

прометованого нервового корінця, (селективна декомпресія нервового корінця).

При аналізі найближчих післяопераційних результатів встановлено, що зменшення болювого синдрому досягнуто в 98% пацієнтів, але неврологічний дефіцит регресував у 90% хворих. Вивчення віддалених результатів (через 5 років) показало, що у 12% оперованих спостерігаються явища хронічного попереково-крижового радикуліту.

Клинико-диагностические аспекты стеноза позвоночного канала

Оришак Н.И., Исаенко А.Л. Феденко Ю.З., Панченко В.И.

Институт нейрохирургии им.акад.А.П.Ромоданова АМН Украины, г.Киев, Украина

Стеноз позвоночного канала с клинико-анамнестической точки зрения является недостаточным изученным в вертебродологии. Проведен анализ наблюдений 86 больных со стенозом позвоночного канала в возрасте от 14 до 66 лет.

Причины стеноза позвоночного канала у 56 больных были врожденного и у 30 — приобретенного характера. Врожденный стеноз в поясничном отделе позвоночника наблюдали у 75 (87%) больных, в шейном — у 11 (13%). К приобретенным видам стеноза мы отнесли юношеский кифосколиоз грудного отдела (6 больных), сужение проходимости позвоночного канала за счет объемного процесса (17 больных), воспалительных заболеваний оболочек и спинного мозга (9 больных), позвоночно-спинномозговой травмы с нарушением соотношений структур позвоночного канала и его содержимого (12 больных), сочетание стеноза позвоночного канала с патологией межпозвоночных дисков (42 больных).

Необходимо отметить, что в зависимости от уровня сужения позвоночного канала и его причин формируется и клиника течения заболевания. Так, при сужении позвоночного канала у 81 больного появился клиника пояснично-крестцового радикулоневрита с упорным болевым синдромом и вегетативно-двигательными нарушениями. При этом на спондилограммах патологических изменений, как правило, не обнаруживают. Больные длительно лечатся по поводу миелопатии в соответствующем отделе позвоночника, причем без должного эффекта.

Нередко причиной стеноза позвоночного канала в юношеском возрасте является болезнь Шейерманна-Мау (юношеский нейросколиоз), которая проявляется упорным радикулоневри-

Surgical therapy patients with lumbar spinal stenosis

Shutka V.

The study is based on evaluation surgical therapy 89 patients with lumbar spinal stenosis. Laminectomy is the standart method of decompression of the central part of the spinal canal. Laminectomy with partial facetectomy and selective nerve root decompression is the standart procedure in the treatment of spinal canal stenosis associated with lateral recess stenosis. It was revealed high initial success rate (90%). The failure rate with recurrence of symptoms was 12% of patients after 5 years.

том, статодинамическими нарушениями, что в свою очередь приводит к значительному ограничению физических нагрузок, а в дальнейшем — к освобождению от срочной службы в армии.

Сочетание стеноза позвоночного канала и патологии межпозвоночных дисков имеет свою особенность как в клиническом течении, так и в дальнейшей тактике лечения. Даже незначительная протрузия межпозвоночного диска может вызывать радикулоневрит с упорным выраженным болевым синдромом, статодинамическими нарушениями, сенсотрофическими расстройствами, а иногда и синдромом компрессии спинного мозга с проводниковыми проявлениями. Несколько проведенных курсов консервативного лечения, как правило, эффекта не дают.

Прижизненная диагностика стеноза позвоночного канала представляет определенные трудности. Еще не так давно в этом плане первостепенную роль играли рентгеноконтрастные методики (пневмомиеелография, нисходящая и восходящая миелография), однако в последнее время наиболее информативными методами исследования этой патологии являются компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) позвоночника.

Таким образом, подводя итоги вышесказанного, необходимо отметить, что в настоящее время сопоставление клинической картины с данными МРТ позвоночника дает возможность на более ранних этапах развития стеноза позвоночного канала решать вопрос о дальнейшей тактике адекватного лечения.

В плане лечения данной патологии следует выделить два этапа. На первом этапе необхо-

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-