

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ЗМІН У ХРЕБТІ ПІСЛЯ КОМПРЕСІЙНИХ ПЕРЕЛОМІВ ПОПЕРЕКОВИХ ХРЕБЦІВ

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

Проблеми лікування пошкоджень хребта постійно знаходиться у центрі уваги ортопедів, травматологів та інших спеціалістів. У загальній структурі захворювань, пов'язаних з травмою, на вертебральну патологію припадає 8.6 % [5]. Інвалідність серед цієї категорії хворих становить 30-70 % [8, 10].

У значної кількості хворих даної категорії поруч з кістковим ураженням хребта має місце травматичне пошкодження міжхребцевих дисків з інтерпозицією пульпозного ядра між уламками тіла хребців [1, 2, 3, 4]. Цей комплекс патоморфологічних змін значно затруднює репаративні процеси у пошкодженному сегменті і викликає

значні посттравматичні дегенеративні зміни хребта, часто з неврологічними проявами у віддаленому періоді [6, 7, 9].

У клініці травматології і ортопедії обласної клінічної лікарні м.Ужгорода під нашим наглядом знаходилося 65 пацієнтів віком від 16 до 73 років з компресійними неускладненими переломами тіла поперекових хребців. Цим хворим проведено курс консервативного лікування: ліжковий режим з реклінацією протягом 2.5-3 місяців з подальшим курсом реабілітації терміном 6-8 місяців.

У цій групі чоловіків було 47, жінок – 18. За віком від 20 до 65 років найчисленішою була група з 53 пацієнтів, від 65 до 73 років – 9.3 хворих – віком 16 років. До травми потерпілі займалися: фізичною працею 48, 17 – розумовою.

У 43 пацієнтів діагностований компресійний перелом тіла одного хребця, в 11-двох суміжних хребців. 8 хворих мали перелом двох хребців на різних рівнях. Компресійний перелом I-II ст. діагностований у 43 випадках, III – ст. – у решти.

Віддалені результати цього виду ураження вивчалися на основі даних клініко-рентгенологічного та біомеханічного обстеження хворих протягом 1-7 років після перенесеної травми.

За цей час 53 хворих скаржилися на болі у поперековому відділі хребта, котрі значно посилювалися після фізичного навантаження, особливо при ротаційних та бокових рухах. Нами відмічено прогресуючий характер болювого синдрому у віддаленому періоді після травми. Пальпаторно виявлялася болючість як на рівні пошкодженого хребця, так і на рівні суміжних та віддалених хребців, що підтверджувалося змінами на спонділограмах.

У 37 хворих мали місце статичні зміни у хребті, переважно у вигляді кіфотичної деформації, рідше – сколіотичного викривлення.

Кількісно статичні зміни хребта перебували у прямій залежності від важкості компресійного перелому тіла та кількості пошкоджених хребців. У 7 пацієнтів з компресійним переломом двох суміжних хребців мало місце значне прогресування статичних змін хребта. Під час неврологічного обстеження у 34 пацієнтів виявлені порушення чутливості та рухові сфери. Розлади чутливості проявлялися у вигляді гіпестезії, гіперестезії у дерматомах корінців, що відповідали топічно рівню перелома хребта. Порушення рухової сфери у вигляді парезів нижніх кінцівок виявлені у 7 хворих віком від 40-70 років.

У 37 випадках рентгенологічно діагностований ізольовано або в комбінації спонділоз, остеохондроз, спонділоартроз.

Рентгенологічні ознаки остеохондрозу виявлялися нами вже через 1-1.5 року після травми. У більшості випадків першими зазнавали дегенерації суміжні з травмованими хребцями диски, про що свідчило значне зниження їх висоти, появи крайових кісткових розростань у задніх відділах. З часом ці зміни прогресували і через 5-7 років мав місце майже повний контакт тіла пошкодженого хребця з суміжними. Залишки фіброзного диска звапнювалися, утворюючи характерні вузли полімера, а замикаючі пластиники деформувалися. На фоні цих змін у кожному випадку ми не спостерігали зміщення хребців, суміжних з травмованим по відношенню один до одного, навіть при значному кіфозі. Це явище можна пояснити, мабуть тим, що дегенеративні зміни у міжхребцевих дисках, а пізніше і спонділоартроз, значно обмежують рухливість у пошкодженому сегменті, стабілізуючи їх у патологічному положенні, про що свідчили функціональні спонділограми.

Компенсаторно, особливо у молодому віці, наростає у таких випадках рухливість у нижче і вище розташованих від пошкодженого сегментах хребта, що у подальшому при зміні біомеханічних умов функціонування викликає перенапруження компенсаторних механізмів і їх зрив. Рентгенологічно це виявляється, у першу чергу, у нижчих сегментах (2-3 роки після травми), що призводить до остеохондрозу і спонділоартрозу.

У 21 хворих з проникаючими переломами хребців у посттравматичному періоді виникали явища нестабільності та лістезу. Слід підкреслити, що дегенеративні зміни хребта у більшості випадків розповсюджувалися у каудальному напрямку від пошкодженого сегмента і характеризувалися прогресивним протіканням.

Що стосується вище розташованих сегментів по відношенню до травмованих, то дегенеративні зміни у виявлені лише у найближчому до пошкодженого сегменті хребта (35 хворих) і наступному (13 пацієнтів). У 3 із останніх 13 випадках в сегменті виявлено псевдоретроспонділолістез на фоні дегенеративних змін міжхребцевого диска.

Привертає увагу і той факт, що одні й ті ж рентгенологічно виявлені посттравматичні зміни хребта у хворих клінічно проявляли себе по-різному в залежності від фізичної активності осіб. Так, посттравматичні дегенеративні зміни були менш виражені у травмованих, котрі займалися помірною фізичною працею, тоді як у пацієнтів розумової праці клініка була значно гострішою.

Болювий синдром з розладами чутливості у післятравматичному періоді залежить і від вікового цензу. Він характерний майже для кожного травмованого середнього віку, що не властиво для молодих осіб за аналогічних посттравматичних змін.

Проведення консервативного лікування 53 хворим сприяло значному покращенню їх стану: повний або значний регрес больового синдрому, нормалізація функцій хребта, які настали по закінченню реабілітаційного лікування травмованих.

Однак, як показали спостереження, в 11 хворих з переломами двох суміжних хребців через 1-2 роки після травми виникає значний кіфоз із неврологічними розладами та больовим синдромом. У 5 хворих мало місце попереднє зміщення пошкодженого хребця по відношенню до нижнього, у 6 пацієнтів – явища остеохондрозу, спонділоартрозу суміжних з пошкодженими сегментами.

Підсумовуючи результати проведених досліджень, звертаємо увагу на необхідність детального вивчення посттравматичних змін хребта, нервових структур, пов'язаних з дегенеративно-дистрофічними змінами, котрі у більшості випадків мають прогресуючий характер. Це спонукає до детального обстеження хворих з перенесеним компресійним переломом хребця. Вважаємо, що особливо ефективними при цьому будуть такі рентгенологічні методи дослідження, як: функціональна спонділографія, дискографія, епідурографія, мієлографія, аксіальна комп'ютерна томографія.

Враховуючи патоморфологічні зміни хребта та клінічний прояв травматичної хвороби хребта у віддаленому періоді, рекомендуємо обстежувати не тільки травмований, а й суміжні та віддалені сегменти в залежності від появи нових клінічних симптомів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабіченко Е.І. Посттравматичні деформації хребта (Ортопед. Травматол.- 1962.- № .- С. 52-56.
2. Бейдім В.М. Згинальні стабільні переломи тіл хребців (Пошкодження і захворювання хребців.- Новосибірськ, 1986.- С. 8-12.
3. Бомштейн К.Г., Данилов В.І. Статика і динаміка міжхребцевих дисків /Тези доповідей на II Всесоюзній конференції з проблем біомеханіки.- Рига, 1979.- С. 75-76.
4. Грабовий О.Ф., Куценко А.Т. Неускладнені переломи хребта і їх консервативне лікування / Актуальні проблеми лікування неускладнених переломів хребта.- Харків, 1979.- С. 48-52.
5. Демічев М.П., Меркулов О.М. Раннє функціональне лікування стабільних переломів грудо-поперекового відділу хребта / Матеріали V з'їзду Травматологів Республік Радянської Прибалтики.- Рига, 1985.- С.210-213.
6. Коваленко Е.О. До характеристики неврологічних симптомів при роздроблених переломах поперекових хребців /Патологія хребта.- Новоросійськ, 1986.- С. 294-295.
7. Продао О.І., Пашук О.О., Радченко В.О., Грунтовський Г.Х. Поперековий спонділоартроз.- Харків, 1992.
8. Раміх Е.А. Особливості заживлення проникаючих компресійних переломів тіл хребців /Матеріали з'їзду травматологів і ортопедів України.- Київ, 1972.- С. 164-170.
9. Раміх Е.А. Репаративна регенерація ізольованих компресійних переломів тіл хребців /Експериментально-рентгеноморфологічне дослідження /Патологія хребта.- Л., 1973.- С. 5-12.
10. Юмашев Г.С. і інші. Порівняльна оцінка методів лікування неускладнених переломів тіл хребців.) Ортопед. Травматол.- 1984.- № 3.- С. 8-11.

SUMMARY

CLINICOROENTGENOLOGICAL MANIFESTATIONS OF THE SPINAL DYSTROPHYS DEGENERATIVE CHANGES IN PATIENTS AFTER COMPRESSED FRACTURES OF LUMBAR VERTEBRAE

V.M.Shimon, O.M.Trompak, A.A.Simodejko, Ju.M.Jatcina.

Clinicorontgenological investigations are carried out in 65 patients after compressed lumbar vertebrae fractures in 1-7 years after trauma. Posttraumatic degenerative spinal changes such as spondilosis, osteochondrosis, spondyloarthrosis, instability are revealed in every patient. These spinal changes concern injured, adjacent and distant spinal segments. Some patients have sensitive and motor neurologic disorders. In posttraumatic period such patients need detail clinicorontgenological examinations and adequate treatment based on the investigation results.