

димо использовать 2—3 курса консервативного лечения, исключая мануальную терапию, с дальнейшим санаторно-курортным лечением, преимущественно с использованием озокеритно-грязевых факторов воздействия, подводного массажа, лечебной физкультуры. При неэффективности консервативного лечения необходимо проведение нейрохирургического лечения, причем используется такой хирургический подход к области стеноза позвоночного канала, при котором устраняется компрессия спинного мозга и его корешков. Закреплять эффективность оперативного лечения необходимо санаторно-курортным лечением в специализированных от-

делениях санаторно-курортных комплексов, что приводит к значительному сокращению сроков социальной реабилитации и реадaptации.

#### Some aspects of vertebrae canal stenosis

*krishaka N.I., Isaenko A.L., Fedenko Yu.Z., Panchenko V.I.*

86 patients in age from 14 till 66 with vertebrae canal stenosis were analyzed. There was preference of lumbar stenosis (75 obs. — 87%) rather than cervical stenosis (11 obs. — 13%). Treatment of vertebrae canal stenosis provides in two steps. First, include 2 — 3 courses of conservative therapy, exclude manual therapy, with adjunct sanatoria treatment. Non effective conservative treatment, require neurosurgery operation. Surgery treatment allows reducing spinal cord and nerves roots compression.

## Опыт хирургического лечения стеноза позвоночного канала в пояснично-крестцовом отделе

Дзяк Л.А., Зорин Н.А., Передерко И.Г., Кирпа Ю.И., Овчаренко Д.В., Сирко А.Г.

Государственная медицинская академия, г. Днепропетровск, Украина

Лечение больных с поясничным стенозом — актуальная и ранее широко не обсуждавшаяся тема, требующая системного подхода с участием невропатологов, нейрохирургов и ортопедов-травматологов. Большое разнообразие типов стеноза позвоночного канала не позволяет решить проблему объема оперативного вмешательства однозначно.

В нашей клинике с 1996 по 2002 г. обследовали 58 больных с поясничным стенозом. Шести больным преклонного возраста с тяжелой сопутствующей патологией рекомендовали консервативное лечение. Хирургическое лечение провели 53 больным в возрасте от 35 до 67 лет. Оперировали — 30 мужчин и 23 женщины. Стеноз позвоночного канала на одном уровне выявили у 44 больных. Центральную форму стеноза установили у 9 (20,5%) больных, латеральная — у 22 (50%), смешанную — у 13 (29,5%). Наиболее часто поясничный стеноз отмечался на уровне IV—V позвонков. Так, на этом уровне стеноз выявили у 24 (55%) больных, на уровне V—I — у 16 (36%), на уровне III—IV — у 4 (9%). Стеноз канала на двух уровнях установили у 5 больных, стенозирование позвоночного канала на трех уровнях — у 4.

В клинической картине у больных с центральными стенозами преобладали симптомы нейрогенной “перемежающей хромоты” (77,7%), грубые двигательные и чувствительные нарушения, сопровождавшиеся трофи-

ческими нарушениями в нижних конечностях (66,7%), боль в пояснице и корешковая боль часто носила тупой, ноющий характер (89%). Латеральный стеноз проявлялся болевым монорадикулярным синдромом. Боль имела четкую локализацию и у 86 % больных сочеталась с парезами в соответствующих миотомах. Боль при стенозе, в отличие от боли вызванной межпозвонковыми дисками, значительно уменьшалась в покое. Для смешанных форм в клинике было характерно сочетание симптомов центрального и латерального стенозов.

Комплекс исследований при поясничном стенозе у всех больных включал спондилографию, КТ или МРТ. Для определения лечебной тактики 42 больным дополнительно выполнили миелографию. Поясничный стеноз от 10 до 12 мм выявили у 70% больных, менее 10 мм — у 30% больных.

Планирование вида и объема операции у каждого больного основывали на оценке неврологического синдрома и его соответствия рентгенологическим, миелографическим и томографическим данным. При центральном стенозе 7 больным осуществили ламинэктомию и удаление желтой связки. Из них 2 больным при уменьшенном поперечном размере канала дополнительно выполнили фасетэктомию. Двум другим больным со стенозом, обусловленным гипертрофией желтой связки (некостный стеноз), провели гемиламинэктомию с двусторон-

ней лигаментэктомией на суженом участке канала. При латеральном стенозе 16 больным выполнили медиальную фасетэктомиию, у 7 из них операцию сочетали с удалением остеофитов. У 6 больных при фораминальном стенозе “средней зоны” осуществили резекцию нижнего суставного отростка. При сочетанных формах стеноза производили ламинэктомиию и фасетэктомиию. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений.

У 41 (77%) больного отмечали значительное улучшение симптоматики к моменту выписки из стационара, у 10 (19%) больных получен удовлетворительный результат, у 2 (4%) — эффект отсутствовал. Результаты лечения были лучше у больных с латеральным стенозом и с длительностью заболевания менее 2 лет. Сопутствующее ожирение и большая протяженность ламинэктомии служили

факторами, отрицательно влияющими на результат операции. После перенесенной операции 21 (40%) больной вернулся к работе. В отдаленный период у 3 больных отмечали возобновление симптоматики стеноза. Рестенозы были обусловлены образованием эпидуральных рубцов, и их оссификацией. Всем 3 больным выполнили повторную операцию с иссечением рубцов и спаек.

Полученные результаты и данные литературы позволяют считать подходы, используемые нами при лечении больных с поясничным стенозом, клинически обоснованными. Оптимальное соотношение декомпрессии позвоночного канала с максимально возможным ограничением удаления опорных структур позвоночника при проведении оперативного вмешательства позволяют добиться хороших результатов в лечении таких больных.

## Клініко-електрофізіологічні критерії діагностики сегментарних та провідникових порушень при стенозі хребтового каналу на шийному рівні

Чеботарьова Л.Л., Третьякова А.І., Червець Г.К.

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

Нашими завданнями щодо електрофізіологічної діагностики синдрому шийної мієлопатії при стенозі хребтового каналу на цьому рівні були: 1) верифікація (або встановлення) діагнозу мієлопатії; 2) отримання ЕНМГ-критеріїв для диференціальної діагностики та виділення провідного симптомокомплексу; 3) виявлення основного рівня компресії, кількості залучених у патологічний процес сегментів при багаторівневому ураженні; 4) функціональна характеристика стану сегментарного та провідникового апарату спинного мозку за даними МРТ, і неврологічного статусу; визначення ступеня ураження спинного мозку та його корінців; 5) об'єктивний контроль за ефективністю проведеної операції в ранній та віддалений післяопераційний періоди — оцінка динаміки показників радикулопатії, сегментарних та провідникових порушень порівняно з доопераційними даними.

Для кожного з трьох видів компресійних синдромів шийного рівня: 1) корінцевого  $C_4$ — $C_8$  (спондилогенна радикулопатія), 2) спінального (дискогенна шийна мієлопатія), 3) судинного варіанту дискогенної шийної мієлопатії (дискогенна шийна радикуломієлоішемія) — було використано найадекватніший комплекс електрофізіологічних

методів з метою об'єктивної кількісної оцінки функціонального стану сегментарного нервово-м'язового апарату і спинномозкових корінців, провідникового апарату спинного мозку.

При корінцевому синдромі  $C_4$ — $T_1$  враховувалася клінічна стадія перебігу. В першій стадії — дискальгічній (або невральгічній чи стадії симптомів подразнення) — переважають різкий біль, гіперестезія, пожвавлення сухожилкових рефлексів, захисне напруження м'язів, болючість паравертебральним точок. При електрофізіологічному дослідженні показники швидкості поширення збудження (ШПЗ) руховими та чутливими волокнами нервів верхніх кінцівок, максимальної амплітуди потенціалу дії м'язів (АПД), як правило, залишаються в межах норми, частіше ближче до її нижчої межі. Кофіцієнт асиметрії (КА) та діапазон швидкостей поширення (ДШП), за показниками латентних періодів F-хвиль перевищують норму. Мають місце значні коливання та відхилення від норми показників латентного періоду й амплітуди викликаних симпатичних шкірних потенціалів (ВСШП).

Другий стадії — невритичній (стадії симптомів випадіння) — притаманні менш різкий біль, випадіння чутливості у відповідному дерматомі,