

## ПАТОЛОГИЯ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

### ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОВ

*Ф.Х. Бабаханов, К.Н. Джуманов, А.У.Норов, Ш.А.Халиков*

*Республиканский Научный Центр Нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан*

Спондилолистез является одной из сложных проблем современной нейроортопедии, нередко сопровождается сосудистыми нарушениями со стороны конуса спинного мозга, приводящие при их длительности к стойкой инвалидизации.

Целью нашей работы явилось изучение результатов лечения больных с осложненными формами спондилолистезов за 10 лет.

В РНЦНХ с 1999 года по 2008 г. обследовано и оперировано 108 больных с различными осложненными формами спондилолистезов в возрасте от 12 до 68 лет, из них мужчин – 47, женщин – 61. Больных с дегенеративным спондилолистезом было 48, с патологическим спондилолистезом было 2 больных, с истмическим спондилолистезом было 47 больных, с диспластическим спондилолистезом 5 больных, с травматическим спондилолистезом 4 больных, с ятрогенным спондилолистезом было 2 больных. Листез I степени выявлен у 38 больных, листез II степени у 51 больных, листез III степени у 12 больных, листез IV степени у 3 больной, спондилоптоз у 4-х больных. Больных с монорадикулярным синдромом было 45, с полирадикулярным синдромом было 39, с каудосиндромом было 18 больных, стеноз позвоночного канала отмечался у всех 108 больных, радикуломиелоишемический синдром отмечался у 7 больных. В своей работе мы использовали клинико-рентгенологическую классификацию Meyerding, для определения степени спондилолистеза, и дополненную патогенетическую классификацию Wiltse. Все больные прошли полное клинико-неврологическое и инструментальное обследование.

Компьютерно-аксиальная томография (КАТ) выполнена 53 больным. Чрезкестцовая эпидурография произведена 6 больным. С помощью МРТ обследовано 54 больных. Всем больным была выполнена функциональная спондилография. Больных с листезом 1 степени с сопутствующей грыжей диска было 28, с листезом 2 степени и сопутствующей грыжей диска было 5, при наличии монорадикулярного синдрома этим больным произведено удаление дегенерированного диска из расширенного одностороннего интерламинарного доступа с открытой репозицией тела и транспедикулярной фиксацией за 2 позвонка с одной стороны. При полирадикулярным синдромом произведено удаление части дегенерированного диска

из интерламинарных доступов с 2 сторон, с последующей транспедикулярной фиксацией с 2-х сторон за 2 позвонка - 5 больных. 4 больным со стабильным спондилолистезом 1 степени удалены грыжи диска и произведен межтеловой спондилодез кейджем, при этом, 2 больным транспедикулярная фиксирующая система не устанавливалась. Больным с листезом 2 степени при отсутствии спондилолиза производилась дискэктомия из 2-х сторонних интерламинарных доступов с сохранением части дужки и остистого отростка (для сохранения структур заднего опорного комплекса) и фиксация транспедикулярной системой с 2-х сторон. У 18 больных при нестабильных спондилолистезах I-II степени произведена ламинэктомия, межтеловой спондилодез кейджем, у 21 больного произведен межтеловой спондилодез аутокостью с последующей фиксацией гипермобильного сегмента транспедикулярной системой. Больным с нестабильным листезом III-IV степени производили ламинэктомию с межтеловым спондилодезом костью из ламинэктомизированной дужки и установлением транспедикулярной фиксирующей системы. У 4 больных с спондилоптозом (100 % спондилолистез) произведена операция Коржа. Ближайшие и отдаленные результаты показали, что у всех больных регрессировал стойкий болевой синдром, отмечалось восстановление неврологического дефицита и наступал полный костно-фиброзный межтеловой блок.

Сочетание функциональных спондилографий с КАТ или МРТ, или с эпидурографией позволили получить максимально достоверную информацию о патологическом процессе в пораженных позвоночных сегментах. При стабильном спондилолистезе I степени спондилодез можно производить кейджем, не устанавливая ТПФ систему, при нестабильности после межтелового спондилодеза установка ТПФ системы обязательна. При нестабильности позвоночно-двигательного сегмента с листезом II – IV степени рекомендуется ламинэктомия мобильного позвонка с межтеловым спондилодезом аутокостью или кейджем с последующей транспедикулярной фиксацией. При спондилоптозе производится операция Коржа с межтеловой фиксацией кейджем, а при необходимости дополняется транспедикулярной фиксацией II этапом.