

ХАРКІВСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
ОРТОПЕДІЇ ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ ім. проф. М. І. СИТЕНКА

На правах рукопису

КУЦЕНКО ВОЛОДИМИР ОЛЕКСАНДРОВИЧ

ДІАГНОСТИКА ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ДИСПЛАСТИЧНОГО
ПОПЕРЕЖОВОГО СКОЛІОЗУ У ДОРОСЛИХ

14.01.20 Травматологія та ортопедія

А в т о р е ф е р а т

дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Харків - 1996

Дисертація є рукопис.

Робота виконана в Харківському науково-дослідному інституті ортопедії та травматології ім.проф. М.І.Ситенка.

Науковий керівник:

доктор медичних наук
ПРОДАН Олександр Іванович

Офіційні опоненти

доктор медичних наук, професор
СІМЕНАЧ Богдан Ілліч

доктор медичних наук, професор
ШВЕЦЬ Олексій Іванович

Провідна організація:

Український науково-дослідний
інститут травматології і
ортопедії МОЗ України, м.Київ

Захист відбудеться "19" квітня 1996 року о 11⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 02.06.01 у Харківському науково-дослідному інституті ортопедії та травматології ім.проф. М.І.Ситенка /310024, м.Харків, вул.Пушкінська, 60/.

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Харківського НДІ ортопедії та травматології ім.проф. М.І.Ситенка.

Автореферат розісланий "11" березня 1996 р.

Вчений секретар спеціалізованої
вченої ради, кандидат медичних наук

В.А.ФІЛІПЕНКО

ЛННБ України ім.В.Стефаника

м. В. Стефаника
Н України



00740384 (Q)

Актуальність дослідження.

Сколиотична хвороба досі залишається одним з найскладніших розділів ортопедії. Зміни збоку кісткової основи хребта і також збоку м'язево-зв'язкового апарату спричиняють деформацію грудної клітки, зміщення і морфологічні змінення внутрішніх органів, а також значний розлад серцево-судинної системи та органів дихання / В.Д.Чаклін, 6.А.Абальмасова, 1973/.

Частота поперекового сколіозу, за даними літератури, складає від 8,8 до 29,6%. Незважаючи на значну різницю даних, які наводять різні автори, кількість хворих поперековим сколіозом досить велика і примушує вважати цю патологію дуже поширеною.

Причини незадовільних виходів різноманітні. Вони обумовлені тяжкістю самого захворювання, несвоєчасним його виявленням, неефективністю консервативного лікування, несвоєчасним проведенням оперативного втручання, невірним вибором способу оперативного лікування і, головне, відсутністю відомостей про структурні і функціональні зміни, які мають місце у конкретних хворих, недосконалістю їх діагностики та прогнозування.

Невианаченість багатьох питань етіології і патогенезу захворювання не дозволяє застосовувати будь-які ефективні заходи його профілактики, в зв'язку з чим питання раннього прогнозування ходу деформації для вибору найбільш раціональних методів консервативного або хірургічного лікування набувають особливої актуальності і практичної цінності.

Прогнозування ходу сколіотичної хвороби привертає увагу багатьох дослідників / Кон І.І., 1974; Мовшович І.А., Піц І.А., 1969; Harrington P. R. , 1962; Nilssonne U., Lundgren, 1966; Risser J. C. , 1948 /.

Протягом останніх років проблемі прогнозування сколіотичної хвороби присвячено декілька публікацій, але можливо найбільш

значною є робота В.Я.Щіценка та співавторів /1985/, в якій автори запропонували прогностичну таблицю, що дозволяє з достатньо великою імовірністю прогнозувати протікання диспластичного сколіозу. В основу прогнозування ходу диспластичного сколіозу автори заклали метод лінійного дискримінантного аналізу /ЛДА/, який дозволяє розрахувати причетність обстежуваного хворого до найбільш імовірного прогнозу.

Усі зазначені дослідження присвячені прогнозуванню сколіозу в процесі тривалого зростання і формування скелету і стосуються прогнозу і прогресування деформації у підлітків та юнаків.

Подальшій долі хворим сколіозом, особливо поперековим, який вважається відносно "доброякісним", приділяється значно менше уваги. Багато хто з дослідників вважає тривалим, хоча і повільно, прогресування деформації, розвиток дегенеративно-деструктивних змін міжхребцевих дисків і дуговідросткових суглобів /Collis & K. Ponseti i. V. , 1969; Conrad R.W., Fejerstein M.S., 1976; Drummond D. et al. , 1983; Weinstein S.L. et al., 1981/.

Крім больових синдромів у дорослих хворих з диспластичним поперековим сколіозом нерідко зустрічається досить тяжкий неврологічний розлад, який пов'язується деякими авторами тільки з деформацією хребта.

Тільки за останнє десятиріччя поталанило установити, що неврологічний розлад у дорослих хворих сколіозом зумовлений стенозом хребетного каналу /Epstein et al. , 1974; Simmons E.H., Jackson R.P. , 1983; Nachemson A. , 1979 /.

Дуже цікаві в цьому відношенні статистичні дані Jackson R., 1983/. Автор установив, що навіть при грудній локалізації основної дуги викривлення у дорослих основним приводом звернення за допомогою є не стільки косметичний дефект, скільки біль в облас-

ті компенсаторного поперекового викривлення. Такі ж дані наводять *Heine /1980/* та *Kothe H. /1985/*. Особливо несприятливі, за даними авторів, компенсаторні попереково-кривові викривлення у фронтальній площині більш як 40° і кифоз більш як 40° .

Стеноз хребетного каналу /очевидно дислокаційний/ у хворих з диспластичним грудним сколіозом розвивається досить часто. У всякому разі, за даними С.Д. Шевченка /1987/, неврологічні синдроми у хворих з диспластичним сколіозом у молодому віці зустрічаються у 9,3%, тобто майже у кожного десятого пацієнта. Особливо важкий неврологічний розлад автор виявив при кифозі $70-80^{\circ}$ та сколіозі $50-55^{\circ}$. Аналогічні дані про частоту неврологічних ускладнень сколіотичної хвороби повідомляють Є.А.Абальмасова та А.В. Коган /1972/, В.Я.Фіщенко /1978/, Я.Л.Ців'ян та Д.Н.Лівшиць /1981/.

Частота неврологічних порушень у молодих хворих з поперековим диспластичним сколіозом відносно невелика. С.Д.Шевченко /1987/ тільки у одного із 22 хвори з неврологічним дефіцитом знайшов поперековий сколіоз. Але у віддаленому періоді, тобто у дорослих, частота неврологічних синдромів збільшується і причиною їх, як правило, є стеноз хребетного каналу. За даними *Morin C, Deburge A. /1984/*, із 202 хворих стенозом поперекового каналу у 39 /19,3%/ він спричинявся поперековим сколіозом. Певна річ, ці дані не відображають величину частки стенозуючого поперекового сколіозу серед усіх варіантів стенозу хребетного каналу, але переконують в актуальності проблеми стенозу у дорослих хворих з поперековим сколіозом.

Питання прогнозування імовірності звуження хребетного каналу при поперековому сколіозі вирішуються тільки емпірично і засновані на одиночних критеріях. *San Martina et al. /1983/* вважають, що ризик розвитку стенозу і його тяжкості суттєво вищі у хворих, яким понад 50 років і пропорціональний ступеню виявлення остеофітів тіл хребців та спондилоартрозу.

Невизначеність частини зазначених критеріїв не дозволяє з достатньою точністю прогнозувати розвиток і протікання стенозу хребтного каналу у цієї категорії хворих. Досліджень, присвячених вивченню дегенеративної нестабільності та прогнозування розвитку цього стану у хворих з диспластичним поперековим сколіозом, ми взагалі не знайшли.

Як видно із сказаного вище, в цій галузі є цілий ряд невирішених питань:

1. Недостатньо вивчена клініко-рентгенологічна симптоматика у хворих з диспластичним поперековим сколіозом у різних вікових групах.

2. Надзвичайно мізерні відомості про структурно-функціональні зміни у хворих з поперековим сколіозом і немає даних про їхню динаміку в процесі протікання захворювання.

3. Існують дані про наявність кісткових аномалій попереково-крижового відділу хребта, але відсутні відомості про їх вплив на перебіг та результати диспластичного поперекового сколіозу.

4. Не опрацьована методика прогнозування розвитку та результатів диспластичного поперекового сколіозу.

5. Обраний метод лікування є або невірним, або несвоєчасно застосованим, або неефективним.

Мета дослідження: Підвищення ефективності діагностики і прогнозування диспластичного поперекового сколіозу у дорослих на основі вивчення клініко-рентгенологічної симптоматики та динаміки структурно-функціональних змін хребтних сегментів.

Для реалізації поставленої мети вирішені такі задачі:

1. Установлені особливості клінічної симптоматики у дорослих хворих з диспластичним поперековим сколіозом, критерії диференціації стабільних і нестабільних варіантів, варіантів зі стенозом і без стенозу хребтного каналу.

2. Установлені рентгенологічні, серед них рентгенометричні і рентгеноконтрасні ознаки у дорослих хворих з диспластичним поперековим сколіозом, критерії диференціювання стабільних і нестабільних варіантів, варіантів зі стенозом і без стенозу хребетного каналу.

3. Установлені особливості вікової динаміки різних структурних і функціональних порушень хребетних сегментів у хворих з диспластичним поперековим сколіозом.

4. Розроблена методика та установлені критерії прогнозування розвитку нестабільності хребетних сегментів у дорослих хворих з диспластичним поперековим сколіозом.

5. Розроблена методика та установлені критерії прогнозування розвитку стенозу хребетного каналу у дорослих хворих з диспластичним поперековим сколіозом.

Наукова новизна дослідження: вперше установлені особливості динаміки структурних та функціональних змін хребетного рухового сегменту у хворих з диспластичним поперековим сколіозом, виявлені клінічні та рентгенологічні критерії диференційної діагностики стабільних і нестабільних варіантів, варіантів зі стенозом та без стенозу хребетного каналу. Досліджена частота різних дисплазій попереково-крижового відділу хребта при диспластичному поперековому сколіозі і доказана провідна роль аномалій розвитку з фронтальною асиметрією побудови кісткових елементів хребців у патогенезі захворювання.

На основі результатів вивчення динаміки структурно-функціональних змін хребетних рухових сегментів, дослідження кількісних клінічних та рентгенологічних ознак розроблена методика прогнозування перебігу та результатів диспластичного поперекового сколіозу.

Практична цінність роботи полягає в тому, що використання установлених клінічних і рентгенологічних ознак диспластичного поперекового сколіозу та критеріїв диференціації різних його варіантів дозволяє суттєво поліпшити діагностику диспластичного поперекового сколіозу. Застосування даних про вікову динаміку, критеріїв прогнозування перебігу та результатів різних структурно-функціональних варіантів диспластичного поперекового сколіозу дає можливість своєчасної корекції рекомендацій для профілактики несприятливого протікання захворювання.

Впровадження результатів дослідження у практику

Результати дослідження використовуються в клінічній практиці Харківського НДІ ортопедії та травматології ім. проф. М.І.Ситенка та в лікувальних закладах міста Харкова, Херсонської, Миколаївської, Луганської та інших областей України, а також Республіки Крим.

На кафедрах травматології і ортопедії УІУЛ, Кримського та Луганського медичних інститутів результати дослідження використовуються під час навчання студентів та підвищення кваліфікації лікарів травматологів-ортопедів, нейрохірургів та невропатологів.

Основні позиції роботи були повідомлені на всесоюзних, та республіканських з'їздах ортопедів-травматологів, республіканських і обласних науково-практичних конференцій: засіданнях обласного науково-медичного товариства ортопедів-травматологів міста Харкова, на Всесоюзному симпозиумі з міжнародною участю / Москва, 1984/.

По темі дисертації опубліковано 14 праць у всесоюзних і республіканських видавництвах. У процесі виконання дисертації створено 1 винахід.

Структура та обсяг дисертації

Дисертація викладена на 216 сторінках машинописного тексту, ілюстрована 56 таблицями і 42 малюнками.

Робота складається із вступу, огляду літератури, 5-ти розділів власних досліджень, закінчення, висновку, додатку.

Вказівник використаної літератури складається із 84 вітчизняних та 113 іноземних джерел.

Автор особисто провів клінічні обстеження усіх хворих, виконав усі рентгенконтрастні обстеження та більшість хірургічних втручань. Усі рентгенометричні обстеження проведені автором самостійно. Статистичний аналіз результатів обстежень, розробка критеріїв діагностики і прогнозування проведені автором особисто.

Крім того, за матеріалами дисертації видано інформаційний лист і методичні рекомендації.

Позиції, винесені на захист

1. Критерії клініко-рентгенологічної діагностики різних варіантів диспластичного поперекового сколіозу.
2. Особливості динаміки структурно-функціональних змін хребетних рухових сегментів при диспластичному поперековому сколіозі.
3. Критерії прогнозування розвитку нестабільності хребетних сегментів та стенозу хребетного каналу у дорослих хворих з диспластичним поперековим сколіозом.

Матеріал і методика дослідження

В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 88 хворих з диспластичним поперековим сколіозом. Із них 44 - оперовані; 21 - обстежений і лікувався консервативно в стаціонарі, а 31 - знаходився під наглядом амбулаторно.

Під час клінічного обстеження виявляли 29 ознак та їх градація.

На підставі кількісного визначення діагностичної значущості та інформативності окремих ознак сформульована наявність основних больових синдромів у цієї категорії хворих.

Результати клінічних досліджень опрацьовували статистично, зокрема, використовуючи метод неоднорідного послідовного аналізу.

Методики рентгенологічного обстеження були різними: вивчені дані стандартних і функціональних спондилограм, результати рентгенконтрастних досліджень.

Зміст роботи

Клінічна симптоматика у дорослих хворих з диспластичним поперековим сколіозом обумовлена дистрофічно-деструктивними зміненнями хребетних сегментів, їх структурними і функціональними порушеннями: спондилартрозом / 100% /, стенозом хребетного каналу та каналів спинномозкових нервів / 55,7% /, послабленням опороздатності і нестабільністю хребетних сегментів /45,5%/.

За багатьма ознаками хворі з нестабільністю хребетних сегментів та зі стабільними варіантами поперекового сколіозу не відрізняються. З іншого боку, серед зазначених варіантів поперекового сколіозу існують суттєві відмінності.

На підставі отриманих даних зробили висновок про те, що у дорослих хворих з диспластичним поперековим сколіозом нестабільність хребетних сегментів формується поступово, по ходу наростання дистрофічно-деструктивних змінвань в структурах переднього і заднього комплексу і характеризується ознаками, які типові для дегенеративної нестабільності при поперековому остеохондрозі.

Клінічна симптоматика поперекових сколіозів зі стенозом хребетного каналу суттєво відрізняється від такої без стенозу,

в першу чергу наявність неврологічних порушень. Синдроми нейрогенної переміжної кульгавості виявлені тільки в групі зі стенозом поперекового відділу хребетного каналу у 27 хворих: радикулогенна форма - 5, каудогенна - 20, миелогенна - 2.

У всіх пацієнтів з диспластичним поперековим сколіозом у великій кількості асиметричні аномалії розвитку нижньопоперекових хребців та крижів.

На підставі отриманих результатів можна стверджувати, що для об'єктивної оцінки стану опорної та рухової функції хребетних сегментів у обстежуваній категорії хворих доцільно виконувати не тільки сагітальні, але й фронтальні функціональні спондилограми.

Критеріями рентгенологічної діагностики стенозу хребетного каналу при диспластичному поперековому сколіозі є сегментарні дислокації хребців /індекс Харрінгтона ≥ 7 , латеропозиція ≥ 4 мм, антелістез ≥ 11 мм, зменшення сагітального діаметру ХК $d_s \leq 12$ мм/. Разом з тим слід змінити суттєву деталь: при нормальній величині сагітального діаметру хребетного каналу інколи відзначаються ознаки або латерального, або форамінального стенозу.

Із числа структурних дистрофічних змінювань ПРС перш за все розвивається спондилоартроз: уже у віці до 20 років він є у 81,6% пацієнтів, а віком понад 30 років закономірно проявляється у всіх пацієнтів.

Дегенеративний спондилолістез, за нашими даними, зрідка формується уже у віці 20-30 років / 3,7%/, потім частота його значно зростає, досягаючи максимальної у віковій групі 51-60 років.

Коливання частоти протрузій та гриж дисків в різних вікових групах невеликі і статистично невірогідні.

Виявлена чітка вікова динаміка частоти стенозу хребетного каналу при диспластичному поперековому сколіозі. Так, у віці до 20 років немає клінічно значимого звуження хребетного каналу, в подальшому частота стенозу зростає, досягаючи максимальної у віковій групі пацієнтів віком понад 60 років.

Збільшується з віком частота і величина латеропозиції хребців.

Стан опорної та рухової функції хребетних сегментів можна з достатньою точністю визначити за допомогою присутності чи відсутності нестабільності. У віковому аспекті нестабільність має начебто два піки підвищення частоти / 20-30 і 51-60 років / і два спади / 31-40 років і віком понад 60 років /.

Прогнозування перебігу та результатів диспластичного поперекового сколіозу припускає кількісну оцінку імовірності розвитку важливих структурних змінвань / стенозу ХК або каналів спинномозкових нервів / і функціональних порушень / нестабільності ПРС /.

Критеріями високої імовірності розвитку стенозу ХК є: тяжкість радикулярного дефіциту, синдроми нейрогенної переміжної кульгавості, транзиторні радикулярні порушення, апікоаркуальний артроз. Величина дуги викривлення, ротації хребців та індексу Харрінгтона хоча і впливають на ризик стенозування ХК, але значно менше, ніж латеропозиція і антелістез тіл хребців. Деякі інші фактори, такі як ожиріння, супутні захворювання серцево-судинної системи також погіршують прогноз подальшого протікання захворювання.

Найбільш вагомими при прогнозуванні клінічними ознаками, що впливають на розвиток нестабільності при поперековому сколіозі, є характер проєкційного болю і ступінь зменшення інтен-

сивності болю. При наявності склеротомного болю, який повністю або значно зменшується, імовірність розвитку нестабільності суттєво вища, ніж у пацієнтів з радикулярним болем, який злегка зменшується або не зменшується зовсім.

Приблизно однаковими за інформативністю є транзиторні радикулярні порушення, локалізація болю, вік та початок загострення, а також характер болю.

Суттєво менший вплив на розвиток нестабільності при поперековому сколіозі має характер деформації хребта в сагітальній площині, тривалість останнього загострення, частота рецидивів /загострень/ захворювання, а також наявність симптому Ласега.

Деякі інші фактори, такі як тяжкість стійкого радикулярного дефіциту і загальна тривалість захворювання в плані прогнозування несуттєві, хоча, наприклад, у пацієнтів з тривалим захворюванням більше 10 років імовірний розвиток стабільної деформації поперекового відділу хребта, але в цілому останні дві ознаки при вивченні прогнозу захворювання можна не враховувати.

В И С Н О В К И

1. Клінічна симптоматика у дорослих хворих з диспластичним поперековим сколіозом обумовлена дистрофічно-деструктивними змінами хребетних сегментів, їх структурними і функціональними порушеннями: спондилоартрозом /100%/, стенозом хребетного каналу та каналів спинномозкових нервів /55,7%/, зниженням опороздатності та нестабільності хребетних сегментів /45,5%/. Критеріями діагностики стенозу хребетного каналу є транзиторний радикулярний розлад та синдроми нейрогенної переміжної кульгавості, а критеріями клінічної діагностики нестабільності ПРС є больовий синдром нестабільності.

2. Рентгенологічна симптоматика у дорослих хворих з диспластичним поперековим сколіозом включає як типові ознаки сколіотичної хвороби /деформація поперекового відділу хребта у фронтальній та сагітальній площинах, торсія хребців, так і ознаки структурних дистрофічно-деструктивних змін хребетних сегментів, однотипові з аналогічними рентгенологічними ознаками поперекового остеохондрозу. Рентгенологічними критеріями діагностики нестабільності хребетних сегментів є дислокації хребців /антелістез, ретролістез, латеропозиція/, а також збільшення обсягу лінійних і кутових переміщень хребців на сагітальних та фронтальних функціональних спондилограмах.

Критеріями рентгенологічної діагностики стенозу хребетного каналу є сегментарні дислокації хребців /індекс Харрінгтона ≥ 7 ; латеропозиція ≥ 4 мм; антелістез ≥ 11 мм; зменшення сагітального діаметра ХК ≤ 12 мм/.

3. Серед структурних дистрофічних змін ПРС раніше за все розвивається спондилоартроз: уже у віці 20 років він є у 81,8% пацієнтів, а після 30 років знайдено у всіх 100% хворих;

дегенеративний спондилостез зрідка формується уже у віці 20-30 років / 3,7%/, а потім частота його значно збільшується, досягаючи максимальної у віковій групі 51-60 років /31,6%/; клінічно значимий стеноз хребетного каналу з'являється уже у віці 20-30 років /22,2%/, частота стенозу збільшується синхронно з віком, досягаючи максимальної в групі пацієнтів віком понад 60 років /87,5%/; частота протрузій і гриж дисків у хворих з диспластичним поперековим сколіозом не залежить від віку. Порушення опорно-рухової і захисної функцій ПФС мають достовірний зв'язок з віком хворих, проте характер кореляції неодинаковий. Резерви захисної функції зменшуються з віком майже лінійно і синхронно із збільшенням частоти стенозу хребетного каналу. Частота нестабільності ПФС, яка характеризує стан опорно-рухової функції, досягає 38,5% уже у віковій групі до 20 років, збільшується до 59,1% у віці 20-30 років, потім частота нестабільності зменшується, але в подальшому знову збільшується до 52,2% / у групі 51-60 років/, а у осіб віком понад 60 років ПФС знову стабілізується.

4. Прогнозування перебігу та результатів диспластичного поперекового сколіозу у дорослих передбачає кількісну оцінку імовірності розвитку важливих структурних змін і функціональних порушень. Найбільш клінічне значення серед структурних змін має стеноз каналів спинномозкових нервів. Критеріями високої імовірності розвитку стенозу ХК є тяжкість стійкого радикалярного дефіциту, синдрому нейрогенної переміжної кульгавості, транзиторні радикалярні порушення, апікоаркуальний артроз. Величина дуги викривлення, ротації хребців та індексу Харрінгтона, хоча і впливають на ризик стенозування ХК, але значно менше, ніж латеропозиція і антелістез тіл хребців. Деякі інші фа-

ктори, такі як ожиріння, супутні захворювання серцево-судинної системи також погіршують прогноз подальшого протікання захворювання.

5. Важливим і найбільш клінічно значимим порушенням опорно-рухової функції хребетних сегментів є їхня нестабільність.

Імовірність розвитку нестабільності ПРС зростає при наявності повністю або значно зменшеного склеротомного болю, монорадикулярних /рідше бірадикулярних/ транзиторних порушень у пацієнтів з лямбалгією або лямбоішіалгією з перевагою локального болю в області хребта у віці від 31 до 60 років з прогресуючим протіканням загострення та переміжним характером болю.

СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ПО ТЕМІ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Прогнозирование течения диспластического сколиоза: Метод. рекомендації. - Киев, 1987. - 25с. - /Совт.: В.Я.Фиденко, В.А.Улещенко, С.Д.Шевченко, Н.Н.Вовк, И.М.Белоус/.
2. О рентгенологическом исследовании задних отделов пояснично-крестцовых позвонков // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1989. - №12. - С.53-54. - /Совт.: С.Д.Шевченко, В.И.Ефименко/.
3. Прогнозирование развития и течения стеноза позвоночного канала у взрослых больных с диспластическим поясничным сколиозом // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1986. - №1 - С.28-32. - /Совт.: А.И.Продан, С.Д.Шевченко, Е.Б.Болков/.
4. А.с. 1454432 СССР, МКИ А 61 В 17/60. Устройство для лечения искривлений позвоночника. - №3974014/28-14; Заявлено 04.11.85; Опубл. 30.01.89, Вкл. 4 // Открытия, изобретения. - 1989. - №4. - С.33. - /Совт.: С.Д.Шевченко, Е.М.Маковоз, С.Р.Михайлов, А.В.Демченко/.

5. Рецензия // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1982. - №1. - С.69. - Рец. на монографию: *Heine J.* Поясничный сколиоз. Исследование клиники и прогноза заболевания // *Enke Verlag, Stuttgart*. - 1980. - /Соавт.: С.Д.Шевченко/.

6. Рецензия // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1982. - №9. - С.72. - Рец. на монографию: *Putz R.* Функциональная анатомия позвоночных суставов // *Thieme Verlag, Stuttgart*. - 1982. - /Соавт.: С.Д.Шевченко/.

7. Рецензия // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1984. - №6. - С.71. - Рец. на монографию: *Winter R.B.* Врожденные деформации позвоночника // *G. Thieme Verlag, Stuttgart*. - 1983. - /Соавт.: С.Д.Шевченко/.

8. Прогнозирование течения диспластического сколиоза /рентгенологические признаки/: Информ.письмо. - Киев, 1986. - 2с. - /Соавт.: С.Д.Шевченко, А.В.Демченко, В.Г.Полозов/.

9. Диагностика и лечение поясничных сколиозов // IX съезд травматологов-ортопедов Украины. - Запорожье, 1983. - С.108-109. - /Соавт.: Н.Д.Мащевич/.

10. Некоторые клиничко-рентгенологические особенности течения поясничных сколиозов у детей // Актуал.вопр.профилактики и лечения сколиоза у детей. - М., 1984. - С.51-53.

11. Прогнозирование течения поясничного сколиоза // У съезд травматологов-ортопедов Сов.Прибалтики. - Рига, 1986. - С.307-310.

12. Особливості неврологічних синдромів у хворих стенозом спінального каналу при диспластичному поперековому сколіозі у дорослих // УІІ з'їзд невропатологів, психіатрів та наркологів УРСР: Тез. доп. - Харків, 1990. - С.304. - /Співавт.: О.І.Продан, Б.Б.Волков/.

13. Некоторые вопросы диагностики поясничного сколиоза // Актуал. вопр. травматологии и ортопедии. - Екатеринбург,

1992. - С. 106-111. - /Совт.: А.И.Продан, С.Д. Шевченко /.

14. Диспластический стеноз позвоночного канала у детей и подростков // Материалы VI съезда травматологов-ортопедов СНГ. - Ярославль, 1993. - С.338-339. - /Совт.: А.И.Продан, Е.Б. Волков/.

РЕЗЮМЕ

Куценко В.А. Диагностика и прогнозирование диспластического поясничного сколиоза у взрослых.

Диссертация в виде рукописи на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности I4.01.20 - травматология и ортопедия, Харьковский научно-исследовательский институт ортопедии и травматологии им.проф. М.И.Ситенко, Харьков, 1996.

Защищается 14 научных работ и 1 авторское свидетельство.

Установлено, что клиническая симптоматика у взрослых больных с диспластическим поясничным сколиозом обусловлена дистрофически-деструктивными изменениями позвоночных сегментов, их структурными и функциональными нарушениями: спондилоартрозом /100%/, стенозом позвоночного канала и каналов спинномозговых нервов /55,7%/, снижением спороспособности и нестабильностью позвоночных сегментов /45,5%/.

У всех пациентов с диспластическим поясничным сколиозом имеются множественные асимметричные аномалии развития нижнепоясничных позвонков и крестца.

Прогнозирование течения и исходов диспластического поясничного сколиоза у взрослых предполагает количественную оценку вероятности развития важнейших структурных изменений и функциональных нарушений и базируется на величине прогностических коэффициентов и информативности отдельных клинических и рентгенологических признаков. Выявлены критерии высокой вероятности развития стеноза позвоночного канала и нестабильности.

Ключові слова: хребет, поперековий сколіоз, діагностика, прогнозування.

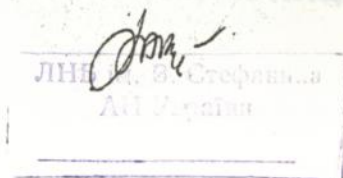
SUMMARY

Kutsenko V.A. Diagnosis and prognostication of the dysplastic lumbar scoliosis in adult. Typescript dissertation for Candidate degree on orthopedics and traumatology on speciality.14.01.20 - traumatology and orthopedic surgery, Kharkov's research institution of orthopedy and traumatology by name of M. I. Sitenko, Kharkov, 1996.

In dissertation are defending 14 articles and 1 patent on the diagnosis and prognostication of the dysplastic lumbar scoliosis in adult. It is established, that clinical symptomatology in adult with dysplastic lumbar scoliosis caused by dystrophic-destructive changes of the vertebral segments, their structural and functional disorders: spondyloarthrosis(100%), stenosis of the spinal and neural roots canals(55,7%), instability of the vertebral segments (45,5%).

There are numerous asymmetry anomalies of lumbar vertebrae and sacrum in all patients with displastic lumbar scoliosis.

Prognostication of tendency and results of the dysplastic lumbar scoliosis in adult is supposed quantitative evaluation of the probability of development the important structural changes and functional disorders and based on the quantity of the prognostic coefficients and informativity of different clinical and roentgenological signs. The criteria of high probability development of stenosis of the lumbar spine and instability are discovered.



Відповідальний за випуск - академік О.О.Корж

Підписано до друку 15.03.96. Формат 60 x 84 1/16.

Обсяг 1 ум. друк. арк. Зам. № 67. Тираж 100 прим.

Друкарня оперативного друку УГАУ
312131, Харк.обл., п/о "Комуніст-1"
учбове містечко.

AB 34.319

AB 34.319