

НЕПРЯМАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СПОНДИЛОДЕЗА ИЗ ВЕНТРАЛЬНОГО ДОСТУПА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ СТЕНОЗОМ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТА.

Боков А.Е., Млявых С.Г., Алейник А.Я., Булкин А.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Минздрава России, Н.Новгород

Вступление. Для хирургического лечения пациентов с дегенеративной патологией поясничного отдела позвоночника в настоящее время нередко применяются оперативные вмешательства с применением DLIF, OLIF и ALIF. Достоинством является эффективная коррекция биомеханических нарушений и непрямая декомпрессия корешков спинного мозга, тем не менее, по данным исследований, непрякая декомпрессия не всегда эффективна, что требует применения дополнительной прямой декомпрессии.

Цель исследования - оценить клиничко-рентгенологические корреляции для определения критерия отбора пациентов и изучить результаты непрякой декомпрессии с применением спондилодеза из вентрального доступа.

Материалы и методы: Исследование является поперечным, включено 150 пациентов с клиничкой нейрогенной перемежающейся хромоты или двухсторонней радикулопатией, обусловленной одноуровневым дегенеративным стенозом позвоночного канала на уровне L3-4 или L4-5, обусловленным дегенеративным спондилолистезом. Пациентам определялась площадь поперечного сечения позвоночного канала по данным КТ. Поскольку благоприятным для выполнения непрякой декомпрессии является регресс неврологической симптоматики в горизонтальном положении, с использованием логистического регрессионного анализа определялось пороговое значение площади поперечного сечения позвоночного канала с наилучшими операцион-

ными характеристиками для выявления таких пациентов. 71 пациенту была выполнена непрямая декомпрессия корешков на уровне L3-4 или L4-5 с применением спондилодеза DLIF или OLIF, пациентам проводилось измерение площади позвоночного канала до и после операции. С применением регрессионного анализа определялись факторы, влияющие на результаты не прямой декомпрессии. Учитывались предоперационное значение площади позвоночного канала, изменение высоты межпозвонкового промежутка в передних и задних отделах, наличие вакуум феномена в диске и дугоотростчатых суставах и дегенеративные изменения дугоотростчатых суставов, соответствующих Weishaupt 4.

Результаты. В ходе логистического регрессионного анализа выявлено 2 значения, обладающих наилучшими операционными характеристиками для классификации наблюдений: 80 мм² и 134 мм² с чувствительностью и специфичностью 78% и 97% для первого значения и чувствительностью и специфичностью 96% и 57%. При оценке результатов не прямой декомпрессии выявлено, что площадь поперечного сечения позвоночного канала зависит от изначального размера и полноты редукции позвонка; получена статистически значимая линейная регрессионная модель: $r=0,8452$, $p<0,0001$; свободный член регрессионного уравнения $B_0=33,8189$, $p=0,0006$, B_1 для площади позвоночного канала до операции $=0,92409$, $p<0,0001$, B_2 для полноты редукции позвонка $8,2491$, $p=0,0004$. Такие факторы, как изменение высоты межпозвонкового промежутка, вакуум феномен в диске и суставах были статистически незначимыми.

Выводы: При площади поперечного канала более 134 мм² основным является динамический компонент позвоночного канала, таким пациентам достаточна стабилизация сегмента, вовлеченного в патологический процесс. Максимальный эффект не прямой декомпрессии достигается за счет редукции позвонка у пациентов с дегенеративным спондилолистезом. Если планируется выполнить пациенту не прямую декомпрессию корешков спинного мозга,

расчетное значение площади позвоночного канала должно превышать 80 мм².