

О некоторых механизмах развития острой сколиотической деформации при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника

Б.М. Рачков, А.В. Верещако, А.П. Татаринцев

Some developmental mechanisms of acute scoliotic deformity for osteochondrosis of the lumbar spine

B.M. Rachkov, A.V. Vereshchako, A.P. Tatatarintsev

Российский НИИТО им. Р.Р. Вредена, Санкт-Петербург, Россия

Формирование болевого синдрома при остеохондрозе начинается с перемещения и ущемления пульпозного ядра при разрыве фиброзного кольца, в котором имеется обилие рецепторов синувентрального нерва (Люшка), который иннервирует фиброзное кольцо, твёрдую мозговую оболочку, надкостницу, связочный аппарат, сосуды позвонков, имеет в своём составе соматические и вегетативные волокна. Возникает рефлекторный болевой синдром, сопровождающийся распространённой и сегментарной миофиксацией. В генезе синдрома также играет роль экссудативная и пролиферативная реакция на разрыв фиброзного кольца, изменение суставов и околоуставных тканей, возникает выход биологически активных веществ, спазм сосудов, приводящий к ухудшению трофики диска и за его пределами, развивается склероз замыкательных пластинок тел позвонков. При снижении высоты межпозвонковых дисков, инклинации суставных отростков, развивается реактивный синовит и дегенерация хряща. Артроз дугоотростчатых суставов приводит к деформации межпозвонковых отверстий. Нарушение фиксации способности приводит к нестабильности, избыточная подвижность сегмента компенсаторно развивает краевые остеофиты, реактивное раздражение тканей эпидурального пространства. Гемодинамические, экссудативные и компрессионные факторы делают нервный корешок гипералгезированным. Раздражение синувентрального нерва через сегментарный аппарат спинного мозга распространяется на моторные ветви, а по комиссуральным и проекционным волокнам – на другую сторону и соседние сегменты. Из спинномозгового нерва образуется дорсальная ветвь, иннервирующая мышцы, входящие в состав разгибателя спины, в том числе межпоперечные (расположены между поперечными отростками позвонков поясничного отдела позвоночника). Формирование сколиотических деформаций имеет явно выраженную рефлекторную природу. Одномоментное выпадение грыжи диска при травматическом механизме её образования может привести к раздражению ранее не изменённого нервного корешка, запуская те же патологические меха-

низмы.

При гомолатеральном сколиозе выпуклость дуги позвоночника обращена в сторону болевого синдрома, при гетеролатеральном – в противоположную, альтернирующий сколиоз наблюдается при срединном выпадении грыжи. Существование деформации приводит к морфологическим изменениям позвонков и соседних дисков, появляется и прогрессирует патологическая ротация тел позвонков и их торсия. В итоге деформация фиксируется и переходит в сколиоз, на этом этапе обрыв звеньев запуска не может привести к регрессу сколиоза.

До формирования структурных изменений и их нарастания эффективным представляется обрыв рефлекторных звеньев, достигающийся оперативным вмешательством или блокадами компремированных корешков. В НИИТО им. Р.Р. Вредена широко используется запатентованная блокада по методике Б.М. Рачкова – В.М. Кустова. За три года в отделении лечилось 56 человек с достоверно выявленным анталгическим сколиозом. Проводилось оперативное и консервативное лечение, которое включало в себя паравентральные блокады, средства, улучшающие реологические свойства крови и микроциркуляцию, нестероидные противовоспалительные средства, спазмолитики, витамин В12, физиотерапевтические и лечебно-физкультурные процедуры. Комплексный подход часто оказывается очень эффективным и приводит к регрессу болевого синдрома и сколиотической деформации. Консервативно лечились больные, у которых не выявлялось чёткой и выраженной компрессии корешков и структур позвоночного канала. Уменьшение травматичности и максимальное сохранение опорных структур позвоночного столба является залогом успешности оперативного вмешательства. Микрохирургическое удаление грыж дисков из транслагаментозного доступа максимально отвечает этим требованиям. Оперировано тридцать четыре пациента. Восемью больным производился задний спондилодез замороженной костью, а также фторопластом Д4. По результатам дискотомии, в катамнезе отмечалось увеличение высоты дисков по сравнению с доопераци-

онным уровнем, регресс сколиотической деформации.

Во всех группах получены хорошие результаты, часть консервативно леченных больных оперировалась позднее. Наблюдения говорят о

целесообразности купирования сколиотической деформации до формирования стойкой деформации с органическими изменениями структур позвонков и дисков. Сроки наблюдений составляют три года.