



**Конференція нейрохірургів України
«Досягнення нейрохірургії
останнього десятиріччя»**

**в рамках Міжнародного медичного форуму
«Інновації в медицині – здоров'я нації»**

Київ, 26–27 вересня 2012 року



Тези доповідей

Шутка В.Я.

Варикозне поширення епідуральних вен поперекового відділу хребта. Клініка, діагностика

Буковинський державний медичний університет.
Чернівці, Україна
volodimir.shutka@yandex.ru

Варикозне поширення епідуральних вен поперекового відділу хребта складає приблизно 5-7 відсотків всіх пацієнтів, оперованих з приводу вертеброгенного радікулярного больового синдрому.

Нами проаналізовано клінічні прояви та дані додаткових методів обстеження у 109 пацієнтів, які були оперовані в нейрохірургічному відділенні м.Чернівці в період 2000-2010рр. Серед них переважали особи жіночої статі середнього та старшого віку (45-70 років). Больовий синдром характеризувався посиленням в нічний час, при динамічному та статичному навантаженні, монорадікулярний характер болі носили у 45% пацієнтів, полірадікулярний – у 55%. Тривалість захворювання 1-2 роки складала у 12%, 2-5 років – у 78% і 5 і більше у 10% пацієнтів. В неврологічному статусі найчастіше визначалась гіпестезія в зоні ураженого корінця (96%), парализи з переважанням в одній кінцівці (66%), переміжна неврологічна кульгавість (80%), зниження рефлексів (90%), відсутність рефлексів (10%), позитивні симптоми натягу Ласега, Вассермана визначались у 8% хворих. При аналізі даних додаткових методів обстеження, зокрема КТ та МРТ звертає увагу факт, що в жодному випадку не було виставлено діагноз варикозного поширення вен, найчастіше заключення представляло висновок про стеноз хребтового каналу (75%), кили диску парамедіально (25%), форамінальної кили(10%) на фоні спонділоартрозу, спонділолітезу, сколіозу.

Таким чином, характерними клінічними ознаками варикозного поширення вен поперекового відділу хребтового каналу являється тривалий перебіг захворювання, болі полірадікулярного характеру, відсутність або слаба вираженість симптомів натягу, переміжна неврологічна кульгавість, середній або старший вік пацієнтів, виражені дегенеративно-дистрофічні зміни хребта по даних комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії.

Шутка В.Я.

Хірургічне лікування хворих зі стенозом поперекового відділу хребтового каналу.

Буковинський державний медичний університет.
Чернівці, Україна
volodimir.shutka@yandex.ru

Нами проведено аналіз оперативного лікування 89 пацієнтів зі стенозом поперекового відділу хребтового каналу, які знаходились на лікуванні в нейрохірургічному відділенні в період з 2001 по 2011 роки.

Показом до проведення операції являлись присутність та наростання стійкої симптоматики неврологічної недостатності, особливо моторної, підтверженої даними додаткових методів обстеження (рентгенографія, мієлографія, комп'ютерна томографія) та магнітно-резонансна томографія), а також неефективність проведеної консервативної терапії на протязі від трьох місяців до декількох років. Об'єм оперативного втручання в кожному випадку визначався індивідуально і залежав від даних доопераційного обстеження, а також корегувався в процесі операції, але в основному всі операції можна виділити в такі: 1-декомпресивна лямінектомія, 2 – декомпресивна лямінектомія, часткова фасетектомія та форамінотомія.

При центральному стенозі виконувалась операція декомпресивної лямінектомії. В таких пацієнтів ми старались різко обмежити проведення фасетектомії і не видаляли навіть значні протрузії міжхребцевих дисків, особливо в хворих старшого віку, або при наявності остеопорозних та дегенеративних змін в хребетному стовпі і інтервертебральних дисках, так як таке розширення оперативного втручання не є оправданим, бо приводить до постопераційної нестабільності, особливо при оцінці віддалених результатів. Для профілактики постопераційних епідуральних та периневральних рубців ми не використовували жирових аутоотрансплантантів, як радять деякі автори, оскільки неможливо передбачити індивідуальну реакцію окремого пацієнта. Вважаємо найбільш ефективним засобом профілактики постлямінектомічного синдрому ранне (на 1 добу після операції) вставання і активний режим пацієнтів, виписка зі стаціонару на 2 – 4 день.

При поєднанні центрального та латерального стенозів поперекового відділу хребтового каналу (виявлено в 69 хворих) нами проводилась декомпресивна лямінектомія з частковою фасетектомією, але не більше 30% суглобових поверхонь, що в послідуєчому доповнювалось радікулотомією та форамінотомією по ходу скомпрометованого нервового корінця, тобто селективна декомпресія нервового корінця.

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