

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 фораміномієктомія.

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 раннє (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 фораміномієктомією по ходу ском-

прометованого нервового корінця, (селективна декомпресія нервового корінця).

При аналізі найближчих післяопераційних результатів встановлено, що зменшення болювого синдрому досягнуто в 98% пацієнтів, але неврологічний дефіцит регресував у 90% хворих. Вивчення віддалених результатів (через 5 років) показало, що у 12% оперованих спостерігаються явища хронічного попереково-крижового радикуліту.

Клинико-диагностические аспекты стеноза позвоночного канала

Оришак Н.И., Исаенко А.Л. Феденко Ю.З., Панченко В.И.

Институт нейрохирургии им.акад.А.П.Ромоданова АМН Украины, г.Киев, Украина

Стеноз позвоночного канала с клинико-анамнестической точки зрения является недостаточным изученным в вертебродологии. Проведен анализ наблюдений 86 больных со стенозом позвоночного канала в возрасте от 14 до 66 лет.

Причины стеноза позвоночного канала у 56 больных были врожденного и у 30 — приобретенного характера. Врожденный стеноз в поясничном отделе позвоночника наблюдали у 75 (87%) больных, в шейном — у 11 (13%). К приобретенным видам стеноза мы отнесли юношеский кифосколиоз грудного отдела (6 больных), сужение проходимости позвоночного канала за счет объемного процесса (17 больных), воспалительных заболеваний оболочек и спинного мозга (9 больных), позвоночно-спинномозговой травмы с нарушением соотношений структур позвоночного канала и его содержимого (12 больных), сочетание стеноза позвоночного канала с патологией межпозвоночных дисков (42 больных).

Необходимо отметить, что в зависимости от уровня сужения позвоночного канала и его причин формируется и клиника течения заболевания. Так, при сужении позвоночного канала у 81 больного появился клиника пояснично-крестцового радикулоневрита с упорным болевым синдромом и вегетативно-двигательными нарушениями. При этом на спондилограммах патологических изменений, как правило, не обнаруживают. Больные длительно лечатся по поводу миелопатии в соответствующем отделе позвоночника, причем без должного эффекта.

Нередко причиной стеноза позвоночного канала в юношеском возрасте является болезнь Шейерманна-Мау (юношеский нейросколиоз), которая проявляется упорным радикулоневри-

Surgical therapy patients with lumbar spinal stenosis

Shutka V.

The study is based on evaluation surgical therapy 89 patients with lumbar spinal stenosis. Laminectomy is the standart method of decompression of the central part of the spinal canal. Laminectomy with partial facetectomy and selective nerve root decompression is the standart procedure in the treatment of spinal canal stenosis associated with lateral recess stenosis. It was revealed high initial success rate (90%). The failure rate with recurrence of symptoms was 12% of patients after 5 years.

том, статодинамическими нарушениями, что в свою очередь приводит к значительному ограничению физических нагрузок, а в дальнейшем — к освобождению от срочной службы в армии.

Сочетание стеноза позвоночного канала и патологии межпозвоночных дисков имеет свою особенность как в клиническом течении, так и в дальнейшей тактике лечения. Даже незначительная протрузия межпозвоночного диска может вызывать радикулоневрит с упорным выраженным болевым синдромом, статодинамическими нарушениями, сенсотрофическими расстройствами, а иногда и синдромом компрессии спинного мозга с проводниковыми проявлениями. Несколько проведенных курсов консервативного лечения, как правило, эффекта не дают.

Прижизненная диагностика стеноза позвоночного канала представляет определенные трудности. Еще не так давно в этом плане первостепенную роль играли рентгеноконтрастные методики (пневмомиеелография, нисходящая и восходящая миелография), однако в последнее время наиболее информативными методами исследования этой патологии являются компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) позвоночника.

Таким образом, подводя итоги вышесказанного, необходимо отметить, что в настоящее время сопоставление клинической картины с данными МРТ позвоночника дает возможность на более ранних этапах развития стеноза позвоночного канала решать вопрос о дальнейшей тактике адекватного лечения.

В плане лечения данной патологии следует выделить два этапа. На первом этапе необхо-