

ночного канала стенозированным считали канал с переднезадним размером 12 мм и менее или поперечным размером 16 мм и менее (центральный стеноз). Размер латерального рецессуса 3 мм и менее также считался стенозированным (латеральный стеноз). У всех больных этой группы выявляли гипертрофию дугоотростчатых суставов с наличием остеофитов. На T1-взвешенных томограммах в сагиттальной и аксиальной проекциях у всех больных с наличием стенозирования определяли сдавление дурального мешка и исчезновение жировой клетчатки на уровне сужения. Степень сужения канала лучше всего оценивалась на T2-взвешенных томограммах в сагиттальной плоскости, что связано с лучшей визуализацией в этом режиме цереброспинальной жидкости.

Таким образом, МРТ является безопасным, высокоинформативным методом диагностики грыж межпозвоночных дисков и стеноза позвоночного канала при поясничном остеохондрозе,

а результаты МРТ-исследований способствуют внесению соответствующих коррективов в объяснение механизмов неврологических нарушений при грыжах межпозвоночных дисков и поясничном стенозе, а также уточняют показания к оперативному вмешательству.

MRI diagnose of complications of lumbar osteochondrosis

Norov A.U., Kariev M.H.

MRI was employed and analyzed of 136 patients with intervertebral disc herniation and degenerative lumbar spinal stenosis.

MRI made it possible to accurately localize the disc hernia and degenerative lumbar stenosis, determine its size, nature of displacement and effects on the roots and dural sac.

MRI gives an idea of pathological process in the affected motor segment and facilitates considerable the choice of the adequate treatment.

К вопросу лечения стенозов позвоночного канала, связанных со спондилолистезами

Перфильев С.В., Бабаханов Ф.Х.

Научный центр нейрохирургии МЗ Республики Узбекистан,
г.Ташкент, Республика Узбекистан

Одной из причин прогрессирования сегментарного стеноза позвоночного канала, нарастания ирритативных и компрессионных корешковых и ишемических синдромов является нестабильный прогрессирующий спондилолистез нижнепоясничных позвонков. Лечение осложненных нестабильных спондилолистезов остается сложной задачей. Стабилизирующие операции из забрюшинного передне-бокового доступа не всегда могут привести к декомпрессии нервных корешков и ликвидировать стенозирующий процесс. Одним из перспективных методов в лечении осложненных спондилолистезов является декомпрессивная ламинэктомия в сочетании с открытой репозицией и интерпедикулярной фиксацией тел позвонков винтовыми конструкциями.

За период с 1999 по 2002 г в центре прооперировано 28 больных (мужчин — 5, женщин — 23) со спондилолистезами в возрасте от 22 до 57 лет. Дооперационное исследование

включало: ортопедо-неврологическое обследование, комплекс клинико-биохимических и рентгенологических исследований (обзорные и функциональные спондилографии), магнито-резонансную и компьютерно-аксиальную томографию. Хирургическому лечению подвергались больные с осложненными нестабильными спондилолистезами. Объем хирургического вмешательства включал в себя полную декомпрессию нервно-сосудистых образований в позвоночном канале, открытую репозицию смещенного позвонка, устранение стеноза позвоночного канала. На завершающем этапе операции для удержания позвонков в достигнутом положении устанавливали винтовые интерпедикулярные системы фиксации тел позвонков. Использовали собственной конструкции, схожие с VSP (США) системы фиксации тел позвонков. У 2 больных имело место нагноение раны. У остальных пациентов достигнут хороший результат в виде устранения стеноза, декомпрессии корешков и

первичной стабилизации. Результаты лечения показали преимущества интерпедикулярного спондилодеза за тела позвонков перед другими методами фиксации, где главным является возможность произвести широкую декомпрессионную ламинэктомию и устранить нестабильность в оперированных позвонках не зависимо от протяженности ламинэктомии.

To a question of treatment of a vertebra canal's stenosis connected to a spondylolisthesis

Perfiliyev S.V., Babakhanov F.Kh.

The efficiency of decompressive-stabilizing operations at 28 patients with the complicated spondylolistheses is analyzed. To bracing were applied VSP (USA) of interpedicular bracing system of vertebral bodies.

Діагностика та результати хірургічного лікування поперекового стенозу

Поліщук М.Є., Слинько Є.І., Вербов В.В., Ісаєнко О.Л., Пастушин А.І., Муравський А.В.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України, Київ, Україна

Терміном “поперековий стеноз” визначають будь-який тип звуження хребтового каналу або міжхребцевого отвору (Arnoldi C.S. et al., 1976). Найбільш частими причинами виникнення звуження хребтового каналу є наявність прогресуючого дегенеративно-дистрофічного процесу у міжхребцевих дисках, суглобах, зв'язках хребта та одночасно відносно малі анатомічні розміри каналу внаслідок вроджених або конституціональних особливостей хребта.

Доцільно використовувати, на наш погляд, „робочу” класифікацію поперекового стенозу в залежності від анатомічних особливостей:

1. Центральний стеноз — зменшення відстані від задньої поверхні тіла хребця до найближчої протилежної точки на дужці біля основи остистого відростка до 12 мм, що може бути обумовлено як кістковими структурами, так і м'якими тканинами. Зменшення сагітального розміру каналу до 12 мм вважається відносним, до 10 мм і менше — абсолютним.

2. Латеральний стеноз — звуження корінцевого каналу (менше 4 мм) та міжхребцевого отвору. Виділяють стеноз зони входу, стеноз середньої зони та стеноз зони виходу корінця із міжхребцевого отвору.

3. Поєднаний стеноз.

Основою патогенезу у клінічній картині поперекового стенозу є механічний (звуження „кісткового кільця” хребтового каналу) та гемодинамічний фактори (ішемія корінців кінського хвоста, локальна венозна та лікворна гіпертензія). Загострення симптоматики під час руху обумовлене механічною ротацією в уражених

сегментах хребта, яка веде до збільшення стенозу та ішемії.

У першій спінальній клініці Інституту нейрохірургії за період з 1997 року по теперішній час лікувалось 392 пацієнта із дегенеративно-дистрофічними процесами попереково-крижового відділу хребта, у 138 з них (35,2%) був діагностований „поперековий стеноз”. Вік хворих коливався від 24 до 72 років, середній вік склав 49,3 роки. Діагноз центрального стенозу був поставлений 29 пацієнтам (21%), латерального стенозу — 37 пацієнтам (26,8%), у решти — 72 пацієнти (52,2%) — був діагностований поєднаний стеноз. Для діагностики цієї патології нами були використані стандартна та функціональна спондилографія, спондилографія в 3/4 проекції, КТ, МРТ, мієлографія, електронейроміографія.

Декомпресійна ламінектомія проводилася хворим зі стенозом хребтеного каналу на поперековому рівні при наявності явищ прогресуючої радикулопатії середнього чи важкого ступеня (74% операцій). При наявності поєданого стенозу декомпресійна ламінектомія доповнювалась фораміномією на рівнях ураження (26% операцій).

Результатами лікування стало поліпшення у 109 хворих (78,9%), без змін виписано 21 хворий (15,3 %), з погіршенням — 8 хворих (5,8 %).

Таким чином, стеноз поперекового відділу хребта залишається актуальною медичною та соціальною проблемою і потребує подальшого вивчення клінічних проявів та методів його адекватного хірургічного лікування.