

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА У НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПАЦИЕНТА С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТЕНОЗОМ ГРУДОПОЯСНИЧНОЙ И ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Братцев И.С., Дыдыкин А.В., Млявых С.Г.

ГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России, Нижний Новгород

Введение. Декомпрессия позвоночного канала при осложненной травме позвоночника является необходимым этапом оперативного вмешательства. Однако в случае отсутствия неврологического дефицита превентивная декомпрессия позвоночного канала является не всегда оправданной. А экстенсивная декомпрессия с ламинэктомией и резекцией дугоотростчатых суставов увеличивает риск дестабилизации имплантатов.

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 72 неосложненных пациента (ASIA E) с посттравматическим стенозом позвоночного канала груднопоясничной и поясничной локализации (A3, A4 тип перелома тела позвонка по классификации AOspine) за период 2019-2020 гг. Всем пациентам выполнялась мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) в до- и послеоперационном периоде (на этапе госпитализации, через 6 и 12 месяцев при контрольном осмотре). По данным МСКТ выполнялось измерение площади позвоночного канала на уровне максимального сужения с последующим расчетом степени стеноза. Статистическая обработка данных проводилась путем многомерного дисперсионного анализа с поправкой Бонферрони в программе IBM SPSS Statistics. Учитывая нормальный характер распределения полученных данных, показатели рассчитаны и представлены в виде средних значений со стандартным отклонением.

Результаты. Возраст пациентов составил $46,9 \pm 13,8$ лет. Среднее значение степени сужения позвоночного канала на дооперационном МСКТ – $21,6 \pm 12,7\%$, в послеоперационном периоде – $18,3 \pm 12,5\%$, в 6 месяцев после

операции - $11,2 \pm 9,5\%$, в 12 месяцев – $7,6 \pm 8,5\%$. Многомерный дисперсионный анализ показал достоверную разницу в степени сужения позвоночного канала на каждом этапе измерения ($p < 0,001$). Отмечается тенденция к увеличению позвоночного канала после операции в течение года примерно. Однако, при парном сравнении показателей достоверное различие было между дооперационным измерением и 6, 12 месяцами ($p = 0,008$ и $p = 0,006$); между послеоперационным измерением и 6, 12 месяцами ($p = 0,031$ и $p = 0,008$). Нарастание неврологического дефицита в послеоперационном периоде не наблюдалось. Максимальное увеличение позвоночного канала составило – $28,86\%$, по сравнению с послеоперационным МСКТ.

Выводы. Учитывая возможность увеличения позвоночного канала за счет частичной резорбции костных отломков клина Урбана, компримирующих дуральный мешок, необходимость в превентивной декомпрессивной ламинэтомии ставится под сомнение. Большая когорта пациентов и срок наблюдения позволят установить показания к декомпрессии у неосложненных пациентов с различной степенью стеноза, а также возможные факторы, влияющие на ремоделирование позвоночного канала.