

Короткі повідомлення

Клинико-диагностические аспекты и хирургическое лечение миелорадикулопатий, обусловленных поясничным стенозом

Исаенко А.Л., Слынько Е.И.

Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика,
г. Киев, Украина

Поясничный стеноз — это сужение центрального позвоночного канала, корешкового туннеля или межпозвоночного отверстия на поясничном уровне. Наиболее частой причиной сужения позвоночного канала является сочетание прогрессирующего дистрофического процесса в дисках, суставах, связках позвоночника с предрасполагающей относительно малой вместимостью канала в результате врождённых или конституциональных особенностей строения позвоночного столба (тел, дужек, позвонков). Врождённая или приобретённая узость позвоночного канала способствует развитию миелорадикулопатий.

В условиях стеноза позвоночного или корешкового канала возникает несоответствие вместимости костно-фиброзного футляра позвоночника заключённым в нём нервно-сосудистым образованиям. Создаётся хроническая патогенетическая ситуация с динамическими и постоянными нарушениями крово- и ликворообращения, механическими воздействиями на нервные структуры со своеобразной клинической картиной, требующей соответствующего лечебного подхода.

Проанализированы результаты наблюдений 56 больных с различными видами поясничного стеноза: с центральным — 13 пациентов, с латеральным — 27, с сочетанным — 16. Больные были в возрасте от 45 до 83 лет. Наиболее часто поясничный стеноз отмечали на уровне L_{II}—L_{III}—L_{IV}. У всех больных стеноз позвоночного канала был верифицирован с помощью инструментальных методов обследования (спондилография, КТ, МРТ). У всех больных длительность заболевания от появления первых симптомов до момента операции превышала один год. Степень сужения сагиттального диаметра колебалась от 14 до 5 мм, высота латерального рецессуса составляла от 4 до 2 мм.

Неврологические проявления стеноза позвоночного канала характеризуются преобладани-

ем субъективных симптомов в виде боли, парестезий, переходящих двигательных нарушений на фоне слабой выраженности или отсутствия неврологических признаков поражения нервной системы. Последние обнаруживаются, как правило, лишь на поздней стадии заболевания в связи с развитием компрессионно-ишемической радикуломиелопатии или даже синдрома поперечного поражения спинного мозга.

Наиболее распространённой жалобой больных с поясничным стенозом является хроническая боль в пояснице с иррадиацией в одну или обе нижние конечности (96%). Боль сопровождается дизестезиями, чувством жара или холода. Со временем присоединяется синдром одно- или двусторонней нейрогенной перемежающейся хромоты или клаудикации (92,5%). Вначале боль при ходьбе возникает только в одной ноге, что обозначается как стадия одно-сторонней перемежающейся хромоты. Диффузный характер боли, отсутствие объективных симптомов повреждения корешков позволяют расценивать это состояние как перемежающуюся лумбоишиалгию (54%).

Латеральный стеноз характеризуется воздействием на корешки спинного мозга и проявляется болевым корешковым синдромом. В большинстве случаев боль имеет чёткую локализацию и ограничена зоной корешковой иннервации, затем присоединяются различные чувствительные расстройства по корешковому типу (63%). Нередко боль и нарушение чувствительности сочетаются с парезами определённых мышечных групп (59%) и снижением или выпадением рефлексов. По мере прогрессирования заболевания нарастают признаки монорадикулярного дефицита.

В случаях сочетания стеноза позвоночного и корешкового каналов в клинической картине может доминировать перемежающаяся хромота или радикулярный болевой синдром.

Корешковый, корешково-сосудистый синд-

ром, миелопатия являются, как правило, признаком комбинированного, дегенеративного или приобретенного недегенеративного стеноза, но и в этих случаях симптомы выпадения выражены умеренно или слабо.

В зависимости от типа стеноза применяют декомпрессию позвоночного или корешкового каналов. Расширенная декомпрессивная ламинэктомия, фасетэктомия на уровне поражённых сегментов проведена у 23 больных. У пациентов с односторонними неврологическими проявлениями выполнена щадящая декомпрессия (гемиламинэктомия) с обязательной резекцией медиальной порции дугоотростчатых суставов (9 больных). У 18 больных с латеральным стенозом и обусловленным им корешковым синдромом проведена интерламинэктомия с фасетэктомией, фораминотомией и удалением дополнительных мягкотканых компрессирующих факторов: протрузий грыж дисков, гипертрофированной жёлтой связки, оссифицированной задней продольной связки и т.д.

У 43 (77%) оперированных больных отмечали полный регресс симптоматики и значительное улучшение. Частичное или незначительное улучшение было у 10 (18%) пациентов. У 3 (5%) больных эффекта от проведённого лечения не наступило. Неудовлетворительные результаты обусловлены поздними сроками оперативного вмешательства при наличии грубого неврологического дефицита.

Clinical and Diagnostic Aspects and Surgery of Radiculomyelopathies in the Lumbar Spinal Stenosis

Isaenko A.L., Slinko E.I.

Observation of 56 patients with different lumbar spinal stenosis forms were analyzed. There were 13 central, 27 lateral and 16 congenital forms of lumbar spinal stenosis among them. Diagnostic methods of verification and clinical symptoms of radiculomyelopathies, methods of surgical interventions in patients with radiculomyelopathies due to different lumbar stenosis forms are determined.