

томію. Операція закінчувалася установкою кісткового аутогрансплантату (у 5 хворих) чи кісткового алогрансплантату фіксованого пластиною типу Kt10n (у 1 хворого).

Різні варіанти декомпресійної ламінектомії та ламінопластики виконані у 12 хворих. Задня декомпресія проводилася хворим зі стенозом хребетного каналу на шийному рівні при наявності явищ прогресуючої мієлопатії середнього чи важкого ступеня; при поєднанні явищ мієлопатії і радикулопатії (у цих випадках мікрофораміномія на одному чи декількох рівнях поєднується з ламінектомією); наявності стенозу хребетного каналу на шийному рівні протягом декількох сегментів та переважаючої компресії мозку дорсально.

Задня мікрофораміномія проведена у 4 хворих з латеральною киллою диску.

Післяопераційні результати залежали не тільки від характеру хірургічного втручання, але і від кількості уражених рівнів і тривалості хвороби. При однорівневому ураженні у хворих, як правило, відзначалося значне поліпшення, при ураженні на декількох рівнях відзначено, що симптоматика значно не змінювалася.

Виписані зі стаціонару з поліпшенням 69 хворих (81,2%), без змін 9 хворих (10,6%), з погіршенням 6 хворих (7,0%), у 1 хворого було ускладнення — зміщення кісткового трансплантата. Летальних випадків не було.

Таким чином, при наявності стенозу шийного відділу з переважною передньою компресією на одному рівні, передня мікродискектомія з наступним корпоросинтезом порожнім титановим імплантатом є найбільш ефективною процедурою, котра супроводжується най-

меншою кількістю ускладнень. Цей метод вперше розроблений і впроваджений у нашій клініці. Приводом для його впровадження були недоліки інших методів шийної дискектомії.

При наявності стенозу шийного відділу на двох рівнях чи більше з переважною передньою компресією, грубими явищами спондилоза з остеофітними розростаннями, передня декомпресійна корпоректомія з послідуєчим корпородезом та стабілізацією пластиною є найбільш обґрунтованою хірургічною процедурою.

При наявності стенозу шийного відділу з переважною задньою компресією, задня декомпресійна ламінектомія чи ламінопластика є методом оптимального вибору.

В разі вентральної та дорсальної компресії ми застосовуємо втручання в два етапи. Як перший етап виконується задня декомпресійна ламінектомія, другий етап — передня корпоректомія, декомпресія мозку які обов'язково закінчуються переднім корпородезом та стабілізацією пластиною.

Surgical treatment of degenerative stenosis of the cervical spine

Polischuk N.E. Slinko E.I. Verbov V.V.

We analyzed results of surgical treatment 85 patients with degenerative stenosis of the cervical spine. The central stenosis were found in 40% patients, lateral stenosis — 24,7%, stenosis at multiple level was found in 35,3% patients. Among surgical procedures routinely used anterior cervical discectomy, anterior microforaminotomy, posterior decompressive laminectomy, posterior microforaminotomy. The prominent neurological regress found in 82,4% patients, neurological changes didn't observed in 10,6% patients, worsening observed in 7,0% patients.

Діагностика та хірургічне лікування хворих зі стенозом хребтового каналу

Сташкевич А.Т., Еремик М.Є.

Інститут травматології та ортопедії АМН України, м. Київ, Україна

Проаналізовано результати лікування 28 хворих (20 чоловіків і 8 жінок) віком від 35 до 65 років, у яких здійснено комплексне клінічне, рентгенологічне, магнітно-резонансно-томографічне та комп'ютерно-томографічне обстеження і виконано хірургічне втручання. 10 хворих (перша група) були із вродженим вузьким каналом хребта, 11 пацієнтів (друга група) — із гіпертрофією задньої по-

вздожньої зв'язки, задніми остеофітами, 7 обстежених (третья група) — із гіпертрофією жовтої зв'язки, суглобових відростків та екзостозами. Усі хворі мали відносно порівняно невеликі розміри гриж міжхребцевих дисків (4—6 мм).

Провідним у діагностиці стенозу хребтового каналу було зіставлення клінічних даних із магнітно-резонансно-томографічними. Магнітно-

резонансна томографія виконувалась у двох режимах (T1- і T2- виважених зображень), що давало можливість комплексно оцінити м'якотканинний і кістковий елементи хребта. Менш інформативними були рентгенологічне і комп'ютерно-томографічне обстеження стосовно виявлення патологічних змін м'якотканинних елементів хребта.

У хворих першої групи із вродженим вузьким каналом хребта проводили геміламінектомію залежно від клінічних проявів захворювання. Обов'язково видаляли грижі дисків (на одному рівні — у 7 пацієнтів і на двох рівнях — у 3 пацієнтів) із кюретажем диска (по можливості не збільшували деструкцію фіброзного кільця, яка вже сформувалась). У хворих другої групи виконували розширену фораміномію із видаленням гриж міжхребцевих дисків (на одному рівні — у 5 пацієнтів, на двох рівнях — у 5 пацієнтів і на трьох рівнях — у 1 хворого), кюретажем диска, видаленням гіпертрофованої задньої повздожньої зв'язки і задніх остеофітів. Хворим третьої групи здійснювали розширену фораміномію із видаленням гіпертрофованих суглобових відростків (частково), екзостозів і гіпертрофованої жовтої зв'язки, гриж міжхребцевих дисків та (обов'язково) кюретажем диска.

Стабілізацію ушкодженого сегмента хребта не проводили, нервову тканину по можливості обгортали жировою тканиною, щоб запобігти

подальшому утворенню спайок, виконували ретельний гемостаз і на день — два ставили трубочастий дренаж. Обов'язково всім хворим на 5—6 днів призначали антибіотикотерапію для профілактики гнійної інфекції. Залежно від одного, двох чи трьох рівнів ушкодження хворим надавали горизонтального положення через один, два чи три дні після операції із фіксацією напівжорстким поясом.

Найближчі результати лікування оцінені як добрі у 22 хворих (80 %), задовільні — у 4 (14 %) і незадовільні — у 2 (6 %). Задовільні та незадовільні результати лікування були переважно у людей похилого віку із тривалим анамнезом захворювання.

Kiagnosis and surgical treatment of spinal canal stenosis

Stashkevich A.T., Yeryomik M.E.

28 patients with spinal canal stenosis were examined. Complex clinical, roentgenologic, magnetoresonance and sonographic examination including computer — tomographic examination was carried out. Surgical treatment (hemilaminectomy, enlarged foraminotomy with ablation of all pathologic elements) was performed. It was found that the most informative in diagnosis of spinal canal stenosis is magneto — resonance tomography. Immediate results were estimated as good in 80% of patients, satisfactory results were obtained in 14% of patients and 6% of patients revealed bad results.

Спосіб діагностики стеноза позвоночного каналу поясничного отдела позвоночника

Сон А.С., Солодовников В.И.

Одесский государственный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Использование данных спондилографии, КТ, МРТ и нагрузочных проб в сочетании с типичными клиническими проявлениями даёт возможность диагностировать поясничный стеноз (ПС). Основным критерием диагностики ПС при КТ и МРТ являются сагиттальный и фронтальный размеры позвоночного канала. Сагиттальный размер позвоночного канала на поясничном уровне в норме составляет 15—25 мм, поперечный — 26—30 мм. При сагиттальном размере 10—15 мм могут возникать клинические симптомы ПС, чаще они проявляются при стенозировании до 12 мм. Стеноз менее 10 мм практически никогда не бывает бессимптомным, однако, чёткой корреляции между степенью стеноза (по сагиттальному и фрон-

тальному размерам) и тяжестью клинических проявлений не существует (Орлов Ю.А. и соавторы, 1987; Васильев А.Ю., Витько Н.К., 2000). Известно, что в подвижных сегментах эти размеры меньше, чем в фиксированных, из чего можно сделать вывод о доминирующей роли мягкотканного компонента в происхождении неврологических проявлений ПС. Значительная разница размеров, по данным разных авторов, привела к тому, что в литературе часто встречаются такие определения, как “выраженный стеноз”, “сильно выраженная гипертрофия желтой связки”, “большая срединная грыжа” и т. д. Очевидно, что не всякая большая грыжа, спондилолистез и гипертрофия желтой связки приводят к