

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказом Міністерства охорони здоров'я України
від 13.06.2008 № 317**Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим із стенозами
спинномозкового каналу хребта**

Шифр за МКХ-10: М 48.0

Ознаки та критерії діагностики захворювання

Ознаками стенозу спинномозкового каналу хребта є мієлопатія, радикулопатія, радикулярні больові синдроми, нейрогенна кульгавість, атрофія м'язів, парези кінцівок, підвищення, зниження або випадіння рефлексів, порушення чутливості в тілі та/ або в кінцівках, в аногенітальній зоні в залежності від рівня ураження, які пов'язані із компресією спинного мозку та/або його сегментарних корінців різними частинами тіл хребців, оссифікованих гриж міжхребцевих дисків, остеофітів та гіпертрофованих анатомічних утворень спинномозкового каналу (зв'язок, капсул суглобів).

Клінічна картина ураження спинного мозку та/або його корінців залежить від локалізації стенозу, його ступеня, темпу розвитку компресії спинного мозку, вікових та індивідуальних особливостей хворого.

Розрізняють наступні типи стенозу:

I. В залежності від анатомічного рівня: 1. Стеноз шийного відділу хребта. 2. Стеноз грудного відділу хребта. 3. Стеноз попереково-крижового відділу.

II. В залежності від етіології: 1. Вроджений (ідіопатичний та ахондропластичний). 2. Набутий (дегенеративний, ятрогенний, посттравматичний, з інших причин). 3. Комбінований (будь-яке поєднання вродженого і набутого стенозу).

III. В залежності від локалізації факторів компресії: 1. Центральний стеноз. 2. Латеральний стеноз (стеноз корінцевого каналу). 3. Поєднаний стеноз.

IV. В залежності від розповсюдження стенозу: 1. Моносегментарний стеноз; 2. Полісегментарний стеноз

V. В залежності від розмірів спинномозкового або корінцевого каналу: 1. Відносний стеноз (всі рівні – сагітальний розмір зменшується до 12 мм, площа каналу за даними КТ до 100 мм²). 2. Абсолютний стеноз (сагітальний розмір зменшується до 10 мм і менше, площа каналу за даними КТ менша 75 мм²). Корінцевий канал вважається звуженим, якщо його мінімальний діаметр на будь-якому рівні дорівнює або менший 4 мм.

В залежності від темпів розвитку неврологічних проявів: 1. Гостра мієлорадикулоішемія (радикулоішемія). 2. Хронічна мієлорадикулопатія (радикулопатія).

В залежності від наявності клінічних проявів: 1. Без клінічних проявів. 2. Функціональний стеноз. 3. Стеноз із явищами мієлопатії та/або радикулопатії.

Хірургічна тактика варіює в залежності від ступеня, рівня та розповсюженості стенозу.

Умови, у яких повинна надаватись медична допомога

Хворих із стенозами хребта потрібно доправляти на обстеження та лікування в нейрохірургічні відділення.

Діагностика

Обстеження хворого повинне включати:

1. Загальносоматичний огляд з визначенням основних вітальних функцій (дихання, пульс, АТ).

2. Неврологічний огляд.
3. Спондилографія ураженого відділу хребта в 2 проекціях (при підозрі на латеральний стеноз – 3/4 проекції з обох боків).
4. Функціональна спондилографія.
5. МРТ ураженого відділу хребта (основний метод діагностики пошкодження спинного мозку та його корінців).
6. КТ ураженого відділу хребта (основний метод діагностики пошкодження хребта)
7. Люмбальна пункція, висхідна чи низхідна мієлографія (за відсутності КТ, МРТ).
8. Нейроміографія.
9. Визначення групи крові та резус-фактора.
10. Загальний аналіз крові та сечі.
11. Аналіз крові на вміст цукру.
12. Біохімічне дослідження крові (електроліти, загальний білок), показників осмолярності плазми крові та гематокриту. Контроль згортання крові (з 3-го дня).

Класифікація мієлографічних проявів стенозу:

1. **Часткова оклюзія** (сегментарне звуження стовпа контрасту).
2. **Субтотально оклюзія** (незначне проходження контрасту нижче блока).
3. **Тотальна оклюзія** (контраст зупиняється на рівні блока).

Лікування хворих із стенозами хребта

Лікування даної групи хворих необхідно проводити у спеціалізованих нейрохірургічних відділеннях.

Лікувальна тактика при стенозах спинномозкового каналу хребта

При відносному стенозі та невираженій неврологічній симптоматиці – лікування консервативне. При відносному стенозі та вираженій неврологічній симптоматиці, при абсолютному стенозі – лікування оперативне.

Оперативні втручання при шийних стенозах:

1. Стеноз із передньою компресією осифікованою грижею, остеофітами на одному рівні - передня мікродиссектомія, передня мікрофораміномія, остеофітектomia із стабілізацією кісткою, кейджами; передня мікродиссектомія, протезування рухомими протезами міжхребцевих дисків.
2. Стеноз із передньою компресією осифікованими грижами, остеофітами на декількох рівнях - передня мікродиссектомія, передня остеофітектomia на декількох рівнях із стабілізацією кісткою, кейджами+платинг (встановлення пластинчато-гвинтової системи стабілізації хребта).
3. Грубі явища спондиліозу, виражені остеофіти, гіпертрофія або осифікація задньої поздовжньої зв'язки із компресією на рівні тіла одного або декількох хребців - передня корпоректomia із стабілізацією кісткою + платинг.
4. Стеноз корінцевого каналу осифікованою грижею, гіпертрофічним артрозом міжхребцевих суглобів - задня мікрофораміномія, мікродиссектомія.
5. Стеноз шийного відділу хребта переважно дорсально, концентричний стеноз, грубі прояви мієлопатії – лямінектomia, лямінопластика.

Лікувальна тактика при стенозах грудного відділу хребта:

Оперативні доступи, які використовуються при стенозах грудного відділу хребта:

1. Лямінектomia.
2. Латеральний екстракавітарний доступ.
3. Боковий транспедикулярний доступ.
4. Трансторакальний доступ.
5. Трансфасетний педикулозберігаючий доступ.

6. При осифікації жовтої зв'язки – ламінектомія із медіальною фораміномією.

Лікувальна тактика при стенозах поперекового відділу хребта:

1. При латеральному поперековому стенозі – інтерлямінектомія та медіальна фасетектомія із задньою декомпресією латерального рецесуса.

2. При поєднаному поперековому стенозі - інтерлямінектомія та медіальна фасетектомія, дискектомія та остеофітектomia із одночасною передньою і задньою декомпресією латерального рецесуса.

3. При центральному поперековому стенозі на декількох рівнях із прогресуючою радикалопатією – декомпресивна ламінектомія.

4. При центральному поперековому стенозі на декількох рівнях у поєднанні із стенозом латеральних рецесусів - декомпресивна ламінектомія і медіальна фасетектомія.

5. При поперековому стенозі із нестабільністю хребта – декомпресія дурального мішка та корінців спинного мозку + транспедикулярна фіксація. При поперековому стенозі без явищ нестабільності показана декомпресія дурального мішка та корінців з наступним встановленням систем динамічної між остистої фіксації типу «Coflex».

Показання до оперативного втручання: **1.** Деформація хребетно-спинномозкового каналу або каналу корінців СМ, виявлена під час Ro-графії, дані КТ або МРТ обстеження, що свідчать про компресію СМ або його корінців, звуження спинномозкового каналу 75% і більше. **2.** Неврологічна симптоматика, що співпадає із рівнем ураження за даними Ro-графії, КТ або МРТ обстеження **3.** Часткова або повна блокада лікворних шляхів. **4.** Прогресування дисфункції СМ і його корінців. **5.** Нестабільність хребетно-рухового сегмента, що створює небезпеку наростання неврологічної симптоматики.

Відносними протипоказаннями до операції є важкий соматичний стан пацієнта.

Критеріями ефективності та очікуваними результатами лікування є поліпшення стану хворого, регрес неврологічної симптоматики, відсутність компресії спинного мозку та його корінців і стабільність ураженого відділу хребта за даними контрольних обстежень: функціональної Ro-графії, МРТ та КТ.

Середній термін лікування до 15 діб.

Після стабілізації стану показано переведення хворого у відділення реабілітації чи неврології.

Головний позаштатний спеціаліст

МОЗ України за спеціальністю «нейрохірургія» Підпис

Є.Г. Педаченко