

ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ФОРАМИНАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.

Абдухаликов А.К., Саттаров А.Р., Мирзаюлдашев Н.Ю., Халиков Ш.,
Абдурахимов Ш.А.

Республиканский научный центр вертебродологии МЗ РУз., Андижан
Национальный центр реабилитации и протезирования инвалидов МТ и СО РУзбекистан

Отличительные черты латерально расположенных грыж дисков - трудность диагностики даже при использовании современных нейровизуализующих методов, трудность оперативного доступа, часто неудовлетворительные клинические результаты хирургического вмешательства. Иногда их не обнаруживают даже во время оперативного вмешательства. Показатели неврологического статуса не всегда соответствуют уровню локализации грыжи. Экстрафораминальные латеральные грыжи расположены вне корешкового отверстия у его латерального края. Только около 20% таких грыж расположены на уровне диска, в остальных случаях грыжа смещается вверх и ее обнаруживают у заднебокового края тела позвонка. Латеральный край межпозвонкового сустава часто заходит значительно латеральнее заднебокового края тела позвонка. Нервный корешок и ганглий смещаются краниально или дорсально и сдавливаются нижним краем корня дуги. Миграции вниз как грыжи, так и секвестра препятствует корень нижней дуги. С учетом этого обнаружить латеральные грыжи без соответствующих предоперационной диагностики и хирургического подхода крайне трудно. Отсюда вытекает необходимость всестороннего изучения клиники, диагностики и разработки патогенетически обоснованных оперативных вмешательств.

Цель исследования: определить оптимальные диагностические критерии латеральных грыж межпозвонковых дисков для КТ и МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Под нашим наблюдением находились 68 больных с фораминальными и экстрафораминальными грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника.

Применялись клиническое, лабораторное, рентгенологическое, компьютернотомографическое (МСКТ) и магнитно-резонансно-томографическое исследования.

Необходимо отметить, что отсутствие подробностей в протоколе исследования позвоночника приводит к ошибкам диагностики. Так, МРТ позвоночника, выполненная на слабых аппаратах мощностью 0,12–0,14–0,2 Тл, не может выявить все детали состояния позвоночного столба, его канала. Поэтому для получения качественных снимков необходимы аппараты мощностью от 1 Тл и выше. Необходимо выполнение срезов во всех трех плоскостях – сагиттальной, аксиальной и фронтальной. МРТ и КТ были наиболее информативны при диагностике фораминальной или экстрафораминальной грыж дисков. КТ-признаками фораминальной и экстрафораминальной грыж являлось наличие гиперденсивного образования в просвете корешкового отверстия или экстрафораминально контактирующего широким основанием с дисковым пространством (у 75% больных). Наибольшую информацию о топическом соотношении грыжи межпозвонковых суставов, корней дуг давала МРТ. Она позволила также определить направление смещения или миграции фрагмента диска. Смещение диска в краниальном направлении выявлено у 71% больных. Для дифференциальной диагностики фораминальных и экстрафораминальных грыж применяли комбинацию КТ и МРТ. Диагностическая информативность КТ и МРТ составляла 79 и 91% соответственно.

Мы считаем целесообразным, что на сагиттальных срезах в Т1 и Т3 взвешенных изображениях обязательно должны быть показаны не только центральный отдел позвоночного столба, но и межпозвонковые отверстия до места выхода спинномозгового

нерва из него (диагностика фораминальной компрессии корешков). Аксиальные срезы должны быть представлены в Т1 взвешенном изображении (тогда хорошо дифференцируются темные ткани диска и связок от светлого изображения спинномозгового канала), и они должны показывать все срезы, начиная от вышележащего позвонка (5–10 мм от нижнего края), проходить через весь диск и заканчиваться на нижележащем позвонке (5–10 мм от верхнего края), потому что фораминальные и экстрафораминальные грыжи не видны на срезе, проведенном через центральные отделы диска. В большинстве случаев во время операции использован аркотомный доступ с медиальной фасетэктомией (67%), при фораминальных грыжах с экстрафораминальным компонентом - параспинальный латеральный доступ (4 наблюдения). Исключительная цель параспинального доступа заключалась в сохранении суставных отростков. При этом использовались хирургические этапы: -определение межпоперечной связки латеральное добавочного отростка и пальпация латеральной границы ножки дужки;

-открытие капсулы сустава и резекция верхушки верхнего суставного отростка;

-экономная резекция латерального края нижнего суставного отростка и латерального участка латеральной части дужки, идущей к поперечному отростку с последующим отделением межпоперечной связки от жёлтой связки;

-определение медиальной границы ножки дужки и удаление мягких тканей между латеральной и медиальной границей ножки;

-поиск и удаление грыжевого фрагмента.

Преимущества параспинального доступа заключаются в обеспечении прямого обзора патологической зоны, сохранении суставных отростков. Однако, параспинальный доступ возможен только в том случае, если в пределах спинального канала отсутствуют патологические изменения, требующие интерламинарного доступа и реконструктивных приёмов (субартикулярный стеноз, секвестрированный фрагмент, гипертрофия корня остистого отростка и т.д.).

В 3 случаях использован метод трансфораминального эндоскопического удаления фораминальных грыж диска. Трансфораминальное эндоскопическое удаление грыжи диска проводится без разреза через прокол. Вначале под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП) в диск вводится игла вне позвоночного канала и затем по игле вводится рабочий тубус с оптикой. Данным методом удаляется грыжа диска для снижения в нем давления и секвестр, сдавливающий спинномозговой корешок.

Вывод: Таким образом, хорошие результаты в хирургии латеральных грыж дисков достигаются только при адекватной предоперационной диагностике (КТ и МРТ) и правильном выборе хирургического подхода с учетом нейроанатомических особенностей и локализации грыжи в каждом конкретном случае.

PECULIARITIES OF CLINICAL PICTURE AND TREATMENT OF STENOSIS OF THE LUMBAR OF THE SPINAL CANAL

Abdukhalikov AK, Khalikov Sh.

Spine Research Center, Ministry of Health RU, Andijan.

The aim of the study was the selection of data from medical history, neurological status-ray and magnetic resonance imaging, have the greatest impact on the results of surgical treatment.

The work was done on 77 patients who were divided into 2 groups.

The first group included 30 patients with symptoms of neurogenic claudication displaced. In 21 of them were found kaudogen, and at 9 - radicals molecular form. At the time of treatment of symptoms of intermittent claudicating disturbed patients for an average of 3 years. Pain in the Time-border spine were observed in only 4 patients. The second group included 47 patients with no signs of neurogenic intermittent claudication. The vast majority of them - 40-zhalova were in constant pain in the lower limbs, the force is almost independent of physical activity.

In the neurologic status carefully examined motor and sensory disturbances, changes in reflexes of the lower limbs, the symptoms of tension roots.

In carrying out MRI in all cases was found marked narrowing of the spinal canal. Patients of the first group the mean value of sagittal diameter was 8 mm. The most frequently involved in the process of two adjacent vertebral segment - 87%, 10% stenosis of observed cases by 3 levels.

Patients of the second group average sagittal diameter of to the data of MRI was 9.5 mm. The most frequently occurred the defeat of one vertebral segment, 58%, more rarely in the process involves two segments - 38% and only 4% of cases, the three segments.

In 52% of patients had improved reflexes and 70% - reduction of symmetry ptomov tension. Summarizing the results of the study, the following conclusions: the neurogenic intermittent claudication in a patient is often seen An approximate expression, multi-level spinal stenosis at the lumbar level. Sagittal diameter with less than 8 mm. Neurological symptoms of tick-sparse, and the results of surgical treatment with good-and the personal.

At long history of back pain and lower extremities, neurological deficit, the phenomenological, the MRI is often determined by single-level spinal stenosis. Sagittal diameter with more than 9 mm, and the results of surgical treatment are satisfactory.