

### Клинико-лучевые сопоставления при дегенеративном поясничном фораминальном стенозе

Себелев К.И., Щедренко В.В., Могучая О.В., Зевахин С.В., Чижова М.В.

Российский научно-исследовательский нейро-хирургический институт им. проф. А.Л. Поленова Санкт-Петербург Россия  
+7-921-656-14-48  
ovm55@yandex.ru

**Цель исследования** – оптимизация лучевого обследования для диагностики фораминального стеноза при дегенеративных заболеваниях поясничного отдела позвоночника.

**Материал и методы.** Работа основана на анализе результатов комплексного клинического обследования и лечения 127 больных с компрессионными формами поясничного остеохондроза, которым было предпринято хирургическое лечение по поводу грыж межпозвонковых дисков (МПД) и нестабильности позвоночника. Всем больным произведено комплексное лучевое обследование перед операцией, во время вмешательства и в различные сроки после него с использованием обзорной и функциональной спондилографии при помощи цифровой рентгенодиагностической системы, мультиспиральной КТ, МРТ и ЭОП, применяемого во время хирургического вмешательства.

**Результаты и их обсуждение.** При поясничном остеохондрозе, осложненном грыжеобразованием МПД, возникает возможность развития нестабильности в различных отделах позвоночно-двигательного сегмента, одним из ранних признаков которой является изменение формы и площади межпозвонкового пространства (МПП) и межпозвонкового или фораминального отверстия (МПО). Осуществлена хирургическая коррекция нестабильности с помощью «открытых» операций (102 наблюдения), в основном, с помощью переднего и заднего спондилодеза кейджами (65 пациентов), а также лазерным пунктирным воздействием на МПД с помощью диодного лазера (25 наблюдений). У всех больных обнаружено различной степени выраженности снижение высоты МПП и МПО. Значительные изменения (III степень) с существенным снижением высоты МПП имели место в 41 наблюдении (32,3%) и высоты МПО – у 34 человек (26,8%). Наиболее значимыми клиническими признаками при этом являлись наличие радикулопатии, симптома «уступа» и перемежающейся хромоты. Немаловажным фактом является не только снижение высоты МПО, но и наличие его деформации, особенно в переднезаднем направлении. Снижение высоты МПП может носить неравномерный характер в различных его отделах. Для грыжи МПД характерен так называемый симптом «распорки», который наблюдался в 16 случаях (12,6%). Таким образом, данные обзорной и функциональной спондилографии, СКТ и МРТ позволяют при комплексном использовании выявить основные клинико-лучевые признаки нестабильности позвоночника, для оценки степени которой следует учитывать такие параметры, как высота МПП и МПО, а также величину смещения тела вышележащего позвонка.

**Выводы.** При установлении показаний к хирургическому лечению больных с компрессионными формами поясничного остеохондроза необходимо иметь в виду возможность развития у них нестабильности позвоночника, одним из ранних признаков которой является изменение формы и размеров фораминального отверстия.

### Хирургическое лечение поясничного остеохондроза с нестабильностью позвоночника

Щедренко В.В., Себелев К.И., Иваненко А.В., Могучая О.В., Панаськов А.В.

Российский научно-исследовательский нейро-хирургический институт им. проф. А.Л. Поленова Санкт-Петербург Россия  
+7-921-656-14-48  
ovm55@yandex.ru

**Цель исследования** – оптимизация хирургического лечения компрессионных форм поясничного остеохондроза путем применения различных способов фиксации позвоночника при его нестабильности.

**Материал и методы.** Работа основана на анализе результатов комплексного клинического обследования и лечения 102 больных с компрессионными формами поясничного остеохондроза, которым было предпринято хирургическое лечение по поводу грыж межпозвонковых дисков (МПД) и нестабильности позвоночника. Всем больным произведено комплексное лучевое обследование перед операцией, во время вмешательства и в различные сроки после него.

**Результаты и их обсуждение.** При поясничном остеохондрозе, осложненном грыжеобразованием МПД, возникает возможность развития нестабильности в различных отделах ПДС (изолированном или сочетанном поражении переднего, среднего и заднего опорных столбов). Осуществлена оценка переднего спондилодеза кейджами (23 наблюдения), заднего спондилодеза аутокостью и кейджами (36), задней фиксации позвоночника нитиноловыми конструкциями (15), а также комбинированных способов стабилизации в виде сочетания заднего спондилодеза с ТПФ (22) или нитиноловыми конструкциями (6). Исходы лечения оценивали по шкале MacNab, согласно которой выделили хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты. В ближайшие сроки после операции хорошие и удовлетворительные результаты наблюдались у 97 пациентов (95,1%). Под влиянием последующих курсов реабилитационной терапии число больных с хорошими и удовлетворительными результатами лечения составило 98 наблюдений (96,1%). Следует обратить внимание, что число пациентов с хорошим исходом в отдаленные сроки после операции увеличилось на 4% (с 68,6 до 72,6%), в основном, за счет группы с удовлетворительным результатом. Среди 82 больных, которым был выполнен спондилодез, наблюдение в сроки более 18 месяцев после операции показало, что к этому времени формирование костного блока наступило у 76 пациентов (92,7%). Неудовлетворительные исходы отмечены в 4 наблюдениях (3,9%), во всех случаях имело место наличие рубцово-спаечного процесса в виде эпидурального и перирадикулярного фиброза. У двух больных было предпринято повторное хирургическое лечение с проведением мениголиза и радикулолиза, которое не имело длительного позитивного результата.

**Выводы.** В зависимости от вовлечения в патологический процесс передних, средних или задних структур позвоночного столба следует применять различные способы стабилизации и фиксации позвоночника, к использованию каждого из которых существуют определенные показания и противопоказания.