



межпозвоночного диска поясничной локализации с анализом костной пластики, темпов регресса неврологической симптоматики и состояния смежных межпозвоночных дисков в отдаленном послеоперационном периоде.

Изучены результаты лечения у 110 пациентов с грыжей межпозвоночного диска в поясничном отделе позвоночника (с L1 по L5) на одном или двух уровнях, с различным расположением грыжи диска по отношению к корешкам и дуральному мешку, одно- и, или двухсторонней неврологической симптоматикой. По локализации больные распределились следующим образом: L1/2, L2/3, L3/4 - 15%; L4/5 - 85%. Возраст больных от 18 до 69 лет. Всех больных оперировали миниинвазивным методом. Применялся передне-боковой внебрюшинный доступ. Длина кожного разреза составила 8-10 см. Мышцы брюшной стенки тупо расслаивались по ходу мышечных волокон. Паравертебральные ткани коагулировались только на уровне необходимого межпозвоночного диска, далее выполнялась передне-боковая декомпрессия путем удаления грыжи диска и костно-хрящевых разрастаний из просвета позвоночного канала и спондилодез аутоотрансплантатами из гребня подвздошной кости.

У всех пациентов в 1 сутки отмечался регресс корешковых болей, в большинстве случаев от 1 до 5 суток восстанавливались двигательные и чувствительные расстройства в зависимости от давности заболевания и тяжести неврологических расстройств. Сроки формирования костного блока с учетом минимального воздействия на уровне диска у подавляющего большинства пациентов составили от 3 до 6 месяцев. Подъем пациентов – на 5-7 дни после операции. При оценке спондилограмм в МРТ поясничного отдела позвоночника в отдаленном периоде (до 9 лет) отмечено отсутствие значимого вовлечения в дегенеративно-дистрофический процесс смежных межпозвоночных дисков.

Применение данного метода миниинвазивной хирургии позволяет добиться быстрого регресса неврологических расстройств с формированием стабильности на уровне страдающего диска, с сохранением функции смежных дисков в отдаленном послеоперационном периоде.

#### **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ХРОНИЧЕСКОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ НЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМИ НЕЙРОПАТИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ (НАЧАЛЬНЫЙ ОПЫТ)**

Д.А. Рзаев, В.В. Руденко, А.П. Татаринцев,  
И.Л. Пудовкин

*ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена Росмедтехнологий»  
Санкт-Петербург, Россия*

**Цель** – улучшить качество жизни путем уменьшения интенсивности болевого синдрома у пациентов с хронической нейропатической болью.

За период с февраля 2007 по август 2008 гг. нами прооперировано 13 пациентов с различными болевыми нейропатическими синдромами. Восемь пациентов перенесли ранее операции на поясничном отделе позвоночника (7 пациентов – по поводу дегенеративных дискогенно-недискогенных компрессий, 1 – по поводу менингиомы корешков конского хвоста), 1 пациентка оперирована по поводу травматической грыжи диска на уровне Th7-Th8, еще 1 пациентка оперирована ранее по поводу опухоли купола плевры, 1 пациент – по поводу облитерирующего атеросклероза. У одного больного была диагностирована диабетическая полинейропатия, и операций у него в анамнезе не было. Все пациенты длительно лечились у врачей различных специ-

альностей (нейрохирургов, неврологов, физиотерапевтов), но применение консервативных методов лечения и дальнейшие хирургические операции оказались безуспешными. Болевой синдром носил нейропатический характер с клиническими признаками, характерными для этого вида боли (гиперестезия, гиперальгезия, гиперпатия, аллодиния). У всех больных боли носили стойкий фармакорезистентный характер на нестероидные препараты и антиконвульсанты, ни один пациент из нашей группы не принимал наркотические анальгетики. У 9 пациентов болевой синдром имел четкую латерализацию (у 8 – преимущественные боли в одной нижней конечности, у 1 больной – в руке), у 4 пациентов отмечены одинаковой интенсивности боли в обеих ногах. Интенсивность болевых ощущений оценивалась по визуальной аналоговой шкале (VAS), у всех пациентов показатели VAS были выше 8 баллов.

Все пациенты подверглись двухэтапному хирургическому вмешательству. На первом этапе пациентам имплантировали эпидуральный электрод (у одной пациентки с двухсторонними болями – два электрода) под местной анестезией. Сразу на операционном столе выполняли тестовую стимуляцию, что позволяло скорректировать положение электрода. Тестовый период продолжался в течение 3 – 7 дней, у двух больных понадобилось провести повторное вмешательство (у одной больной – для коррекции положения электрода, у другого – произведена замена электрода из-за технической интраоперационной ошибки и повреждения электрода). На втором этапе пациентам в условиях общей анестезии выполнялась имплантация подкожного программируемого генератора импульсов. Электрод соединялся с генератором с помощью тонкого кабеля-удлинителя.

В тестовом периоде у всех пациентов получен хороший противоболевой эффект, подобраны параметры стимуляции (полярность электродов, частота, длительность и амплитуда импульсов). Хирургических осложнений не было. Все пациенты отмечали появление чувства легкого покалывания и/или теплых волн в той части тела, где они обычно чувствовали боль. Эти ощущения были комфортными для пациентов. Сразу после операции у всех больных показатели VAS были не выше 2-3 баллов. Катамнез в нашей группе больных составил от 1 до 17 месяцев. Все пациенты ежемесячно в плановом порядке связываются с лечащим врачом. У одной больной через месяц интенсивность болевого синдрома вернулась на дооперационный уровень, что оценено как неудовлетворительный результат.

#### **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ МАЛОИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

В.В. Руденко, Д.А. Рзаев, А.П. Татаринцев,  
И.Л. Пудовкин

*ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена Росмедтехнологий»  
Санкт-Петербург, Россия*

**Цель** – выбор оптимального способа хирургического лечения различных видов дегенеративных поражений в поясничном отделе в зависимости от стадии процесса.

Патофизиологические изменения при дегенеративном поражении позвоночника были подробно изучены William Kirkaldy-Willis и Harry F. Farfan. Они же впервые в 1982 г. предложили термин «дегенеративный каскад», отражающий динамику процесса. Дегенеративный каскад представляет морфологические изменения в позвоночнике в виде трех последовательных стадий: функциональной, стадии сегментарной нестабильности и завершающей ста-