

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 диску (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.

Способ диагностики стеноза позвоночного канала 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

компресии конского хвоста и корешков.

С нашей точки зрения, более информативным является измерение площади поперечного сечения позвоночного канала в подвижном и фиксированном сегментах, а не сагиттального и фронтального размеров, которые не отражают степени компресии дурального мешка. Измерения этих площадей мы выполняли при КТ поясничного отдела позвоночника. Сагиттальный размер измеряем от середины заднего края межпозвоночного диска (протрузии, грыжи диска, вен Бетсона, задней продольной связки) до жёлтых связок у основания остистого отростка. Перпендикулярно к линии сагиттального размера проводим линию по заднему краю межпозвоночного диска (протрузии, грыжи диска, вен Бетсона, задней продольной связки). Дополнительно про-

водим линии по внутренней поверхности жёлтых связок до образования треугольника, площадь которого и будет площадью поперечного сечения позвоночного канала в подвижном сегменте, соответствующей площади дурального мешка. Сопоставляя площадь поперечного сечения позвоночного канала в подвижном сегменте с площадью поперечного сечения дурального мешка в норме (100 мм²), судим о наличии или отсутствии клинически значимого ПС.

A way of diagnostic the stenosis of the spinal channel of the lumbar department of a vertebral column

Son A.S., Solodovnikov V.I.

The new method of diagnostic of the lumbar stenosis is based on measurement of cross-sectional areas in the fixed and mobile segments and confrontation with a cross-sectional area of the dural sac.

Хірургічне лікування хворих зі стенозом поперекового відділу хребтового каналу

Шутка В.Я.

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці, Україна

Нами проведено аналіз результатів оперативного лікування 89 пацієнтів зі стенозом поперекового відділу хребтового каналу, які перебували на лікуванні в нейрохірургічному відділенні у період з 1992 по 2001 р.

Показаннями до проведення операції були наявність та наростання стійкої симптоматики неврологічної недостатності, особливо моторної, підтвержені даними додаткових методів обстеження (рентгенографія, мієлографія, комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія), а також неефективність консервативної терапії, що проводилася протягом від 3 міс до декількох років. Обсяг оперативного втручання в кожному випадку визначався індивідуально і залежав від даних доопераційного обстеження, а також коригувався в процесі його здійснення, але в основному проводились такі типи операцій: декомпресивна ламінектомія, часткова фасетектомія та фораміноміа.

При центральному стенозі виконувалась операція декомпресивної ламінектомії. У таких пацієнтів ми старались різко обмежити проведення фасетектомії і не видаляли навіть

значні протрузії міжхребцевих дисків, зокрема в старших за віком або при наявності остеопорозних та дегенеративних змін у хребетному стовпі і інтервертебральних дисках, оскільки таке розширення оперативного втручання не є виправданим: призводить до післяопераційної нестабільності, особливо у віддалений період. Для профілактики післяопераційних епідуральних та периневральних рубців ми не використовували жирових ауто-трансплантатів, як радять деякі автори, бо неможливо передбачити індивідуальну реакцію окремого пацієнта. Вважаємо ефективнішим способом запобігання постламінектомічного синдрому ранне (на першу добу після операції) вставання і активний режим пацієнтів, виписування зі стаціонару на 2—4-й день.

У разі поєднання центрального та латерального стенозів поперекового відділу хребтового каналу (виявлено в 69 хворих) проводилась декомпресивна ламінектомія з частковою фасетектомією, але не більше 30% суглобових поверхонь, що доповнювалось радикалолізом та фораміномією по ходу ском-