорить о существенности различий между ОГ и КГ в катамнезе.

Послеоперационная ишиалгия встретилась в ОГ в 16% случаев, и в КГ в 57,1%. Рецидивы заболевания в исследуемых группах на протяжении 3-х лет составили: в ОГ-2,2% (не более 1 раза в течении 3-лет), в КГ-21,4% (в среднем 3 раза). Характерно, что рефлекторные и корешковые боли были более выражены в КГ, тогда как в ОГ боли были менее выраженными и не вызывали значительных функциональных расстройств. Оценка состояния пациентов нами проводилась по следующим критериям:

Таблица 5

Клинические проявления у пациентов при выписке

Группы	ОГ (n=52)		КГ (n=18)	
	абс.	%	абс.	%
Рефлекторный синдром				
Уменьшился	40	76,6	12	66,7
Без изменений	11	20,8	4	22,2
Усилился	1	2,6	2	11,1
Корешковый болевой синдром				
Уменьшился	49	94,2	14	77,8
Без изменений	2	3,9	3	16,7
Усилился	1	1,9	1	5,5

Отличный результат - отсутствие каких-либо жалоб, при осмотре больные считали себя здоровыми. При объективном исследовании иногда определялись небольшие неврологические нарушения, которые не влекли каких-либо функциональных расстройств: легкая атрофия мышц, гипалгезия в зоне одного корешка, снижение или отсутствие ахиллового рефрекс коленного рефлексов. Работоспособность у больных этой группы была сохранена полностью. Отличные результаты в ОГ отмечены у 15 больных (34,1%), в КГ отличных результатов нами не было выявлено.

Хороший - к этой группе отнесены лица, предъявлявшие некоторые жалобы, которые не вызвали нарушения трудоспособности. Больные возвращались к прежней работе. Многие из них однако испытывали чувство усталости, иногда небольшие боли в поясничной области к концу рабочего дня, часто после подъема тяжестей. Другие больные при тех же условиях отмечали легкую корешковую боль, повышенную утомляемость ноги.

Хорошими результаты операции оказались в ОГ - у 18 человек (40,9%) и в КГ - 6 (42,9%).

активизировались - повороты в постели, поднимание на четвереньки

Таблица 6

Симптомы и признаки грыжи межпозвоночного диска (катамнез)

Симптомы и признаки	ОГ - 44		КГ - 14	
	абс	%	абс	%
Симптомы				
Боли	3	6,8	8	57,1
Боли при кашле, настуживании	-	-	4	28,5
Признаки				
Ограничение объема движений позвоночника	-	-	2	14,2
Напряжение мышц спины	5	11,3	6	42,8
Болезненность в точках Гара и Валле	2	4,5	4	28,5
Тест Ласега				
больше 60°	2	4,5	-	-
40 - 60°	-	-	2	14,3
меньше 40°				
Сколиоз				
гомолатеральный	-	-	-	-
гетеролатеральный	-	-	3	21,4
отсутствие сколиоза	-	-	-	-
Сглаженность лордоза	24	54,5	9	64,2
Расстройство чувствительности				
корешково - сегментарные	12	27,2	6	42,8
несегментарные	3	6,8	2	14,2
Двигательные расстройства				
парезы - параличи	2	4,5	1	7,1
гипо - арефлексия	17	38,6	9	64,2
гипо - атрофия	12	27,2	6	42,8

Удовлетворительные - констатированы в ОГ - у 9 (20,4) больных, в КГ - у 5 (35,7%) больных. Почти все больные этой группы приступили к работе, нетрудоспособных не было. Все больные были удовлетворены результатами операции, но предъявляли жалобы на различные нарушения, которые в той или иной мере ограничивали их активность. Эти нарушения чаще всего заключались в появляющейся при физической нагрузке и частых наклонах туловища поясничной боли или ишиалгии. Как поясничная боль, так и ишиалгия обычно не появлялись, если больной

соблюдал определенный режим деятельности с ограничением физического труда, ходьбы и т. д.

Неудовлетворительный - результат нами был выявлен у 2 больных (4,6%) в ОГ и в КГ - у 3 больных (21,4%), больные были нетрудоспособны, состояние этих больных после вмешательства не улучшилось, остались прежние расстройства или же возникли нарушения которых до операции не было.

Из общего числа обследованных в разные сроки после операции 58 больных отличные и хорошие результаты получены в ОГ - у 75%, удовлетворительные - у 20,4% и неудовлетворительные - у 4,6% в КГ - отличные результаты не выявлены, хорошие - составили 42,9% удовлетворительные - у 35,7 % и неудовлетворительные - 21,4 %.

Общий удовлетворительный результат (отличный + хороший + удовлетворительный) в ОГ составил 95,4 %, тогда как КГ общий удовлетворительный результат составил 78,6 %.

Таким образом полученные различия в результатах оперативного лечения в двух исследуемых группах, по нашему мнению обусловлено прежде всего наличием рубцово - спаечных процессов эпидурального пространства в КГ.

Почти неперенное сочетание грыжи диска с реактивными процессами вокруг него обуславливают разнообразие клинического течения заболевания, частыми рецидивами, особенностями неврологической картины, отсутствие в большинстве случаев выраженного эффекта после ликвидации компрессии корешка.

Послеоперационные осложнения среди наших больных с грыжами дисков встретились у 6 человек (8,5%). У 3 больных возникли парезы мышц конечности с онемением ноги, распространявшееся на промежность, ягодицы. Указанные расстройства не были значительными и вскоре после проведенного консервативного лечения регрессировали. У 1 пациента отмечалась гематома в области послеоперационного шва, у 1 больного во время операции в результате повреждения эпидуральной вены открылось кровотечение и у одного больного отмечалось поверхностное нагноение раны.

Так или иначе, но встретившиеся у нас осложнения, безусловно были связаны с погрешностями в оперативной технике - травмированием нервных корешков и сосудов при обнажении грыжевого выпячивания. По мере совершенствования техники операций подобные осложнения прекратились.

Таблица 7

Результаты микрохирургической грыжэктомии в ОГ и КГ (катамнез)

Результат	Основная группа		Контрольная группа	
	число больных	%	число больных	%
Отличный	15	34,1	-	-
Хороший	18	40,9	6	42,9
Удовлетворительный	9	20,4	5	35,7
Неудовлетворительный	2	4,6	3	21,4
Итого	44	100	14	100

ВЫВОДЫ:

1. При грыжах межпозвоночного диска рубцово-спаечные процессы эпидурального пространства встречаются в 90% случаев, степень и выраженность которых зависят от размера грыжевого выпячивания, длительности заболевания, проводимых ранее лечебных мероприятий.

2. Микрохирургический метод удаления грыжи диска является наиболее щадящим, способствует сохранению ортопедических компонентов позвоночно-двигательного сегмента и быстрой реабилитации больных.

3. Патогистологические изменения тканей эпидурального пространства при грыжах диска характеризуются явлениями асептического воспаления с последующим рубцово - спаечным процессом.

4. Разработанный способ лечения корешковых болевых синдромов при грыжах диска позволяет добиться устранения патоморфологических изменений эпидурального пространства и улучшает исходы оперативного лечения грыжи диска.

5. Результаты лечения грыжи диска во многом зависят от своевременной комплексной диагностики и ранней операции у пациентов с бесспорными признаками компрессии корешка.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для достижения наилучших результатов оперативного лечения следует использовать микрохирургическую технику удаления грыжи диска с применением предложенного способа лечения вторичных корешковых болевых синдромов и рубцово-спаечных процессов эпидурального пространства.

2. Разработанный и внедренный способ является патогенетически обоснованным и может быть рекомендован для профилактики рубцово-спаечных процессов не только при грыжах межпозвонкового диска, но и после оперативных вмешательств по поводу травмы позвоночника.

3. В комплекс восстановительного лечения после операции по поводу грыжи межпозвонкового диска должны входить: лечебная гимнастика с этапным увеличением объема движений, массаж, физиотерапевтические процедуры.

4. Через 2-3 месяца после операции рекомендуется санаторно-курортное лечение с широким водным диапазоном и включением тепловых процедур (парафиновые аппликации, грязелечение), которые в послеоперационном периоде оказываются весьма эффективными.

СПИСОК

опубликованных работ по теме диссертации.

1. Дискогенная компрессия поясничного отдела спинного мозга и его корешков, оперативное лечение. // В кн.: Медицинская реабилитация и физическая терапия: состояние и перспективы / Материалы научно-практической конференции. - Бишкек, 1997. - С.86-89. (соавт. Джумабеков С.А.).
2. Микрохирургическое удаление грыжи диска при поясничном остеохондрозе с корешковой симптоматикой. // В кн.: Медицинская реабилитация и физическая терапия: состояние и перспективы / Материалы научно-практической конференции.- Бишкек, 1997.-С.89-92.(соавт. Джумабеков С.А).
3. Микрохирургическая декомпрессия поясничного отдела при грыжах диска. // Хирургия Кыргызстана, 1998. №2 - 3. С. 25-29. (соавт. Джумабеков С.А.).
4. Микрохирургическое удаление грыжи диска при дегенеративно-дистрофических поражениях поясничного отдела позвоночника. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - 1998. - Т.4.-№6. С.350-352.(соавт. Джумабеков С.А.).
5. Компьютерная томография при неврологических синдромах остеохондроза позвоночника. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - 1998. - Т.4. - №6. - С. 339 -341.(соавт. Джумабеков С.А., Сулайманов Ж.Д).
6. Микрохирургическое удаление застарелых грыж диска. // В кн.: Poster discussing and poster book / Материалы 21-го Всемирного конгресса ортопедов. - Sidney, 1999. - С.273 (соавт. Джумабеков С.А).
7. Показания к микрохирургическому удалению грыжи диска поясничного отдела позвоночника. // Хирургия Кыргызстана. №4. - 1999.-С. 49-55.(соавт. Джумабеков С.А).
8. Ранние признаки диагностики остеохондроза. // В кн.: Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. / Материалы V Международной научной конференции ортопедов-травматологов. Бишкек, 1999.-С.82-86.(соавт. Джумабеков С.А., Сулайманов Ж.Д., Айткеева А.Ж).
9. Патогенетическое обоснование и результаты лечения поясничного остеохондроза. // В кн.: Актуальные вопросы травматологии и ортопедии./ Материалы V Международной научной конференции ортопедов - травматологов. - Бишкек, 1999. - С.99-105.(соавт.Джумабеков С.А., Сулайманов Ж.Д.).
10. Лечение рубцово - спаечных процессов эпидурального пространства после микрохирургической грыжэктомии. // В кн.: Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. / Материалы V Международной научной конференции ортопедов - травматологов. - Бишкек,1999. - С.105-114.(соавт. Джумабеков С.А., Сулайманов Ж.Д).
- 11.Реконструктивно - восстановительная операция при стенозе позвоночного канала. // В кн.: Проблемы медицинской реабилитации в Кыргызской Республики / Материалы Республиканской научно - практической конференции. - Бишкек, 2001.- С.228-234.(соавт. Сулайманов Ж.Д., Джумабеков С.А., Абылкасымов К.Т., Сабыралиев М.К.).

ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ лечения корешковых болевых синдромов, обусловленных эпидуритом. // Предварительный патент Кыргызской Республики № 469 от 20.05.00.(соавт С.А.Джумабеков)

АННОТАЦИЯ

на диссертационную работу Усенова Асана Сейдахметовича «Микрохирургическое лечение грыжи межпозвонкового диска и вторичных рубцово - спаечных процессов эпидурального пространства»

(14.00.22 - травматология и ортопедия)

Диссертация посвящена микрохирургическому лечению грыжи поясничного отдела позвоночника и рубцово - спаечных процессов эпидурального пространства в ближайшем послеоперационном периоде.

Проведен анализ обследования и микрохирургического лечения у 70 больных страдающих длительным корешковым болевым синдромом, обусловленной грыжей межпозвонкового диска. Установлено, что при грыжах межпозвонкового диска у пациентов развиваются патоморфологические изменения эпидурального пространства, как результат частых обострений аутоиммунных воспалительных процессов в зоне дуральных структур. Развитие эпидурального фиброза в последующем оказывает негативное воздействие на нейро-сосудистые образования спинального канала, тем самым ухудшая результаты послеоперационного лечения грыжи межпозвонкового диска.

Для предотвращения образования рубцово-спаечных изменений разработан и внедрен способ, суть которого заключается в том, что на завершающем этапе операции в эпидуральное пространство подводится дренажная трубка. На вторые сутки в эпидуральное пространство вводится лечебно - профилактическая смесь с последующим воздействием низкочастотного переменного магнитного поля.

Применение разработанного способа у больных (52 пациента), значительно способствовало улучшению послеоперационных результатов лечения грыжи межпозвонкового диска на поясничном отделе позвоночника.

Библиография: 278 авторов, 15 таблиц, 30 рисунков.

ABSTRACT

of the thesis of Usenov Asan «Microsurgery Treatment of Disc Hernia and Secondary Cicatricial and Adhesive Processes in Epidural Area»

(14.00.22 – Traumatology and Orthopedics)

Thesis is devoted to the microsurgery treatment of lumbar hernia and cicatricial - adhesive processes in epidural in a short post - surgery time. An analysis has been made of surveillance and microsurgery treatment in 70 patients with long - term root pain syndrome caused by disc hernia. It has been stated as follows: in patients with disc hernia, pathomorphological changes develop in epidural area as a result of frequent exacerbation of autoimmune inflammatory processes in epidural structures. Development of epidural fibrosis consequently negatively affects neurovascular formation in spinal canal, therefore, affecting results of post - surgery treatment of disc hernia. To prevent cicatricial and adhesive process development the method has been elaborated and introduced the essence of which is as follows: at final stage of surgery the drainage tube is introduced into the epidural area. On the second day into the epidural area a curative mixture is administered with further application of a low - frequency and variable magnetic field. Application of the developed method in 52 patients has sufficiently improved the results of post - surgery treatment of lumbar disc hernia.

References list includes 278 titles, 15 tables and 30 drawings.

Усенов Асан Сейдохматович «Эпидуралдык мейдикиндикте омурткалар ортосундагы дисктин чуркусун жана жабышып калган процессте-кайталанган тырыкты микрохирургиялык дарылоо» темасындагы диссертациялык ишинин.

(14.00.22. - травматология жана ортопедия)

Аннотациясы.

Диссертация операциядан кийинки жакынкы аралыкта эпидуралдык мейкиндикте жабылып калган процесстеде тырыкты жана бел бөлүгүндө чуркуну микрохирургиялык дарылоого арналды. Омурткалар ортосундагы дисктин шартталган чуркунун, узакка созулган жүдүн мээсинин нерв булаларынын оорулары менен гана жапа чөккөн 70 оорулуурага микрохирургиялык дарылоо жана изилдөөнүн жыйынтыгы жүргүзүлдү.

Жыйынтык катарында дуралдык структура зонасында аутоиммундук өнөкөт процесстеринин тез курчушу, эпидуралдык мейкиндикте омурткалар ортосундагы дисктин чурку болор алдында оорулууларда патоморфологиялык өзгөрүү өнүгөрү далилденди. Эпидуралдык фиброздун өнүгүшү кийинки мезгилдерде спиналдыкканалдын нерв-кан тамырдык пайда болгондоруна төрс тааси берип, ал болсо омурткалар ортосундагы диск чуркусун операциядан кийинки дарылоонун жыйынтыктарын начарлатат.

Жабылып калышында – тырыктын пайда болушун алдан ала сактап калуу үчүн ыкмалар иштелип чыкты жана киргизилди, мунун бүтүшү, эпидуралдык мейкиндикте операциянын аякталыш этабында дренаждык түтүк жүргүзүлдү. Экинчи күндөрүндө эпидуралдык мейкиндикте төмөнкү тез өзгөрмө магнит талаасынын акыркы таасир этүүсү менен дарылоо – аралаш алдын алуу жүргүзүлөт.

Иштелип чыккан ыкманы колдонуу бөл бөлүгүндө омуртканын омуртка ортосундагы дисктин чуркусун дарылоо операциядан кийин жакшырылышына бир кыйла жардам берди.

Библиографиялык: 278 автордук аталыштар, 15 таблица, 30 сүрөт.

Тираж 100. Заказ №152
Бумага офсетная. 1,5 усл. печ. лист.
Ризография

Отпечатано в мини-типографии КГПУ им. И. Арабаева
720026 г. Бишкек, бул. Эркиндик 38
Тел.: 22-82-82
E-mail: maevka@mail.ru