

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ФОРМ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОГО СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

*Белецкий А.В., Дулуб О.И., Бабкин А.В., Мазуренко А.Н., Нечаев Р.В.
РНПЦ травматологии и ортопедии, Республика Беларусь*

Цель. Определить тактику хирургического лечения при нестабильных формах полисегментарного стеноза поясничного отдела позвоночного канала.

Материал и методы. Проанализировано течение заболевания и исходы оперативных вмешательств у 36 пациентов с полисегментарными поражениями поясничного отдела позвоночника, находившихся на лечении в НХО №2 РНПЦТО за последние 5 лет. В данную группу вошли пациенты с дегенеративным стенозом (5) и наличием дегенеративных форм спондилолистеза (31). Среди клинических проявлений преобладал болевой синдром, у 12 пациентов имелся неврологический дефицит (перемежающаяся хромота, нижний парапарез).

Объем хирургического вмешательства планировался на основании динамики заболевания, неврологического статуса, характера полисегментарного стеноза позвоночного канала, выявляемых объективными методами диагностики (функциональная спондилография, КТ, МРТ, радикулосаккография, электрофизиологические исследования).

Оперативное вмешательство предусматривало выполнение декомпрессии корешков спинного мозга на 2-3 позвоночных сегментах с использованием преимущественно щадящих методик (интерламинэктомия, парциальная фасетэктомия), при необходимости дополнявшихся дискэктомией. Стабилизация пораженных позвоночных сегментов достигалась транспедикулярной фиксацией конструкциями “Медбиотех” с использованием навигационной станции “Медтроник”.

Результаты. Наличие нестабильных форм полисегментарного стеноза поясничного отдела позвоночного канала требует решения ряда вопросов, определяющих объем и характер предполагаемого хирургического вмешательства:

- определение уровней стеноза и нестабильности;
- сопоставление результатов клинического обследования с данными электрофизиологических и визуализирующих методов диагностики;
- вне зависимости от наличия доминирующе-

го очага выделение очагов поражения, подлежащих хирургической коррекции;

- необходимость стабилизации позвоночника при наличии нестабильности, а также при выполнении обширных декомпрессивных вмешательств на нескольких уровнях.

Дегенеративные формы спондилолистеза с или без наличия спондилолиза характеризуются сложным характером нарушения биомеханики и развития дегенеративно-дистрофического поражения смежных позвоночных сегментов, наличием грыж диска, развитием лестничных смещений с полисегментарными компрессией и/или раздражением корешков конского хвоста спинного мозга. Выраженность хирургической деструкции смежных к уровню смещения позвоночных сегментов определяет необходимость стабилизации дополнительных позвоночных сегментов путем выполнения полисегментарной транспедикулярной фиксации позвоночника.

Особенностью хирургического лечения пациентов с полисегментарным стенозом, обусловленным преимущественно развитием спондилоартроза, является необходимость минимизации декомпрессии для сохранения стабильности позвоночника. Сохраняется ценность функциональной радикулосаккографии. Выполнение расширенного декомпрессивного вмешательства на двух и более смежных уровнях, наличие предоперационной нестабильности является показанием для дополнительной фиксации оперированных сегментов позвоночника с целью предотвращения ятрогенных смещений, формирования кифоза и достижения стойкого купирования вертеброгенного болевого синдрома.

Обсуждение. Дегенеративно-дистрофические полисегментарные поражения поясничного отдела позвоночника относятся к числу наиболее сложных поражений в плане установления доминирующего или нескольких очагов вертебро-корешкового конфликта, выбора оптимальной тактики хирургического лечения. Сочетание декомпрессивных вмешательств со стабилизацией позвоночника позволяет добиться стойкого регресса болевого синдрома и неврологического дефицита.