

УДК 616.711.6—071—089.84.

Мадрагимова Барно Хадятиллаевна

Кафедра онкологии и медицинской радиологии

Андижанский государственный медицинский институт

**ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ
СТЕНОЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА**

Аннотация: Стеноз шейного отдела позвоночного канала (узкий позвоночный канал, узкий спинномозговой канал, сужение позвоночного канала) как отдельная нозологическая форма патологии детально описан Н. Verbiest в 50-х годах XX ст.

Классическим в оценке проявлений поясничного стеноза признан синдром нейрогенной перемежающейся хромоты, а шейного стеноза — миелопатический или миелорадикулпатический синдром.

Ключевые слова: стеноз, позвоночник, лучевая диагностика, шейный отдел позвоночника.

Madragimova Barno Khadyatillayevna

Department of Oncology and Medical Radiology

Andijan State Medical Institute

**FEATURES OF MODERN RADIATION DIAGNOSTICS OF
STENOSIS OF THE CERVICAL SPINE OF THE SPINAL CANAL**

Abstarct: Stenosis of the cervical spine (narrow spinal canal, narrow spinal canal, narrowing of the spinal canal) as a separate nosological form of pathology, H. Verbiest was described in detail in the 50s of the XX century.

Neurogenic intermittent lameness syndrome is recognized as a classic in the assessment of the manifestations of lumbar stenosis, and cervical stenosis is myelopathic or myeloradiculopathic syndrome.

Key words: stenosis, spine, radiation diagnostics, cervical spine.

Актуальность. Дегенеративные заболевания позвоночника, в частности вертеброгенные компрессионные синдромы, и их хирургическое лечение в настоящее время остаются одними из наиболее актуальных проблем в нейрохирургии, спинальной хирургии, травматологии и ортопедии [5,7]. Наблюдается неуклонная тенденция роста числа этих заболеваний в структуре нейрохирургической патологии [3,6].

В США ежегодное количество выполняемых хирургических вмешательств при дегенеративных заболеваниях позвоночника составляет от 200 000 до 500 000, при этом экономические затраты на полноценное обследование и лечение этой категории пациентов составляют 8 млрд. в год [1,4].

Многокомпонентная клиническая картина и различные патофизиологические формы проявлений дегенеративного процесса на уровне шейного и поясничного отделов позвоночника определяются в виде изолированных или более сложных сочетанных тандем-стенозов, которые представляют патологическое сужение центрального позвоночного канала, латерального кармана или межпозвонкового отверстия [2,5].

Традиционно в хирургическом лечении дегенеративного стеноза позвоночника используют изолированную декомпрессию и декомпрессию в комбинации со стабилизацией позвоночно-двигательных сегментов имплантатами [6].

Консервативное лечение стеноза способствует некоторому улучшению только на ранних стадиях заболевания [3,4]. Внедрение минимальноинвазивных технологий микрохирургической техники, безусловно, определило позитивную перспективу в лечении этих пациентов [2,4].

Цель исследования. Оптимизировать диагностику стеноза шейного отдела позвоночного канала путем совершенствования диагностических

алгоритмов, разработанных на основе результатов комплексного клинико-неврологического, рентгенологического, компьютерно-томографического и магнитно-резонансно-томографического обследования больных.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы посадили в общей сложности 85 пациентов со стенозом шейного отдела позвоночника.

Результаты исследования. Стеноз позвоночного канала характеризуется полиморфизмом неврологических синдромов. Так, на шейном уровне доминируют компрессионные радикуломиелоишемии (90,6% случаев), а на поясничном — радикулопатии (46,8% случаев) и радикулоишемии с синдромом каудогенной хромоты (25,5% случаев). Для врожденного стеноза позвоночного канала типичны ремиттирующий многоуровневый характер и доброкачественность развития компрессионных неврологических синдромов.

Наиболее информативными показателями врожденного стеноза позвоночного канала по данным спондилографии являются: дисплазия ножек и пластин дуг позвонков, уменьшение переднезаднего размера позвоночного канала, а также индекса Чайковского (меньше 1,0) для шейного отдела и индекса Джонс-Томсона (меньше 0,22) для поясничного отдела позвоночника.

Полиморфизм неврологических синдромов при стенозе позвоночного канала обусловлен полифакторной компрессией корешков, сосудов и спинного мозга на разных уровнях. Грыжи и протрузии дисков в 67% случаев являются причиной стенозов позвоночного канала.

Планиметрические измерения позвоночного канала по данным КТ и МРТ позволяют получить достоверные количественными критерии стеноза и должны быть использованы в дифференциальной диагностике.

При шейной радикуломиелоишемии с синдромом поперечного поражения спинного мозга (11,3% случаев) и синдроме Броун-Секара

(3,8% случаев) отмечены наименьшие значения сагиттальных размеров позвоночного канала и коэффициента резервных пространств (0,18 и 0,19). На поясничном уровне наименьший сагиттальный размер позвоночного канала (до $10,9 \pm 0,57$ мм) отмечен при синдроме каудогенной хромоты (25,5% случаев). Размеры межпозвоночного отверстия менее 4 мм являются критическими для развития компрессионных радикулопатий.

Определение качественных и количественных МРТ-параметров позвоночного канала и размеров спинного мозга и его резервных пространств, с учетом многоуровневой компрессии корешков, сосудов и спинного мозга позволяет уточнить алгоритм поэтапной диагностики стеноза позвоночного канала.

Вывод. Ранняя клиничко-патогенетическая диагностика стеноза ПК позволяет своевременно выявить наиболее значимые механизмы развития различных компрессионных неврологических осложнений. Разработанные критерии лучевой диагностики стеноза позвоночного канала могут быть использованы при дифференциальной диагностике стенозов и выборе адекватного метода лечения. Предложенный рациональный алгоритм диагностики стенозов ПК на шейном и поясничном уровнях позволяет снизить риск развития компрессионных миелопатий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Акимов Г.А. Диагностика и основные направления лечения спондилогенных пояснично-крестцовых радикулитов / Г.А. Акимов, П.А. Коваленко // Журн. невропатол. и психиатр.— 1989.— Т. 89, № 4.— С. 19-23.

2.Басков А.В. Прогнозирование результатов хирургического лечения приобретенного стеноза позвоночного канала на уровне поясничного отдела / А.В. Басков, К.Я. Оглезнев, Е.В. Сидоров, А.А. Евсюков // Вопр. нейрохир.— 2003.— № 2.— С. 20-26.

3.Пинчук В.К. К вопросу о дифференцированном диагнозе шейных дискогенных ишемических миелопатий / В.К. Пинчук, Т.Г. Сидорова // Очерки клинической неврологии.— Л., 1968.— Вып. III.— С. 135-143.

4.Тюлькин О.Н. Зависимость размеров резервных пространств шейного отдела позвоночного канала от его сагиттального диаметра / О.Н. Тюлькин // Позвоночно-спинномозговая травма: Сб. науч. тр. / Под ред. А.А. Луцика.— Новокузнецк, 1988.— С. 42- 43.

5.Amundsen T. Lumbar spinal stenosis. Clinical and radiologic features / T. Amundsen, H. Weber, F. Lilleas et al. // Spine.— 1995.— Vol. 20, № 10.— P. 1178-1186.

6.Herzog R.J. The importance of posterior epidural fat pad in lumbar central canal stenosis / R.J. Herzog, J.A. Kaiser, J.A. Saal, J.S. Saal // Spine.— 1991.— Vol. 16, Suppl.— S. 227-233.

7.Rousseaux P. The narrow lumbar canal: 53 operated cases (authors transl). / P. Rousseaux, M.H. Bernard, B. Scherpereel, J.F. Guyot // Neurochirurgie.— 1979.— Vol. 25, № 3,— P. 154-159.