

**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗА ГРУДОПОЯСНИЧНОГО
ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА**
Таджибаев Т.А., Усенов А.С.

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель данного исследования – анализ результатов оперативного лечения стеноза позвоночного канала на грудно-поясничном уровне позвоночника. Дана краткая характеристика стеноза позвоночного канала, приведены основные этиологические факторы, патогенез. Клинический материал представлен 442 пациентами, катamnестическое наблюдение составило 4 года.

Ключевые слова: стеноз позвоночного канала, миелорадикулоишемия, спинной мозг, компрессия.

**ОМУРТКА КАНАЛЫНЫН КӨКҮРӨК-БЕЛ БӨЛҮГҮНҮН СТЕНОЗУНУН
ДИАГНОСТИКАСЫ ЖАНА ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО**

Таджибаев Т.А., Усенов А.С.

Бишкек шаардык травматология жана ортопеддик илимий – изилдөө борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул изилдөөнүн максаты – омуртканын көкүрөк-бел тушундагы омуртка каналынын стенозун операция жолу менен дарылоонун жыйынтыктарына анализ жүргүзүү. Омуртка каналынын стенозуна кыскача мүнөздөмө берилди, патогенез, негизги этиологиялык факторлор келтирилди. Клиникалык материал катары 422 бейтап алынды, катamnестикалык байкоо жүргүзүү 4 жылга созулду.

Негизги сөздөр: омуртка каналынын стенозу, миелорадикулоишемия, жүлүн, компрессия.

**THE DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF STERNOVERTEBRAL PART STENOSIS
OF VERTEBRAL CANAL**

Tadjibaev T.A., Usenov A.C.

Bishkek scientific centre of traumatology and orthopedy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The purpose of this investigation is the analysis of the results of operative treatment of vertebral canal stenosis on sternovertebral level of spinal column. There are given a short characteristic of vertebral canal stenosis the main etiological factors, pathogenesis 422 patients clinical material is given. Catamnestic observation was performed for 4 years.

Key words: vertebral canal stenosis, myeloradiculischemia, spinal cord, compression.

Введение.

Стеноз позвоночного канала возникает при различных заболеваниях, а также при травматических повреждениях позвоночника. Клинически стеноз позвоночного канала нередко характеризуется наличием синдромов характерных миелорадикулоишемии или радикулоишемии, которые проявляются в зависимости от уровня и степени компрессии спинного мозга или его корешков [1-3].

В основе патогенезе развития разнообразных клинических форм стеноза позвоночного канала лежит нарушение спинального кровообращения, к ним проводят дегенеративные изменения позвоночника, такие как - гипертрофия желтой связки, спондилез, спондилоартроз, грыжи межпозвонкового диска, спондилолистез, а также травматические повреждения позвоночника. (4,7,8). Так, например, в шейном отделе наличие спондилоартроза, унковертебральных остеофитов часто приводит к развитию стеноза позвоночной артерии с последующим развитием миелопатии и ишемии корешков. В грудном отделе позвоночника компрессия передней спинальной артерии, как правило, приводит к развитию миелоишемии. В поясничном отделе при стенозе позвоночного канала нередко развивается компрессия ветвей передней большой радикуломедулярной артерии Адамкевича или нижней радикуломедулярной, что приводит к развитию нарушения спинального кровообращения и возникновению миелоишемии с развитием парезов, параличей нижних конечностей и нарушением функций

тазовых органов. (1-7).

Материал и методы.

В Бишкекском научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии исследованы результаты у 442 больных находившихся на стационарном лечении в период с 2010-2014 годы. Возраст больных колебался от 18 до 73 лет, среди пациентов преобладали лица мужского пола (м-270, ж- 172, средний возраст составлял 48 лет). Из 442 больных стеноз был обусловлен грыжей межпозвонкового диска у 325 больных на пояснично-крестцовом отделе позвоночника, у остальных 117 больных стеноз возник на почве травматического повреждения позвоночника.

Обследование больных до операции включало обязательные обзорные и функциональные спондилограммы, МРТ - и КТ - исследования, спондилографию. При этом относительная величина стеноза позвоночного канала определялась по данным КТ, поперечных срезах МРТ, а также по данным боковых спондилограмм и рассчитывалась по формуле $k=(a-b)/a \times 100\%$, где: a-сагитальный размер позвоночного канала в нейтральной зоне, b - сагитальный размер позвоночного канала на уровне максимальной компрессии (5). Компьютерная томография давала возможность определить наличие остеофитов, наличие инородных тел в позвоночном канале при травмах позвоночника (остатки диска, фрагменты костных отломков, величину клина Урбана), установить степень стеноза позвоночного канала.

Магнитно-резонансная томография позволяла определить наличие диск-медулярного, диск-

Таблица 1.

Распределение пациентов по этиологическому фактору стеноза позвоночного канала

	Грыжа диска Пояснично-крестцовый отдел	Травма позвоночника Груднопоясничн. отдел	Всего	
			абс.ч	%
Мужчины	189	81	270	71.3
Женщины	136	36	172	28.7
Итого	325	117	442	100

радикулярного конфликта, пролапсы, миграцию секвестров, а также компрессию твердой мозговой оболочки, корешков спинного мозга костными элементами, наличие гематом, целостность дурального мешка, установить перерыв спинного мозга, (полный либо частичный) при травмах позвоночника. В клинической картине стеноза позвоночного канала отмечался выраженный болевой синдром, сопровождающийся вегетотрофическими проявлениями с нарушением функции тазовых органов у части больных. Динамика развития заболеваний характеризовалась постоянным нарастанием клинико-неврологической картины характерной компрессии спинномозговых корешков и спинного мозга, что являлось основным показанием к оперативному лечению.

При хирургическом лечении стеноза позвоночного канала основные моменты были направлены на устранение причин вызвавших стеноз позвоночного канала. Оперативные доступы диктовались характером стеноза. Так секвестрированные грыжи дисков, верифицированные, данными КТ либо МРТ приводили к развитию стеноза позвоночного канала с компрессией спинного мозга и его корешка, что являлось показанием к дорзальному доступу и проведению микродискэктомии.

При нестабильных переломах позвоночника проводили транскорпоральную декомпрессию дурального мешка с расширением позвоночного канала с последующим удалением костных отломков, вызвавших стенозирование (патенты КР №847 от 30.12.05, № 1090 от 09.10.08). На заключительном этапе операции проводилась стабилизация травмированных сегментов одним из существующих способов (аутотрансплантат, никелид титана, кейдж-домкрат, транспедикулярная фиксация).

Результаты и их обсуждение.

Результаты хирургического лечения стеноза позвоночного канала в значительной мере зависели от характера стеноза, выбора тактики и методики оперативных вмешательств. Применение реконструктивных операций позволило восстановить нормальные топографо-анатомические соотношения элементов спинного мозга, устранить компрессию спинного мозга и его корешков. Использование микрохирургической техники способствовало минимальной травматизации корешков и спинного мозга во время проведения оперативного вмешательства. Это позволило осуществить безопасную декомпрессию спинного мозга, корешков и сохранить задний опорный комплекс.

Оценка результатов хирургического лечения стеноза позвоночного канала проводилась на основании клинических, КТ, МРТ данных, а также использовании шкалы оценки результатов лечения стеноза позвоночного канала (по В Lassale с соавт), визуально-аналоговой шкале (ВАШ), и индекса Освестри (5). Первый осмотр проводился через 3 месяца со дня выписки пациента, при осмотре особое значение придавалось наличию либо отсутствию болевого синдрома, физической ак-

тивности пациента, способности к самообслуживанию, восстановлению трудоспособности. В последующем пациенты приходили на контрольный осмотр каждые полгода. Кагамнез составил 4 года. Отсутствие болевого синдрома, полное восстановление трудоспособности, а также восстановление нарушенных функций спинного мозга у пациентов в отдаленном послеоперационном периоде трактовались как хорошие у больных 345 (78%). К удовлетворительным результатам 75 (17%) человек, отнесена группа больных, у которых было отмечено клиническое улучшение и частичное восстановление нарушенных функций. К неудовлетворительным результатам были отнесены те случаи, когда, несмотря на проводимую операцию, отсутствовал эффект. У больных сохранялись клинические признаки нарушения проводимости спинного мозга, и они отмечены у 22 (5%) больных.

Выводы.

1. Диагностическая информативность компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии при стенозе позвоночного канала составляет 100%.
2. Основной принцип хирургии стеноза позвоночного канала заключается в адекватной декомпрессии спинного мозга и его корешков, при травматических повреждениях обязательная стабилизация поврежденных позвоночно-двигательных сегментов.
3. Результаты операций во многом зависят от характера стеноза позвоночного канала, а также от своевременности и адекватности проведенной декомпрессии позвоночного канала

Литература:

1. Абакиров М.Д. Хирургическое лечение дегенеративных стенозов поясничного отдела позвоночника: Автореф. дисс.-д-ра мед. наук.- М., 2011.
2. Суламанов Ж.Д. // Хирургическое лечение повреждений, их последствий и дегенеративных поражений груднопоясничного отдела позвоночника. - Б., 2008.
3. Мырзахат Улуу Абас. Транскорпоральная декомпрессия при посттравматическом стенозе позвоночного канала: Автореф. дисс. - канд. мед. наук. - Б., 2010.
4. Сидоров Е.В., Оглезнев К.Я., Басков А.В. и др. Анализ результатов хирургического лечения стеноза поясничного отдела позвоночного канала // Мат. III съезда нейрохирургов России. - СПб, 2002. - С.281-282.
5. Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю. // Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках. - С., 2005.
6. Adamova B. Differential diagnostics in patients with mild lumbar spinal stenosis: the contributions and limits of various tests //B.Adamova, S.Vohanka, L.Dusek //Eur. Spine J. 2003. - V.12, №2. - P. 190-196.
7. Arinzon Z. Outcomes of decompression surgery for lumbar spinal stenosis in elderly diabetic patients //Z.Arinzon, A.Adunsky, Z.Fidelman, R.Gepstein //Eur. Spine J. 2004. - V.13, №1. - P.32-37.
8. Cabezon T.I. Surgery for canal stenosis at adjacent levels to a prior; long-term lumbar fusion //T.I.Cabezon, A.H.Ovejero, M.M.Gil Arbiol et al. //Eur. Spine J. 2007.-V.16.-P.144.