

КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ СТЕНОЗАХ ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

**Анатолий Владимирович Горбунов, Владимир Алексеевич Сороковиков,
Зинаида Васильевна Кошкарева, Владимир Григорьевич Брюханов**

*Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН,
664003 г. Иркутск, ул. Борцов Революции, 1, ars-nataliya@yandex.ru*

Реферат. Дан клинический анализ обследования 44 больных со стенозами позвоночного канала поясничного отдела позвоночника. Представлены основные клинические синдромы, возникающие у больных, с их клинической оценкой.

Ключевые слова: позвоночно-двигательный сегмент, поясничный стеноз.

**УМЫРТКАЛЫКНЫ· БИЛ ӨЛЕШЕНД·ГЕ УМЫРТКА-Х·Р·К·Т СЕГМЕНТЫ ҮЗ·К СТЕНОЗЛАРЫНЫ·
КЛИНИК СИНДРОМНАРЫ**

Анатолий Владимирович Горбунов, Владимир Алексеевич Сороковников, Зинаида Васильевна Кошкарева,
Владимир Григорьевич Брюханов

РМФА Себер бүлөгөнене· реконструктив h·м торғызу
хирургиясе ф·нни үз·ге, 664003, Иркутск ш·h·ре,
Революция көр·шчел·ре урамы, 1, ars-nataliya@yandex.ru

Умырткалыкны· бил өлешенд·ге умыртка каналы
стенозлары күз·телг·н 44 авыруны тикшерү н·ти·л·рен·
клиник анализ ясала, алардагы төп клиник синдромнар
курс·тел·.

Төп төшөнч·л·р: умыртка-х·р·к·т сегменты, бил
стенозы.

**CLINICAL SYNDROMES AT CENTRAL STENOSIS OF
VERTEBRAL-MOTOR SEGMENT OF THE SPINAL
LUMBAR DEPARTMENT**

Anatoly Vladimirovich Gorbunov, Vladimir Alexeevich
Sorokovikov, Zinaida Vasilievna Koshkareva,
Vladimir Grigorievich Brukhanov

Scientific Centre of Reconstructive and Rehabilitation Surgery
of the Russian academy of medical science, Irkutsk,
Revolution Fighters Street, 1, ars-nataliya@yandex.ru

It was shown a clinical analysis after examination of 44 patients with stenosis of the vertebral channel of the spinal lumbar department. There were presented main clinical syndromes of patients together with their clinical evaluation.

Key words: vertebral-motor segment, lumbar stenosis.

Поясничный стеноз (ПС) — это сужение позвоночного канала (spinal stenosis) центральной части, латерального углубления либо межпозвонкового отверстия [2]. Среди всех видов стенозов центральный встречается в 21—52,5% случаев. Главным критерием центрального стеноза является величина сагиттального размера позвоночного канала, т.е. расстояние от задней поверхности тела позвонка до ближайшей противоположной точки на дужке у основания остистого отростка. Если оно меньше 12 мм, то это расценивается как стеноз позвоночного канала. По данным А.Ю. Смирнова [4], среди больных, прооперированных по поводу вертеброгенных поясничных синдромов, встречается от 3 до 6% пациентов с ПС. По мнению этого же автора, наиболее распространенной формой является комбинированный ПС с сочетанием врожденных и приобретенных изменений. Многообразие клинических проявлений при разных формах ПС требует различных подходов к лечению этой патологии. Только на основе комплексного клинико-рентгенологического обследования можно определить целесообразность того или иного метода лечения.

В нейрохирургическом отделении НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН с 2002 по 2006 г. на обследовании и лечении находились больные (87 чел.) с центральным стенозом позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) поясничного отдела (табл. 1, 2). Женщин было 36 (44,5%), мужчин — 45 (55,5%). Средний возраст этих пациентов составлял 51,5 года, из них был прооперирован 51 (70%). У 50 пациентов было сочетание центрального стеноза и грыж дисков различной локализации. Были проведены следующие обследования:

1. Клинико-неврологическое.
2. Обзорная спондилография у всех пациентов

КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ СТЕНОЗАХ ПОЗВОНОЧНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО СЕГМЕНТА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Таблица 1
Распределение больных по полу и возрасту

Возраст, лет	Муж.	Жен.	Всего, абр./%
<40	12	10	22/25
От 41 до 50	22	15	37/42,5
> 61	17	11	28/32,5
Итого	51	36	87/100

Таблица 2
Распределение больных по локализации центрального стеноза

Локализация ПС	Число больных	
	абс.	%
L _{III} -L _{IV}	8	10,0
L _{IV} -L _V	43	49,5
L _V -S ₁	10	11,5
2 и более сегмента	26	29,0

(функциональная спондилография — только при подозрении на нестабильность ПДС — у 39 чел.).

3. Электронейромиография у 64 больных (у 26 с клиникой каудогенной перемежающейся хромоты двукратно — до и после выполнения «маршевой пробы» нейромиоанализатором НМА-4-01 «Нейромиан»).

3. МРТ у 62 пациентов (использовался МР-томограф Gyroscan — T5-NT, 0,5Т).

4. Спиральная КТ и СКТ-МГ у 24 больных (использовался компьютерный томограф GE Hi Speed, при этом определялись морфометрические характеристики позвоночного канала).

5. Позитивная миелография поясничного отдела у 12 пациентов с полисегментарным стенозом (вводились водорастворимые неионные йодсодержащие препараты омнипак и ультравист плотностью 300 мг/мл в количестве 10—12 мл).

Клиника при центральных стенозах изучена достаточно [4]. На основании данных литературы и собственных наблюдений мы выделили 7 основных клинических синдромов при центральных стенозах: 1) каудогенная перемежающаяся хромота; 2) люмбалгия; 3) люмбошиалгия; 4) компрессионные корешковые синдромы; 5) нарушение функции тазовых органов; 6) мышечно-тонические рефлекторные синдромы; 7) «крампи»-синдром.

Синдром каудогенной перемежающейся хромоты (КПХ) был впервые описан в 50-х гг. XX в. H. Verbiest как нейрогенная (каудогенная) перемежающаяся хромота («claudicatio intermittens») [1]. Этот термин используется для

описания болей, онемения и слабости в ногах, возникающих только при ходьбе. Основным патогенетическим механизмом этого синдрома, кроме уменьшения объёма позвоночного канала и чисто механического сдавления, является транзиторная ишемия спинного мозга или его корешков, развивающаяся вследствие ангиоспазма, венозной и ликворной гипертензии в позвоночном или корешковом канале.

Боли в нижней части спины «Low back pain» характерны для многих заболеваний позвоночника, в том числе поясничных стенозов. Причина — раздражение сину-вертебрального нерва вследствие дегенерации межпозвонковых дисков. Для ПС характерны боли при физических нагрузках и отсутствие их в покое.

Синдром люмбошиалгии возникает при дальнейшем прогрессировании процесса. Боль иррадирует в одну или обе нижние конечности, сопровождается парестезиями, чувством жара или холода в конечностях [3]. При ходьбе и физических нагрузках боли могут усиливаться.

Компрессионные синдромы характеризуются наличием постоянных двигательных, рефлекторных или чувствительных нарушений, свидетельствующих о развитии синдрома компрессии корешков конского хвоста. Более характерны эти синдромы в случаях сочетания центрального стеноза с грыжами диска [4]. Клиническими симптомами являются парезы в нижних конечностях, боли по ходу компримированного корешка, гипестезии в нижних конечностях по дерматому типу, гипотрофии мышц, выпадения рефлексов. В случае развития радикуломелоишемического синдрома возникают спинальные нарушения.

Нарушения функции тазовых органов характерны для поздних стадий заболевания. Вначале больные отмечают частичное недержание мочи при физических нагрузках, кашле, чихании. Затем процесс прогрессирует — развивается так называемый нейрогенный мочевой пузырь с нарушением пассажа мочи. Возможны также задержка или недержание стула. Отмечена взаимосвязь между тяжестью тазовых нарушений и размером позвоночного канала. Нарушения функции тазовых органов могут возникнуть и остро — в результате сдавления корешков спинного мозга выпавшей грыжей межпозвонкового диска.

Вертеброгенные мышечно-тонические синдромы нехарактерны для центрального стеноза

(отрицательный симптом Лассега), проявляются в случаях сочетания грыж диска и центрального стеноза.

«Крампи»-синдром (болезненные судороги в больших группах мышц нижних конечностей) наблюдается после небольшой физической нагрузки в отдельных группах мышц (чаще икроножных), могут быть одно- или двусторонними, тонического или тонико-клонического характера. Эти своеобразные, но малоизвестные клинические проявления стеноза позвоночного канала относят к пароксизмальным нарушениям функций периферических нервов и спинного мозга [3].

В зависимости от результатов обследования все пациенты были условно подразделены на две группы. В 1-ю группу вошли пациенты с наличием центрального стеноза, во 2-ю — с сочетанием центрального стеноза и грыж межпозвонковых дисков (табл. 3).

Таблица 3
Распределение больных по группам

Клинические проявления	1-я группа (n=31)		2-я группа (n=50)	
	абс.	%	абс.	%
Синдром КПХ	20	64,5	8	16,0
Синдром лumbalgии	31	100,0	50	100,0
Синдром лумбошиалгии	18	58,0	36	72,0
Гипестезия нижних конечностей	8	26,0	36	72,0
Парезы мышц нижних конечностей	2	6,0	10	20,0
Нарушения функций тазовых органов	3	8,0	1	3,0
Симптомы натяжения (Лассега)	6	19,5	38	76,0
«Крампи»-синдром (судороги в мышцах нижних конечностей)	5	18,0	12	14,5

В 1-й группе анамнез заболевания был более длительным — 3,5 года (во второй — 1,5 года), средний возраст составлял 62,5 года (во 2-й — 43,5), ведущим клиническим синдромом был КПХ — у 64,5 % (во 2-й — только у 16 %). Синдром лумбошиалгии был характерен для обеих групп: в 1-й группе чаще двусторонний, во 2-й — односторонний.

Синдромы лумбалгии и крампи отмечались в обеих группах, поэтому мы их не можем считать маркерными. Нарушения функции тазовых органов у больных встретились в единичных случаях (в 1-й группе у 3, во 2-й — у одного).

У пациентов 2-й группы, где представлены стенозы в сочетании с межпозвонковыми грыжами, превалировали компрессионные корешковые нарушения. Так, гипостезия к болевому уколу отмечалась у 72% больных (в 1-й — только у 26%), парезы конечностей — у 20% (в 1-й — у 6%). Для больных этой категории более характерны положительные симптомы натяжения (симптом Лассега выявлен в 76%, тогда как в 1-й группе — у 19,5%), а также меньшая длительность заболевания и более молодой возраст.

Мягкотканые образования позвоночного канала, имеющие значение в формировании стеноза, визуализировались при проведении КТ-МГ и МРТ.

Таким образом, центральный стеноз — это длительно текущий хронический процесс с характерной неврологической симптоматикой. У ряда пациентов с относительным центральным стенозом позвоночного канала длительное время могут отсутствовать клинические проявления. Возникающая корешковая симптоматика у больных этой группы может быть обусловлена грыжевым выпячиванием межпозвонкового диска. Клинические проявления аналогичны симптомам дискового радикулита с нормальным размером позвоночного канала. Наличие грыжи диска на фоне имеющегося центрального стеноза является отягощающим фактором.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ботиров, Н. Исследование и лечение больных со стенозом позвоночного отдела позвоночного канала / Н. Ботиров, К. Худайбердыев, Д. Хасанов и др. // Мат. IV съезда нейрохир. России. — М., 2006. — С. 17.
2. Крутко, А.В. Декомпрессивная ламинопластика с использованием пористого никелида-титана при дегенеративных стенозах позвоночного канала: экспериментально-клиническое исследование / А.В. Крутко, А.Е. Симонович, А.М. Зайдман и др. // Хирургия позвоночника. — 2004. — № 4. — С. 47—56.
3. Орлова, Ю.А. Болевой синдром при стенозе поясничного отдела позвоночного канала / Ю.А. Орлова, А.Е. Косинов, А.И. Ткач // Вопросы нейрохирургии. — 1987. — № 2. — С. 60—63.
4. Смирнов, А.Ю. Клиника, диагностика и хирургическое лечение поясничного стеноза // Нейрохирургия. — 1999. — № 2. — С. 59—64.

Поступила 01.07.08.