

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

Perfilyev 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 хребтового 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.

Diagnosis and the results of surgical treatment of lumbar stenosis

Polischuk N.E., Slinko E.I., Verbov V.V., Isaenko A.L., Pastushin A.I., Muravsky A.V.

392 patients with degenerative pathology of lumbar spine were treated in the 1 spinal clinic of the Institute of neurosurgery for the period from 1997 until present

time, 138 patients (35,2%) from this group have had lumbar stenosis. Age rated from 24 to 72 years old. Central stenosis were diagnosed in 29 patients (21%), lateral stenosis in 37 patients (26,8%), 72 patients has (52,2%) combined stenosis

The results of the treatment were good in 109 patients (78,9%), neurological changes didn't observed in 21 patients (15,3%), worsening observed in 8 patients (5,8%).

Хірургічне лікування дегенеративно-дистрофічних стенозів шийного відділу хребта

Поліщук М.Є., Слинько Є.І., Вербов В.В.

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

Захворювання нервової системи вертеброгенного характеру відносяться до однієї з найбільш розповсюджених патологій. Захворювання часто приводять до інвалідизації внаслідок розвитку радікулопатії, мієлопатії, а також їх поєднання. Серед причин больових синдромів, що можуть бути як вродженими, так і набутими, особливе місце належить звуженню хребетного каналу на різних рівнях — найчастіше шийного та поперекового (В.Ф.Кузнецов, 1997; S.C.Humphreys, 1998).

Серед набутих стенозів шийного відділу хребетного каналу найбільш часто зустрічається звуження, обумовлене дегенеративно-дистрофічними змінами шийного відділу хребта (Я.И.Попелянський, 1990; А.В.Мартиненко, 1995; М.Є.Поліщук, 1991; А.А.Луцик, 1997).

Наша робота ґрунтується на результатах обстеження і хірургічного лікування 85 хворих з радікуломієлопатіями, обумовленими дегенеративними стенозуючими процесами шийного відділу хребта. Аналізуючи клінічні прояви та дані інструментальних методів дослідження для виявлення характеру компресії спинного мозку і його корінців, ступеня стенозу спинномозкового каналу та наявності нестабільності хребта (стандартна, функціональна спондилографія, спондилографія в 3/4 проекції, КТ, МРТ, мієлографія, ЕНМГ), нами виділені три види дегенеративно-дистрофічних стенозів шийного відділу хребта (В.Ф.Кузнецов, 1997; Kenaro E., 1991): центральний стеноз, виявлений у 40% спостережень, латеральний стеноз, відмічений у 24,7% пацієнтів, множинний стеноз (у 35,3% хворих).

У досліджуваній групі було 56 осіб чоловічої статі (65,9%) і 29 осіб жіночої статі (34,1%), вік хворих коливався від 20 до 70 років, середній вік склав 48,5 років.

Серед чоловіків домінували дві групи хворих: 45—59 років — 29 чоловік і 20—44 років — 22 чоловік. Чоловіків літнього віку оперували значно рідше — 6 спостережень. Серед жінок також переважала середня вікова група 45—59 років — 16 спостережень, вікові групи 20—44 років і 60—74 років зустрічалися значно рідше — 10 і 3 спостереження відповідно.

Характеризуючи групи хворих по тривалості захворювання необхідно відзначити, що домінували групи з тривалістю захворювання до 1 року — 35 спостережень і від 1 до 3 років — 28 спостережень. Трохи рідше (22 спостереження) зустрічалися хворі з тривалістю захворювання більше 3 років.

Клінічні прояви мієлопатії переважно зустрічалися у хворих зі стенозом хребетного каналу на шийному рівні з тривалістю захворювання до 3 років (у 34 хворих — 40,0%). Хворі, у яких домінувала радікулопатія, мали частіше короткий анамнез захворювання (менше 1-го року) — у 21 (24,7%) хворих, хоча досить часто зустрічалися хворі з тривалістю захворювання більше 3-х років. Мієлорадікулопатія переважно зустрічалася в хворих із тривалим періодом захворювання (більше 3-х років) — 30 (35,3%) хворих.

Операції декомпресивно-стабілізуючого характеру проведені у всіх 85 пацієнтів:

У 63 хворих (74,1%) виконана передня мікродискотомія яка обов'язково закінчувалася стабілізацією. У 26 з 63 хворих для стабілізації використаний кістковий аутографт. У 31 з 63 хворих для стабілізації використовувався порожній заповнений аутокісткою титановий імплантат, що утворюється різьбою (cage).

При множинних рівнях ураження з грубими явищами спондилоза з остеофітними розростаннями ми проводили передню корпорек-