

УДК 616.832.14-008.6

Г.Д. Махамбаев (к.м.н.), А.А. Саулебеков, Н.И. Турсынов (д.м.н.), Н.Э. Жумадилов, О.М.Ли, Ш.М. Кауынбекова, Н.Б. Ерниязов, У.А. Исмаилов, А.Б. Альшаров.

Областной медицинский центр, г. Караганда, Казахстан

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО СПИНАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Представленные результаты хирургического лечения спинального стеноза в течении последних 2-х лет, позволяют сделать вывод, что микрохирургическая декомпрессия с транспедикулярной фиксацией является эффективным методом в хирургии поясничного спинального стеноза. Хороший результат получен в 82,2% случаев

Ключевые слова: *Поясничный спинальный стеноз, спондилолистез, декомпрессия нервных структур, транспедикулярная фиксация*

Актуальность

Поясничный спинальный стеноз на фоне дегенеративных изменений позвоночника — хроническое непрерывно рецидивирующее заболевание широко распространенное особенно у больных старше 50 лет с длительным анамнезом поясничных болей. При поясничном спинальном стенозе происходит клинически значимое сужение позвоночного канала, вызывающее стойкую или периодическую компрессию нервных структур [1]. Сужение канала может быть конституциональным за счет укорочения ножек дуг, гиперплазии дуг и суставных отростков, а также дегенеративными изменениями его стенок (оссификация задней продольной связки; остеофиты; гиперплазия, утолщение, выпячивание в позвоночный канал и оссификация желтых связок; дегенеративная гиперплазия суставных фасеток и дуг позвонков; выпячивание межпозвонкового диска без нарушения целостности передней стенки позвоночного канала; смещения позвонков и суставных отростков). В настоящее время имеется тенденция к увеличению хирургической активности по отношению к спинальным стенозам. В развитых странах с высокой продолжительностью жизни операции по поводу спинального стеноза вышли на первое место у пожилых пациентов (старше 50 лет) в нейрохирургических и ортопедических клиниках [2].

Цель исследования

Анализ эффективности хирургического лечения поясничного спинального стеноза дегенеративного генеза.

Материалы и методы

В нашем отделении всего пролечилось с 2013 по апрель 2015 года 45 больных со спинальным поясничным стенозом. Из них 18 мужчин, 27 женщин. Возрастной диапазон больных составляет от 44 лет до 77 лет (Табл 1). Преобладание женщин связано с большей продолжительностью жизни последних.

Таблица 1

Возрастной диапазон пролеченных больных

Годы рождения	Количество больных
1930-39	3 (6,7%)
1940-49	6 (13,3%)
1950-59	24 (53,3%)
1960-69	8 (17,8)
1970-79	4 (8,9%)

Основным клиническим симптомом поясничного спинального стеноза у 42 (93%) пролеченных больных была люмбагия, проявляющаяся за много лет до манифестации заболевания. Также одним из основных проявлением болезни была радикулопатия – 40 (88%) больных. Двухсторонняя радикулопатия проявляется у 56%, у 34 % больных односторонняя радикулопатия, полирадикулярный синдром у 10%. Преходящая перемежающиеся чувствительные у 18 больных (40%), двигательные нарушения отмечались у 16 (35%) больных. Данная симптоматика чаще проявлялась билатерально в 77%, в 23% унилатерально. Максимальное клиническое проявление – это синдром сдавления конского хвоста, отмечался у 4 (9%) больных. Дооперационная оценка боли на основе ВАШ в среднем 6 баллов. Показанием к оперативному лечению являются прогрессирующие упорные боли, не купирующиеся консервативным методами, нарастание неврологического дефицита. Нами используется индивидуальный подход для определения вида оперативного вмешательства, тщательно анализируется неврологическая симптоматика и данные инструментального обследования (спондилография, КТ, МРТ). Хирургическое лечение включает два основных момента 1) декомпрессия нервных структур 2) стабилизация при помощи различных конструкции. Выбор тактики обусловлен объемом функциональных нарушении и типом стеноза. При наличии нестабильности поясничного отдела применялась транспедикулярная фиксация (рис. 1) [4-8]. Все манипуляции при декомпрессии нервных структур осуществлялись с применением микрохирургического инструментария и микроскопа ОРМІ Pentero, спондилотомия под рентгенконтролем (электронно-оптический преобразователь) (Табл. 2).

Виды проведенных оперативных вмешательств

Виды хирургического лечения	
декомпрессия	24 (53,3%)
декомпрессия + ТПФ	14 (31,1%)
декомпрессия + дискэктомия	7 (15,6%)

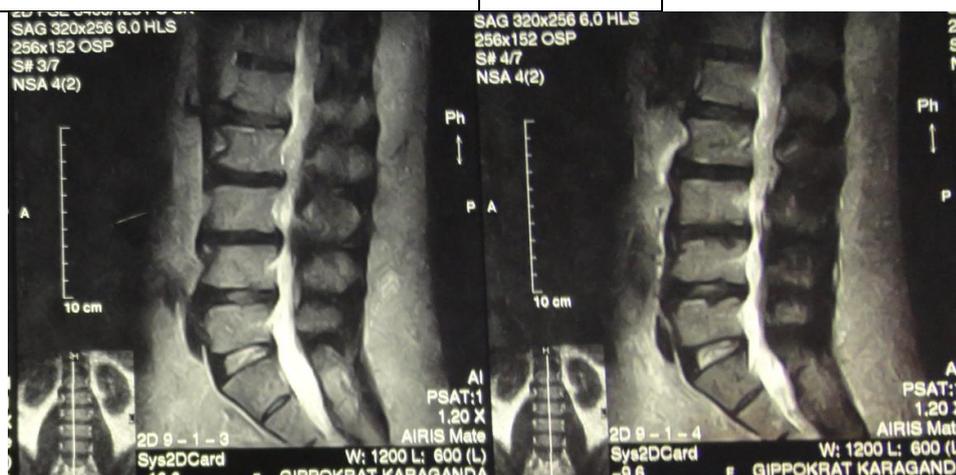


Рисунок 1 – МРТ до операции: сагиттальный срез

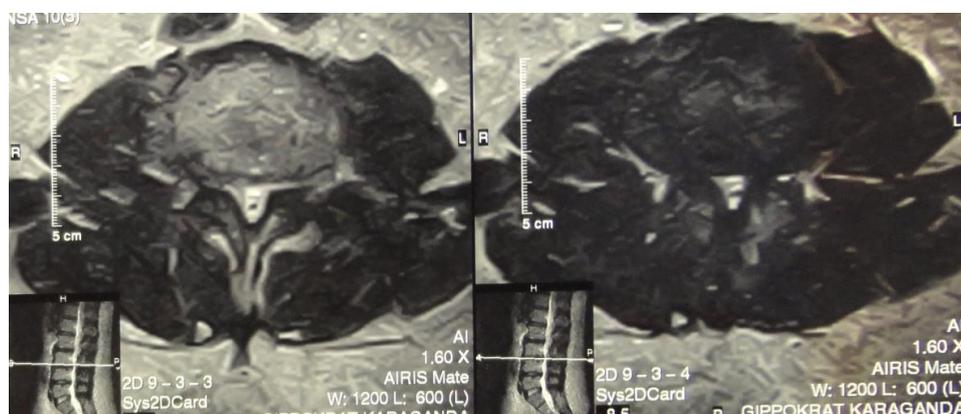


Рисунок 2 – МРТ до операции: аксиальный срез

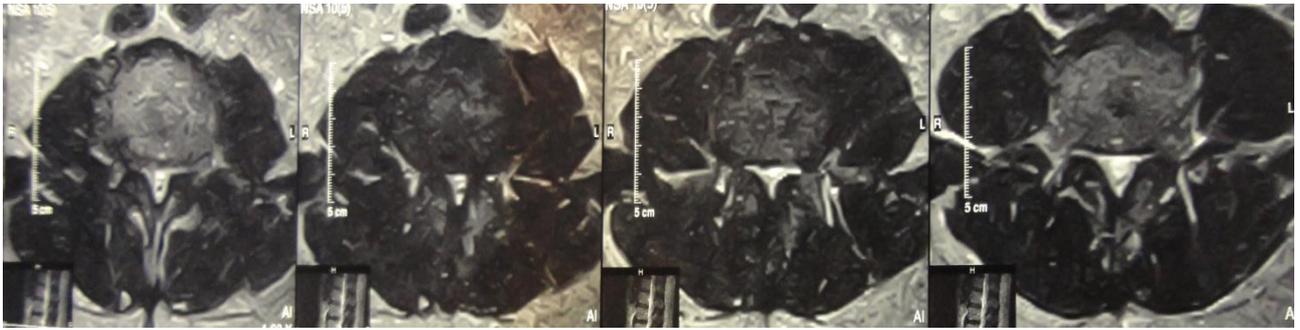


Рисунок 3 – МРТ до операции: аксиальный срез

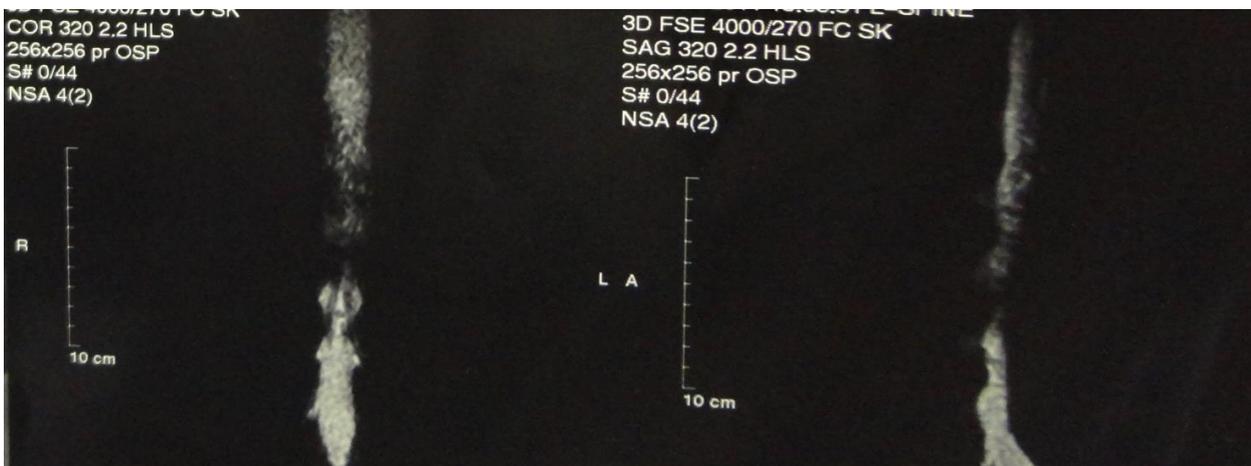


Рисунок 4 – МРТ до операции: миелографический режим

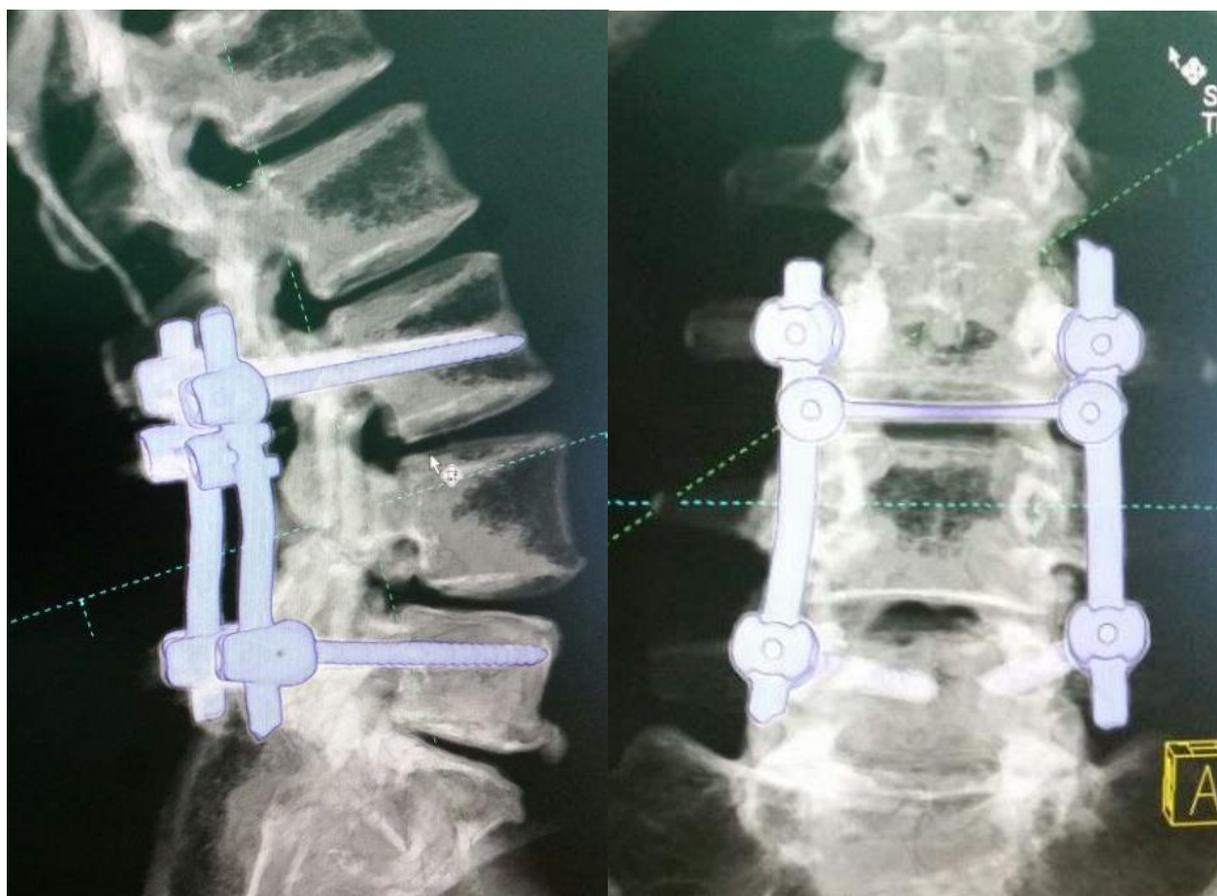


Рисунок 5 – Компьютерная томография поясничного отдела после операции

Результаты и обсуждение

В краткосрочном наблюдении хорошие исходы после операций наблюдались у 37 больных (82,2%), у 6 больных (13,3%) состояние без изменений (сохранились боли), у 2 больных (4,5%) отрицательная динамика в виде усиления болей (Табл. 3).

Таблица 3

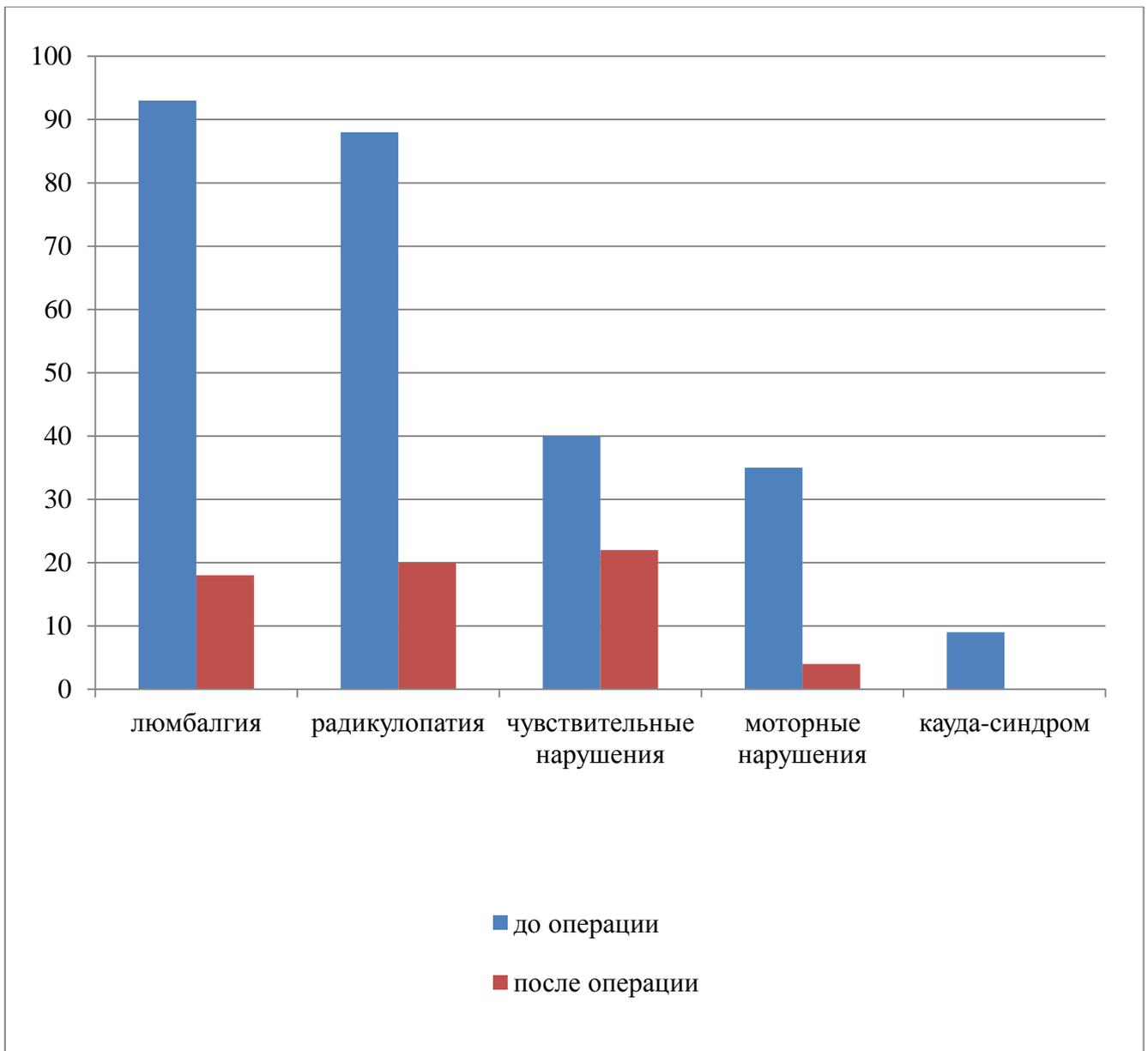
Результаты лечения

улучшение	без динамики	отрицательная
37 больных (82,2%)	6 больных (13,3%)	2 больных 4,5 %

Регресс синдрома конского хвоста произошел у 4 больных, значительное уменьшение люмбалгии отмечается у 37 больных, радикулопатии у 36 больных, улучшение моторной функции у 14 больных, чувствительной у 8 больных (диаграмма 1) [9].

Диаграмма 1

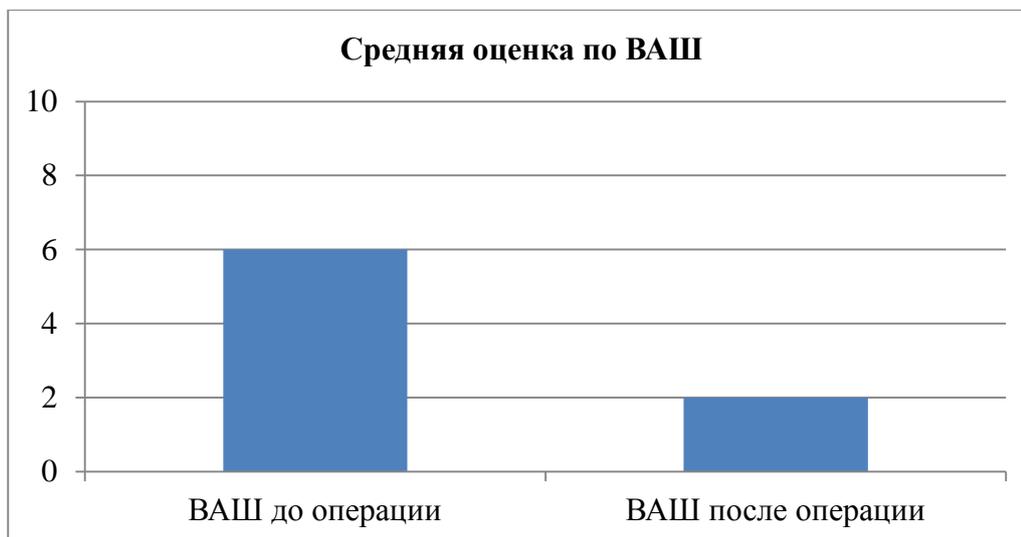
Клинические проявления до и после операции в процентах от общего числа больных



Послеоперационная оценка боли на основе ВАШ (визуально-аналоговая шкала) показала значимое улучшение между дооперационным периодом (средняя оценка ВАШ 6 б) и днем выписки (средняя оценка ВАШ 2 б) (диаграмма 2) [10].

Диаграмма 2

Послеоперационная оценка боли



Заключение и выводы

Полученные результаты хирургического лечения показывают эффективность оперативного лечения, что определяется субъективным улучшением самочувствия больного и объективным регрессом неврологического дефицита, а также послеоперационными КТ и МРТ данными. Применение современного оптического оборудования, микроинструментария и стабилизационных систем позволяют повысить качество хирургического лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Arnoldi C.C., Brodsky A.E., Cauchoix J., et al. Lumbar spinal stenosis and nerve root entrapment syndromes. Definition and classification // *Clinical Orthopaedics and Related Research*. — 1976 — Vol. 115. — P. 4—5.
2. Jansson K.A., Blomqvist P., Granath F., et al. Spinal stenosis surgery in Sweden 1987—1999 // *Eur. Spine J.* 2003. Vol. 12. P. 535—541
3. Swanson K.E., Lindsey D.P., Hsu K.Y., et al. The effects of an interspinous implant on vertebral disc pressures // *Spine*. 2003. Vol. 28. P. 26—32.
4. Resnick DK, Haid RW Jr, Wang JC, eds. *Surgical Management of Low Back Pain*. 2nd ed. NY, 2009.
5. Morgalla MH, Noak N, Merkle M, et al. Lumbar spinal stenosis in elderly patients: is a unilateral microsurgical approach sufficient for decompression? *J Neurosurg: Spine*. 2011;14(3):305–312
6. Boos N, Aebi M, eds. *Spinal Disorders Fundamentals of Diagnosis and Treatment*. NY, 2008.
7. Fehlings MG, Jha NK. Surgery for lumbar stenosis. *J Neurosurg: Spine*. 2011;14(3):303–304.
8. Weicher K., Korge A., List J., et al. Bilateral microsurgical decompression of acquired lumbar spinal stenosis through a monolateral approach // *Eur. Spine J.* 2002. Vol. 11. P. 520.
9. Fu KM, Smith JS, Polly DW, et al. Morbidity and mortality in the surgical treatment of 10,329 adults with degenerative lumbar stenosis. *J Neurosurg: Spine*. 2010;12(5):443–446.

10. Belova AN. [Scales, Tests, and Questionnaires in Neurology and Neurosurgery]. Samara, 2004. In Russian.

ТҰЖЫРЫМ

Г.Д. Махамбаев (м.ғ.к.), А.А. Саулебеков, Н.И. Турсынов (м.ғ.д.), Н.Э.Жумадилов, О.М.Ли, Ш.М.Кауынбекова, Н.Б. Ерниязов, У.А. Исмаилов, А.Б. Альшаров.

Облыстық медицина орталығы, Қараганды қ., Қазақстан

БІЗДІҢ БЕЛ ОМЫРТҚАСЫНЫҢ СТЕНОЗЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕМІЗ

2 жыл ішінде бел омыртқасының стенозының хирургиялық емінің нәтижесіне сүйене отырып, біз келесі қорытындыға келдік, бел омыртқа стенозын емдеуде микрохирургиялық декомпрессиямен қоса транспедикулярды фиксация тиімді әдіс екеніне көз жеткіздік. 82,2% жағдайда біз оң нәтиже алдық.

Негізгі сөздер: Бел омыртқасының стенозы, спондилолистез, жүйке құрылымының декомпрессия, транспедикулярды фиксация.

SUMMARY

G.D. Makhambayev (PhD), A.A. Saulebekov, N.I. Tursynov (D.Med.Sci.), N.E. Zhumadilov, O.M.Lee, Sh.M.Kauynbekova, N.B. Yerniyazov, U.A. Ismailov, A.B. Alsharov.

Regional Medical Centre, Karagandy, Kazakhstan

OUR SURGICAL TREATMENT EXPERIENCE OF LUMBAR SPINAL STENOSIS

The presented results of surgical treatment of a spinal stenosis within the last 2 years, allow to draw a conclusion that the microsurgical decompression with pedicle fixation (with volatility) is an effective method in lumbar spinal stenosis surgery. The good result is received in 82,8% cases.

Key Words: Lumbar spinal stenosis, spondylolisthesis, decompression of neural structures, transpedicular fixation.

Контактная информация:

Г.Д. Махамбаев (д.м.н.), тел.87015255010, e-mail: gabitmd@mail.ru