

РОЛЬ ВРОДЖЕНИХ АНОМАЛІЙ В ГЕНЕЗИ ПЕРЕДНІХ ЗМІЩЕНЬ ПОПЕРЕКОВИХ ХРЕБЦІВ

Шимон В.М., Симодейко А.А., Тромпак О.М., Овваді В.І.

Під спонділолістезом ми розуміємо зміщення хребців з нижче розташованого. Відмічається переднє, заднє і бокове зміщення хребців, найбільш часто зустрічається передній спонділолістез.

Термін "спонділолістез" ввів в 1856 р. Д.Ф.Лямбль. В перекладі з грецької мови цей термін означає "сповзаючий хребець". В літературі є багато класифікацій, які в науковій і практичній медицині застосовання

не мають. Частіше застосовується класифікація Мейердінга, який запропонував розрізняти 4 ступені зміщення хребців. Суть класифікації полягає у виді зміщення хребців 1/4, 1/3, 1/2 і у 3/4 до повного зміщення хребця. В 1972 році І.М.Мідбрейтом була дана класифікація, в якій головна роль відводиться етіологічним признакам. Автор виділив гострий диспластичний спонділолітез, спонділолізний, інволютивний і травматичний спонділолітез.

В 1976 р. на симпозиумі Міжнародного товариства по вивченню поперекового відділу хребта була запропонована наступна класифікація спонділолітезу:

1. диспластичний, що включає аномалії верхнього відділу хребта і дужки у поперекового хребця;
2. істнічний – з пошкодженням в області міжсуглобової частини дужки "включаючи" перелом від втоми;
3. дегенеративний;
4. травматичний;
5. патологічний.

На думку О.І.Продана (1981 р.) до недоліків, які має класифікація спонділолітеза, треба віднести, поперше те, що при її формуванні не враховуються активні етіологічні фактори захворювання.

Згідно з літературними даними етіологічними факторами передніх зміщень поперекових хребців можуть бути:

1. Вроджені причини; до яких відносяться наступні:

- а) порушення окостеніння міжсуглобової частини дужки;
- б) вроджена дисплазія хребців;
- в) недорозвинутий м'язево-зв'язковий апарат хребта.

II. Дегенеративно-дистрофічні процеси в хребті (остеохондроз і локальний артроз в дуговідросткових суглобах).

III. Травматичні фактори, і в тому числі мікро- травми.

IV. Обмінно-гормональні зміни.

Ряд авторів (С.А.Новотельков, 1950; [1] І.М.Мідбрейт, 1969 [2]; М.І.Хвисюк зі співавторами, 1977, 1982, 1986 [3, 7] відмічають, що кожний з вищеперахованих етіологічних факторів окремо рідко приводять до зміщення хребців, а в комбінації декілька факторів можуть привести до переднього зміщення хребців – спонділолітезу.

До сьогодняшнього часу залишаються нез'ясованими питання, щодо етіології і патогенезу даної патології. Так, в літературі привділяється мало уваги впливу аномалій хребта на формування передніх зміщень поперекових хребців.

В клініці травматології і ортопедії Ужгородської обласної клінічної лікарні проводилося клінічно-рентгенологічне обстеження 34 хворих (1991-1997 роки) з диспластичним спонділолітезом, які лікувались стаціонарно, і 100 – амбулаторно.

З метою виявлення ролі вроджених факторів у розвитку хвороби ми в першу чергу звертали увагу на нижньопоперекові сегменти в зв'язку з тим, що спонділолітез частіше зустрічається в цій зоні. Аномалії попереково-крижового відділу хребетного стовпа виявлені у всіх 34 хворих.

Недорозвиток дужок L₅, S₁ хребців виявлено у 32 (96.9%) хворих. Недорозвиток нижніх відростків поперекового хребця виявлено у 25 (83.3%) пацієнтів. Гіпоплазія верхніх суглобових відростків і крижового хребця зустрічалася у 16 хворих (16.7%). Незарощення дужки 5, хребців і крижи виявлено у 28 хворих (87.2 %). Перехідний надкрижовий хребець зустрічається у 19 (36.2%) пацієнтів. При цьому передне зміщення перехідного хребця виявлено тільки в одному випадку (1.9%).

Проведений аналіз рентгенологічних досліджень хребців виявив, що найбільш частими причинами диспластичного спонділолітезу є недорозвинена дуга поперекового хребця, гіпоплазія нижніх суглобових відростків 5, і верхніх суглобових відростків S хребців.

При клініко-рентгенологічному обстеженні 62 хворих з дегенеративним спонділолітезом вроджені аномалії нижніх поперекових хребців було виявлено у 49 (88.4%) пацієнтів. Для дискогенного типу зміщення характерні аномалії, які пов'язані, в основному, з зростанням кісткової тканини – гіперпластичні форми. Перехідний надкрижовий хребець зустрічається у 27 (43.8%) випадках. При цьому не було виявлено ні одного випадку зміщення перехідного хребця. Другою характерною особливістю дискогенного дегенеративного спонділолітезу є орієнтація дуговідростатих суглобів нижньопоперекових хребців у фронтальній площині. У пацієнтів з артрогенним типом спонділолітезу найбільш часто зустрічалися аномалії розвитку суглобових паростків (аномалії тропізма, гіпоплазії). Для пацієнтів цієї групи характерна своєрідна орієнтація суглобових паростків в сагітальній площині.

Проводячи аналіз клінічного матеріалу, ми виявили ортопедичні порушення, визначили характер і важливість неврологічних порушень.

Ортопедичні порушення аналізувалися за такими ознаками: зміни ходьби, статичні порушення хребта, виникнення сколіозу, синдром нестабільності, порушення рухових функцій хребта, стан тонуса м'язів.

Неврологічні порушення оцінювалися і співставлялися в однорідну групу хворих, які були об'єднані за єдиною ознакою – порушення чутливості, симптом Ласега, біль, змінені колінні і ахілові рефлекс, парез м'язів.

Проаналізувавши неврологічні прояви у хворих, які були нами обстежені, ми виявили великі розходження в важкості неврологічних порушень. У деяких пацієнтів патологічних змін порушень системи не було виявлено, а у частини було виявлено важкі неврологічні порушення.

Оцінюючи дані, які ми отримали при клініко-рентгенологічному обстеженні хворих з аномаліями нижніх поперекових хребців, можна зробити висновок, що при кожному виді зміщення переважають ті або інші причини. Це має прогностичне значення, адже вони визначають і вид зміщення поперекових хребців.

Знання цієї патології дозволяє виробити лікувально-діагностичну тактику на ранніх стадіях зміщення поперекових хребців.

При лікуванні хворих з цією патологією нами враховувалось форма і стадія спонділолітеза (стабільний, нестабільний). На ранніх етапах хвороби застосовувався хірургічний метод лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Новотелков С.А. Аномалии позвоночника. М., 1950
2. Митбрейт И.М. Спондилолистез (патогенез, клиника, лечение). Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1969
3. Митбрейт И.М. Врожденные аномалии развития пояснично-крестцовой области позвоночника и спондилолистез. В кн.: Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. М., 1972, вып. № 6.
4. Продан А.И. Клинико-рентгенологические особенности и хирургическое лечение полисегментарного поясничного остеохондроза. Дис. канд. мед. наук. Харьков, 1981.
5. Хвисюк Н.И. Нестабильность поясничного отдела позвоночника. Дис. докт. мед. наук. Харьков, 1978.
6. Хвисюк Н.И., Чикунев А.С. Обоснование оперативного лечения дегенеративного спондилолистеза. Ортопедия, травматология и протезирование. М., 1982 № 6.
7. Хвисюк Н.И., Чикунев А.С., Арсенин А.К. Дегенеративный спондилолистез. Кишинев, 1986.

SUMMARY

ROLE OF INHERENT ANOMALIES IN GENESIS OF FORWARD DISPLACEMENTS TRANSVERSAL VERTEBRAS

Shimon V.M., Simodeiko A.A., Trompak O.M., Ovvadi V.I.

In the clinics of traumatology and orthopedy the examination and treatment of 134 patients with inferior displacement of spinal segments have been carried out. These anomalies were given detailed characteristics. More often the lister is observed in low-transverse segments of vertebral ($L_5 - S_1$). Specific recommendation have been worked out as to prognosis and treatment of this pathology.