

В.Э. Потапов, Е.А. Жигайлов, А.В. Горбунов

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИЕЛОГРАФИИ КАК МЕТОДА ВИЗУАЛИЗАЦИИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ ПРОСТРАНСТВ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ СКОЛИОЗА

НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Для определения состояния спинного мозга, его корешков и оболочечных пространств в деформированном позвоночном канале у больных сколиотической болезнью использовали миелографию. Отмечается, что контрастирование субарахноидального пространства позволяет оценить его размеры на всем протяжении и выявить деформацию.

Ключевые слова: сколиоз, миелография, позвоночный канал

MYELOGRAPHY AS MEANS OF VISUALIZATION OF SUBARACHNOID SPACES IN PATIENTS WITH SEVERE FORMS OF SCOLIOSIS

V.E. Potapov, E.A. Zhigaylov, A.V. Gorbunov

SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk

To evaluate the state of spinal cord, its roots and meningeal spaces in deformed vertebral canal in patients with scoliotic disease myelography was applied. It is marked that contrast study of subarachnoid space allows assessing its size along the whole length of it and detecting deformity.

Key words: scoliosis, myelography, vertebral canal

Сколиотическая деформация, особенно в тяжелых случаях, сопровождается структурными изменениями позвонков с нарушением формы позвоночного канала. Для определения состояния спинного мозга, его корешков и оболочечных пространств в деформированном позвоночном канале у больных сколиотической болезнью одним из методов диагностики мы использовали миелографию. Проведено исследование 14 больных со сколиотической деформацией, 4-х больных кифосколиозом.

По виду деформации больные сколиозом III—IV ст. распределились следующим образом:

1. Комбинированный S-образный сколиоз — 68 % (наибольшая по протяженности деформация позвоночного канала, ликворных пространств, дефект контрастирования переднего и заднего субарахноидальных пространств);

2. Грудной сколиоз — 13 %

3. Грудо-поясничный сколиоз — 11 %

4. Поясничный сколиоз — 8 %

Для исследования использовался рентгеноконтрастный водорастворимый препарат Омнипак. Субарахноидальное пространство пунктировалось в зоне L_{III}—L_{IV} в межостистом промежутке, отступая на 1—2 см влево или вправо в зависимости от дуги деформации. Больной находился в положении лежа на боку, сторона укладки выбиралась с учетом расположения дуги искривления в нижней точке. Полученный при миелографии ликвор посылали на исследование: цитоз, белок, спектроскопию, хемилюминесценцию. Количество контрастного вещества, вводимого в субарахноидальное пространство, было 20 мл. Миелограммы выполнялись в двух проекциях (прямая и боковая), в положении стоя и лежа.

Полученные миелограммы позволяли судить не только о состоянии субарахноидального пространства, но и о положении спинного мозга. Положение спинного мозга определялось путем измерения его сагиттального и фронтального размеров.

Выявлено, что изменение конфигурации спинного мозга при сколиотической деформации III—IV ст. возникает на вершине сколиотической или кифосколиотической дуг, и вызывает смещение спинного мозга к вогнутой стороне позвоночного канала и его «распластывание» на ней. Спинной мозг в результате смещения в вогнутую сторону искривления проходит более короткой путь, чем в том случае, если бы он располагался ближе к выпуклой стороне. Нами это расценено как проявление своего рода приспособительной реакции организма в связи с нормальным отставанием роста спинного мозга от роста позвоночника у больных сколиозом. Можно предполагать, что сколиотическая деформация позвоночного канала нарушает пространственный гомеостаз, и естественно нарушает нормальное функционирование центральной нервной системы.

Деформация позвоночного канала естественно нарушает нормальную циркуляцию cerebrospinal жидкости, вызывая в тяжелых случаях синдром «спинального блока» что приводит к застою ЦСЖ. Из этого следует, что деформация позвоночного канала, а, следовательно, и изменения его формы при сколиозе прямо пропорционально влияют на ликвороциркуляцию.

Оценка деформации ликворных пространств и спинного мозга учитывала:

✦ ширину заполнения контрастным веществом вне зоны компрессии (выше и ниже деформации);

- ✦ расстояние от костной границы спинномозгового канала до передней ленты контрастного вещества;
- ✦ протяженность компрессии;
- ✦ ширину заполнения контрастом боковых ликворных пространств (резервных пространств).

После проведенного анализа миелограмм нами выделено три варианта или степени нарушения проходимости субарахноидального пространства:

- ✦ сужение субарахноидального пространства по вогнутой стороне дуги деформации;
- ✦ отсутствие проходимости по вогнутой стороне вершины дуги деформации;

- ✦ отсутствие проходимости по вогнутой стороне дуги на протяжении нескольких позвонков.

ВЫВОДЫ

1. Контрастирование субарахноидального пространства у больных сколиотической деформацией III – IV степени не представляет сложности.

2. Контрастирование субарахноидального пространства позволяет оценить его размеры на всем протяжении и выявить деформацию.

3. Варианты взаимоотношений субарахноидального пространства и спинного мозга в деформированном позвоночном канале возможно разделить по степеням, которые характеризуют нарушение ликвородинамики и возможные неврологические синдромы.

УДК 616.728.3:616-072.1

В.В. Самойлов, М.В. Бубенко, В.В. Доржиев

АРТРОСКОПИЯ, КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Читинская государственная медицинская академия (Чита)
Городская клиническая больница № 1 (Чита)

Авторы доказывают преимущество артроскопического метода лечения повреждений и заболеваний коленного сустава.

Ключевые слова: артроскопия, коленный сустав

ARTHROSCOPY AS A METHOD OF COMPLEX DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF INJURIES AND DISEASES OF THE KNEE JOINT

V.V. Samoylov, M.V. Bubenko, V.V. Dorzheyev

Chita State Medical Academy, Chita
City Clinical hospital N 1, Chita

The authors prove the advantages of arthroscopic method of treatment of injuries and diseases of the knee joint.

Key words: arthroscopy, knee joint

Артроскопия — это эндоскопическая методика исследования суставов, позволяющая детально изучить поверхностную морфологию хряща и уточнить диагноз с помощью проведения прицельной биопсии, выполнить малоинвазивные операции в полости сустава под контролем оптики, сочетая с внутрисуставным введением лекарственных препаратов. Современная артроскопия располагает широким арсеналом средств, позволяющих не только решать диагностические задачи, но и выполнять большинство самых сложных внутрисуставных вмешательств.

В работе проанализированы результаты применения лечебно-диагностической артроскопии у 450 больных с травмами и заболеваниями коленного сустава, лечившихся в клинике травматоло-

гии МУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Читы в период с 2001 — 2004 гг.

Артроскопия выполнялась после завершения традиционного клинко-лабораторного и рентгенологического обследования, в том числе УЗИ и МРТ. Все артроскопии были выполнены в плановом порядке, вид обезболивания применялся строго индивидуально, однако преобладали внутривенный наркоз и проводниковая анестезия. Мужчин было в 2,5 раз больше, чем женщин. У 9 (2 %) больных артроскопии были диагностические. С острыми повреждениями внутрисуставных структур артроскопия выполнена у 35 (7,7 %) пациентов, в том числе, при внутрисуставных переломах — у 7 (1,5 %), при гемартрозе и повреждении менисков — у 28 (6,2 %) больных (табл. 1).