

## Дифференциально-диагностические и хирургические аспекты стенотической и дискогенной миелорадикулопатии

Сипитый В.И., Мороз И.С., Печерский Б.В., Егоркина О.В., Воробьев В.В., Аль-Раджи Назиех, Сомов С.А.

Харьковский государственный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Разнообразным клиническим формам миелорадикулопатии нередко предшествуют врожденные либо приобретенные при компрессионных оболочечно-корешковых синдромах изменения поясничного отдела позвоночника. Предлагаемые различными авторами многочисленные диагностические исследования и операции при определенных достоинствах каждого из них, тем не менее, дают от 12 до 30 % неудовлетворительных результатов.

Исследовали результаты лечения 116 больных, из которых 4 оперировали дважды. Обследование больных до операции включало обязательные обзорную и функциональную спондилографию, позитивную миелографию, ликворологию, МРТ и КТ “СТ МАХ” фирмы “Дженерал электрик” с шагом 2—5 мм. У части больных с выраженным двигательным дефицитом в дистальных отделах нижних конечностей проводили ЭМГ, позволяющую уточнить паретичные мышечные группы. КТ давала возможность визуализировать сдавление корешка, оболочечного мешка остеофитом, рудиментами деформированных незаращенных дуг, величину, форму суставных отростков, степень, форму и направление протрузий, проляпсов, величину и миграцию секвестров, их “возраст”, отношение к элементам позвонка, крестца, состояние трофики тела, гиалиновых пластинок, Шпеевских волокон, межпозвонковое отверстие, определить индекс Джонса—Томпсона и степень стеноза канала, его форму. МРТ позволяла определить функциональное состояние позвоночно-двигательного сегмента, особенности биомеханики поясничного отдела, связочного аппарата, отношение смещений ядра к задней продольной связке, оральное либо каудальное положение секвестров. Исчерпывающая информация о топике и характере процесса была получена при проведении КТ и МРТ-исследований.

Дифференциально-диагностическими критериями, разграничивающими аномалии поясничного отдела позвоночника и дискогенные радикулиты, являлись рентгенологический синдром “бокового выворота”, возраст больного, дли-

тельность формирования люмбоишиалгии, наличие или отсутствие моно-, бирадикулярного синдрома и особенно данные КТ-епидурографии.

Оперировали 116 больных, из них 79 мужчин и 37 женщин в возрасте от 19 до 62 лет. Среди больных с грыжами  $L_{I-II}$ ,  $L_{II-III}$ ,  $L_{III-IV}$ ,  $L_V-S_1$  с гипертрофией желтой связки было — 3, с различными формами незаращения дуг в сочетании с арахноидальными кистами — 4, с краевыми остеофитами тел — 3. Операцией выбора явилась гемиламэктомия с частичной фасетэктомией и интраоперационной эндоскопией, дающая возможность сохранить задний опорный комплекс, обеспечивающая достаточную свободу манипуляций в ране, уверенно визуализировать интраоперационно паравертебральные ткани, элементы позвонка и содержимое позвоночного канала. Обязательной была тканевая верификация каждого случая. Среди аномальных изменений чаще других констатировали гипертрофию суставных отростков, что сочеталось с фораминальными грыжами. У 9 (7,7%) больных наблюдали вариант срединной грыжи; в остальном были задне-боковые и парамедианные проляпсы.

Хорошие результаты получены у 104 (78%) больных. Оперированные начинали ходить в течение 1-й нед после операции. Среди основных причин, приведших к повторным вмешательствам, были — несоблюдение “ортопедического” режима с неадекватными физическими нагрузками. У 2 из них оказались проляпсы оперированных ранее, у 2 — соседнего диска. При диспансерных плановых осмотрах и при восстановительном лечении необходимости в стабилизирующих операциях не возникало. Преходящий функциональный дискомфорт тазовых функций у 7 больных со срединными грыжами в целом не задерживал положительную неврологическую динамику восстановления опорной функции и обратного развития люмбоишиалгии. Из остаточных явлений самым негативным и долгосрочным оставалась гипалгезия зон сомпрометированных корешков.

# Kifferential-diagnostic and surgical aspects of stenotic and discogenic myeloradiculopathy

*Sipity V.I., Moroz I.S., Pechersky B.V., Egorikina K.V., Vorobyov V.V., Nazieh A.R., Somov S.A.*

The results of operations performed on 116 patients with lumbosialgia caused stenotic changes of lumbar spine and disc prolapses were analyzed. The traditional methods of investigation were used and computerized

myelography with MRI as well, providing more advanced data of type and topical localization of pathological process. The differential-diagnostic features of spinal stenosis and compression of membranes and spinal roots by disc prolapses were described. The method of hemilaminectomy and, in case of foraminal type of prolapses, partial facetectomy were performed.

The good outcome of operations was obtained in 78% patients. There were no tactical and technical mistakes due to use of intraoperation endoscopy of discoradicular conflict zone.

## Особенности стенозирующих процессов в пояснично-крестцовом отделе позвоночника по данным оперативных вмешательств

Могила В.В., Дышловой В.Н., Сергеева О.В.

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, г. Симферополь, Украина

Стеноз позвоночного канала на пояснично-крестцовом уровне представляет собой различные по этиологии формы сужения центрального канала. Причиной развития неврологических нарушений при стенозирующих процессах являются грыжи дисков, утолщение дужек позвонков, увеличение и деформация суставных отростков, гипертрофия желтой связки, рубцово-спаечные процессы.

Целью настоящего исследования явилось изучение причин стенозирования позвоночного канала в пояснично-крестцовом отделе, выявленных по данным хирургического лечения.

Проанализировали 60 наблюдений над больными, оперированными в Крымском республиканском нейрохирургическом центре (г. Симферополь) в 2001 г. Среди исследуемых больных было 33 мужчины и 27 женщин в возрасте от 27 до 64 лет. Как среди мужчин, так и среди женщин преобладали лица среднего — 30—44 года (54%) и зрелого — 45—59 лет (34%) возраста. На остальные возрастные группы приходилось всего 12% больных.

Всех больных прооперировали после клинического и рентгенологического обследования (КТ, ЯМР-томография, миелография).

Длительное консервативное, санаторно-курортное лечение, мануальная терапия без эффекта не дали. Оперативное вмешательство проводили с использованием микрохирургических методов. Операция позволила уточнить характер стенозирующих процессов.

Отмечены следующие особенности. У 50% оперированных пациентов выявили грыжу диска в сочетании с гипертрофией желтой связки. Грыжу диска как единственную причину стеноза обнаружили у 12 % больных. Гипертрофию желтой связки как единственную причину

стеноза отмечали у 18% пациентов. У 10% оперированных больных выявили грыжу диска в сочетании со спаечным процессом. Еще у 10% больных отмечали гипертрофию фасеточных суставов в сочетании с утолщением желтой связки. Таким образом, грыжа диска как самостоятельный стенозирующий процесс позвоночного канала в пояснично-крестцовом отделе встречалась относительно редко и была обнаружена всего у 12% больных.

Наиболее частой причиной стеноза позвоночного канала явилась гипертрофия желтой связки как самостоятельный процесс или в сочетании с другими причинами стенозирования.

Гипертрофию желтой связки установили у 78% прооперированных больных. При латеральных стенозах, обусловленных грыжей диска и гипертрофированной желтой связкой, использовали доступ в виде гемиламинэктомии с удалением грыжи и гипертрофированных участков желтой связки. При латеральном стенозе, обусловленном грыжей диска, использовали частичную резекцию края верхней и нижней дужки с иссечением желтой связки и удалением грыжи диска. При стенозе, обусловленном гипертрофированной желтой связкой, проводили гемиламинэктомию с лигаментэктомией на суженной части канала. При стенозах корешкового канала использовали медиальную фасэктомию в сочетании с удалением остеофитов в зоне операции.

Послеоперационные результаты оценивали по стандартам шкалы Kavis: — хороший 8—10 баллов, удовлетворительный — 6—7 баллов, неудовлетворительный — ниже 5 баллов. Получены следующие данные: у 76% пациентов — хороший результат, у 24,5% — удовлетворительный, у 1,5% — неудовлетворительный.