

предложенных методик анестезии судили по количеству послеоперационных осложнений (табл. 2).

При анализе течения послеоперационного периода у больных, оперированных в условиях ЭА, выявлено 8 (26,6%) осложнений.

У больных, оперированных в условиях ЭА в сочета-

нии с ВЛОК, в послеоперационном периоде было выявлено 5 (20%) осложнений. У больных, оперированных в условиях КСЭА в сочетании с ВЛОК, в послеоперационном периоде было выявлено всего 2 (6,6%) осложнения.

Результаты наших исследований показали, что использование КСЭА в сочетании с ВЛОК обеспечивает снижение общего количества осложнений в раннем послеоперационном периоде, сокращение сроков пребывания больных в палате интенсивной терапии (рис. 1).

Таким образом, приведенные результаты показывают, что наиболее эффективным способом анальгезии в послеоперационном периоде после проведения операций на брюшном отделе аорты и сосудах нижних конечностей является комбинированная спинально-эпидуральная анестезия в сочетании с внутрисосудистым лазерным облучением крови. Этот вариант обезболивания осуществляет эффективную блокаду ноцицептивной импульсации, нейровегетативную защиту, что позволяет уменьшить выраженность послеоперационного болевого синдрома, количество послеоперационных осложнений, сроки пребывания больных в палате интенсивной терапии, тем самым повышает качество и эффективность лечения больных с атеросклеротическим поражением брюшного отдела аорты и артериальных сосудов нижних конечностей.

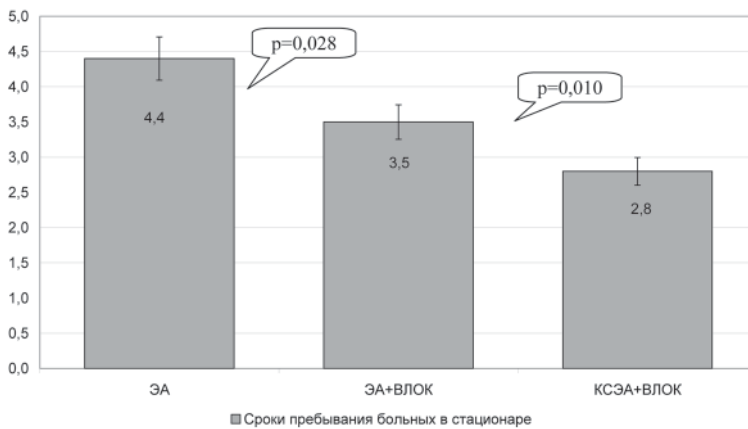


Рис. 1. Сроки пребывания (сутки) больных после реконструктивных операций на брюшном отделе аорты и сосудах нижних конечностей в палате интенсивной терапии. (p – значимость различий контрольной с группами клинического сравнения 1 и 2).

ЛИТЕРАТУРА

1. Акатов А.В. Оптимизация эпидуральной анестезии при операциях по поводу синдрома Лериша: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2004. – 26 с.
2. Валютниченко А.В. и др. Опыт применения высокой эпидуральной блокады при хирургическом лечении ИБС // Бюл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2002. – Т. 3. № 11. – С.230.
3. Карпенко О.М. Низкоинтенсивное лазерное облучение крови и липидный обмен // Лазерная мед. – 2004. – Т. 8. № 3. – С.162-163.
4. Овечкин А.М., Свиридов С.В. Послеоперационная боль и обезболивание: современное состояние проблемы // Региональная анестезия и лечение острой боли. –

2006. – № 1. – С.61-75.

5. Chaney M.A. Epidural techniques for adult cardiac surgery // Regional anesthesia for cardiopulmonary surgery - Lippincott Williams & Wilkins: Association of cardiovascular anesthesiologists, 2002. – P.59-81.

6. Cook T.M. Combined spinal and epidural techniques // Anesth. – 2002. – Vol. 55. – P.722-723.

7. Collis R., Daoud Z., Ateleanu B., Mapleson W.W. Evaluation of S1 motor block to determine a safe, reliable test dose for epidural analgesia // British Journal of Anaesthesia. – 2002. – Vol. 89. – P.442.

8. Zaric D., Boyser K., Christiansen C., et al. A comparison of epidural analgesia with combined continuous femoral-sciatic nerve blocks after total knee replacement // Anest. Analg. – 2006. – Vol. 102. – P.1240-1246.

Адрес для переписки: 664046, г. Иркутск, ул. Красного восстания, 1,

Голуб Игорь Ефимович - зав. кафедрой, профессор, Сорокина Людмила Владимировна - доцент, к.м.н.

© РЕДКОВ С.Н., СОНГОЛОВ Г.И., ВИНОГРАДОВ В.Г., ЛЕБЕДЕВ В.Ф., ГАЛЕЕВА О.П., КИХТЕНКО Д.Б. – 2009

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЙ ВЗАИМОСВЯЗИ В КРОВΟΣНАБЖЕНИИ МЯГКОТКАННО-КОСТНОГО КОМПЛЕКСА ПРОКСИМАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ БЕДРА

С.Н. Редков, Г.И. Сонголов, В.Г.Виноградов, В.Ф. Лебедев, О.П. Галеева, Д.Б. Кихтенко

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н. проф. И.В. Малов, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, зав. – к.м.н., доц. Г.И. Сонголов, кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ с курсами нейрохирургии и мануальной терапии, зав. – д.м.н., проф. В.Г. Виноградов)

Резюме. Проведен анализ литературных данных и собственных исследований на биоморфологическом материале. Дана сравнительная характеристика взаимосвязи кровоснабжения структур мягкотканного комплекса и бедренной кости в проксимальной зоне бедра. Установлена последовательная взаимосвязь и взаимозаменяемость сосудистого русла и иннервации проксимальной области бедра.

Ключевые слова: проксимальная область бедра, коллатеральное кровоснабжение, иннервация, мягкотканно-костный комплекс.

THE BLOOD-SUPPLY INTERCOMMUNICATION OF THE BONE TISSUE COMPLEX OF THE THIGH-BONE PROXIMATE AREA

S.N. Redkov, G.N. Songolov, V.G. Vinogradov, V.F. Lebedev, O.P. Galeeva, D.B. Kishenko
(Irkutsk State Medical University)

Summary. The analysis of the published data was carried out involving a number of personal researches based on biomorphology stuff. It was given the description of the blood supply of the thigh-bone proximate area in the soft tissue complex and thigh-bone structure. The vascular formations and consecutive intercommunication was determined in the blood supply of the soft tissue and the thigh-bone proximate area.

Key words: thigh-bone proximate area, collateral circulation of the blood, innervation, bone soft tissue complex.

Исследования прикладной сосудистой анатомии тканей человека свидетельствуют о том, что практически любой из применяемых в клинической практике костных трансплантатов (свободных или островковых) может быть изъят из материнского ложа в анатомическом комплексе с покровными тканями без опасной дезинтеграции кровоснабжения и иннервации [1]. Эта технология может быть осуществлена и на уровне проксимальной зоны бедра. Мы рассматриваем возможность использования потенциальных ресурсов сосудистого бассейна параоссалльных мягкотканых структур различных уровней и конфигураций для оптимизации кровоснабжения костного остова интересующей нас области бедра.

Сосудистые элементы проксимального бедренного сегмента распределяются по ближним и дальним территориальным уровням, в каждом из которых определяются внутренние и внешние соподчинённые связи их между собой. Основную роль в кровоснабжении костных и мягких тканей бедра играют непосредственно ветви самой бедренной артерии, а также её дочерней глубокой артерии бедра, внучатых латеральной и медиальной огибающих бедро артерий. Эти сосуды посредством ветвей более высокого порядка являются источниками питания мышц, фасций, подкожного жира и кожи. Векторы инвазии этих сосудов в покровные ткани соответствуют преимущественно проекции латеральной и переднемедиальной межмышечных соединительнотканых перегородок бедра [4]. Приоритетное значение из их числа имеют сепальные сосуды, прободающие латеральную межмышечную перегородку и васкуляризирующие мягкие ткани наружной поверхности бедра [1]. Четкая многоуровневая связь сосудистых образований определяется также в пахово-бедренном переходе и в ягодичной области. Морфофункциональная взаимосвязь мягкотканного остова проксимальной части бедра реализуется характером пространственно-структурной организации внутрисистемных и межсистемных артериальных анастомозов региональной сети.

Цель работы систематизировать уровни распределения сосудистых образований в покровных, параоссалльных и периостальных структурах проксимальной зоны бедра, выявить их связи и определить анатомические территории с оптимальной сетью анастомозов для пластических целей.

Материалы и методы

На небальзамированном морфологическом материале трупов обоего пола в возрасте от 31 до 67 лет выполнено 20 комплексных топографических анатомо-экспериментальных исследований сосудистой системы проксимального сегмента бедра и тазобедренного сустава. Объекты исследований не были дискредитированы патологией сосудистой системы. Методика включала эндоваскулярную инъекцию контрастных масс, рентгенографию, послойное препарирование и реконструкцию сосудистых трасс, морфометрические исследования.

1. Ангиоархитектоника мягкотканно-костного остова латерального сектора бедра

Покровные ткани латеральной поверхности бедра кровоснабжаются кожными ветвями, ответвляющимися от сосудов латеральной межмышечной перегородки. Источники кровоснабжения этой анатомической территории представлены пятью сосудистыми пучками: четырьмя прободающими пучками и кожной ветвью латеральной верхней артерии коленного сустава с венами-спутницами [6,12,16,17]. Каждая из прободающих арте-

рий отсылает, в свою очередь, в зону от 3 до 8 ветвей, диаметром от 0,9 мм до 2,6 мм. [6]. По выходе из собственной фасции бедра сосуды последовательно ветвятся, отдавая ветви диаметром до 1,0 мм. Затем эти коллатерали образуют аксиально дивергирующие сосудистые сплетения в подкожно-жировой клетчатке. Ветви соседних артерий и вен ассоциированы между собой многочисленными анастомозами, располагающимися в меридианальной плоскости латеральной межмышечной перегородки [10]. Фасциальный узел большой ягодичной мышцы и двуглавой мышцы бедра пенетрируется от одной до трёх сосудистых кожных ветвей диаметром от 0,6 мм до 1,1 мм на участке протяжённостью от 4 см до 10 см ниже координат большого вертела. Данные ветви являются производными первой прободающей артерии из бассейна глубокой артерии бедра, хотя в 10% случаев первая перфорантная артерия питает исключительно мышцы [6]. Эта артерия сопровождается парой коммитантных вен. Размеры концентрированной сосудистой зоны анализируемой области достигают размеров 8 × 25 см. [17]. Иннервация зоны обеспечивается симметрично ориентированной кожной ветвью нижнего ягодичного нерва. Дистальнее большого вертела на участке длиной от 9 до 16 см наиболее часто (84,9% случаев) визуализируются перфорирующие ветви нисходящей артерии латеральной огибающей бедро артерии [1]. Нисходящая артерия направляется вниз между прямой и промежуточной широкой мышцами бедра, посылая по пути следования вторую и третью прободающие артерии. Вторая прободающая артерия отдаёт самые крупные коллатеральные ветви (наружный диаметр 1,5 мм.), образующие многочисленную сеть продольных анастомозов [6]. В проксимальной зоне проекции шероховатой линии бедренной кости в нее вступает одна или две питающие артерии. Одна артерия функционирует в 55% случаев, две артерии – в 45% случаев, диаметр сосудов приблизительно равен – 1,75 мм [22]. Расстояние между уровнями входа питающей артерии в питательный канал кости и верхушкой большого вертела составляет в среднем 12,5 см, а при наличии двух питающих сосудов – оно колеблется от 11,0 и до 17,0 см соответственно [22]. Питающие артерии диафиза бедренной кости всегда ответвляются от глубокой артерии бедра [7]. В свою очередь, эти диафизарные сосуды формируют маловертельный анастомоз [11], имеющий функционирующую связь с ветвями медиальной огибающей бедро артерии. Задняя межвертельная артерия является дочерней ветвью нисходящей ветви медиальной огибающей бедро артерии, отходящей вместе с верхней артерией головки и задней шеечной артерией бедра. Все они участвуют в формировании артериального кольца суставной периферии [5] и артериальной сети головки бедренной кости [7]. В формировании «большевертельного» анастомоза [11] участвуют сосуды, идущие от медиальной огибающей бедро артерии (латеральная большевертельная артерия и передняя межвертельная артерия), сообщаемые с прободающей артерией из бассейна глубокой артерии бедра. Определив гамму сосудистых связей и нейроанатомию проксимального отдела бедренной кости и её мягкотканного остова в латеральной области бедра, следует отметить, что оперативные реконструктивно-восстановительные пособия в этой области исключают риск повреждения магистральных сосудов, нервов и путей лимфооттока.

2. Ангиоархитектоника мягкотканно-костного комплекса передне-медиального сектора бедра

Кровоснабжение мягких тканей передне-медиальной поверхности бедра, включая прямую мышцу бедра, осуществляют артерии, источником которых являет-

ся латеральная огибающая бедро артерия [5]. Данная артерия отходит от глубокой артерии бедра и делится триподиально на следующие ветви [9]: восходящую, поперечную и нисходящую. Последняя обычно проходит в латеральной межмышечной перегородке между латеральной широкой и прямой мышцами бедра [1]. При этом нисходящая ветвь латеральной огибающей бедро артерии кровоснабжает латеральную широкую мышцу бедра [21] и портняжную мышцу [5], позиционируя в медиальной межмышечной перегородке между прямой мышцей бедра и портняжной мышцей.

Выделяем пять непосредственных анатомических источников кровоснабжения прямой мышцы бедра и прилегающих покровных слоёв [16]: 1) нисходящая ветвь латеральной огибающей бедро артерии (39%); 2) основной ствол латеральной огибающей бедро артерии (30%); 3) проксимальный отрезок глубокой артерии бедра (17%); 4) дистальный отрезок глубокой артерии бедра (9%); 5) бедренная артерия (5%).

Нисходящая ветвь латеральной огибающей бедро артерии, в свою очередь, образует несколько ветвей, которые симметрично с двигательными ветвями бедренного нерва перфорируют латеральную широкую мышцу бедра, формируя несколько входных ворот. Наиболее крупные сосуды верифицируются обычно на 7-8 см ниже уровня паховой связки [14]. Кроме того, нисходящая ветвь латеральной огибающей бедро артерии отдает ряд перегородочно-кожных перфорирующих артерий, снабжающих подкожно-жировую клетчатку и кожу на переднелатеральной поверхности бедра [1]. Восходящая ветвь латеральной огибающей артерии бедра кровоснабжает капсулу тазобедренного сустава, образуя анастомотические связи с сосудами надкостницы и интраоссальными сосудами головки и шейки бедренной кости. Кроме того, мышечно-сухожильные ветви этой артерии, питают нежную, портняжную и всю заднюю группу мышц бедра [8]. В связи с этим возможно выделить в медиальной части проксимальной области бедра многовекторную сосудистую зону мягких тканей.

3. Ангиоархитектоника мягкотканно-костного комплекса задне-наружной поверхности проксимальной области бедра

Сосуды, кровоснабжающие ягодично-бедренную зону, это преимущественно ветви второго и следующих порядков верхней и нижней ягодичных артерий.

Верхняя ягодичная артерия является ветвью внутренней подвздошной артерии, выходит из полости таза в ягодичную область через надгрушевидное отверстие и делится на поверхностную и глубокую ветви [5].

Поверхностная ветвь располагается на границе верхней и средней трети линии, соединяющей верхнюю заднюю подвздошную ость с верхним краем большого вертела и кровоснабжает глубокую порцию большой ягодичной мышцы [15]. Эта артерия проходит в рыхлой клетчатке между грушевидной и средней ягодичной мышцами, отсылая по ходу три значимые ветви: заднюю, переднюю и интрамедуллярную [12]. Задняя ветвь, кровоснабжающая проксимальные отделы большой ягодичной мышцы, делится на ветви, идущие вдоль

мышечных волокон к их началу, т.е. к задней ягодичной линии подвздошной кости. Одна из ключевых ветвей данной артерии – крупная перфорирующая мышечная артерия – достигает подкожной жировой клетчатки в верхнем внутреннем квадранте ягодичной области, продолжаясь далее в виде прямой кожной артерии [12]. Передняя ветвь проходит в рыхлой клетчатке между большой и средней ягодичными мышцами, питая их. Интрамедуллярная ветвь располагается между передней и задней ветвями, выше задней полуокружной линии и кровоснабжает надкостницу подвздошной кости.

Глубокая ветвь верхней ягодичной артерии, расположена в глубоком клетчаточном пространстве под средней ягодичной мышцей, кровоснабжает задний и средний отделы подвздошной кости. Эту артерию, как правило, сопровождает верхний ягодичный нерв, располагающийся тотчас книзу от неё [15]. Артерия, бассейн которой простирается до передней верхней ости подвздошной кости, под напрягателем широкой фасции бедра широко анастомозирует с ветвями наружной огибающей бедро артерии, с нижней ветвью верхней ягодичной артерией и с глубокой огибающей подвздошную кость артерией [23]. Различают три варианта ветвления глубокой ветви верхней ягодичной артерии: в 93,4% случаев – деление на две ветви (дихотомический тип); в 4,6% случаев – деление на три ветви (трихотомический тип); в 2% случаев – одной последовательно, симметрично, билатерально делящейся крупной ветвью (моноподиальный тип) [15].

Нижняя ягодичная артерия выходит из полости малого таза через подгрушевидное отверстие и далее, чаще всего, делится на латеральную и медиальную ветви, которые кровоснабжают большую ягодичную мышцу, следуя параллельно ходу её волокон [5]. Число прямых кожных ветвей нижней ягодичной артерии колеблется от 1 до 4 с диаметром 0,4-1,0 мм [20]. Самая крупная, иногда единственная, бедренно-ягодичная кожная артерия сопровождает задний кожный нерв бедра до уровня подколенной ямки, располагаясь между широкой фасцией бедра или в расщеплении её и двуглавой мышцей бедра, и последовательно отдавая перфорантные ветви к коже. Последние анастомозируют с кожными ветвями 1-й и 2-й перфорирующих ветвей глубокой артерии бедра, которые появляются в покровной триаде из латеральной межмышечной перегородки [19]. Ряд артерий на задней поверхности бедра формирует богатое эпидермально-субфасциальное сосудистое сплетение [18]. Эта же зона иннервируется исключительно задним кожным нервом бедра, залегающим поверхностно в подкожной жировой клетчатке или между широкой фасцией и двуглавой мышцей бедра [20].

Таким образом, определена сосудистая и нейроанатомическая взаимосвязь мягкотканно-костного комплекса проксимальной области бедра. Выделены три оптимальные топографо-анатомические зоны анте- и ретроградных перетоков крови в мягких тканях проксимальной области бедра. Результаты могут быть использованы в работах при хирургическом лечении аваскулярных некрозов головки и шейки бедренной кости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А.Е. Пластическая и эстетическая хирургия. – СПб.: Гиппократ, 1998. – С.232-255.
2. Белоусов А.Е., Шалаев С.А., Кочиш А.Ю. Некоторые вопросы микрохирургической аутоотрансплантации сложных кожных лоскутов с наружной поверхности бедра // Вестн. хир. – 1987. – Т. 139. № 9. – С.73-77.
3. Иконникова Г.А. К характеристике ветвей глубокой артерии бедра // Труды Туркменского мед. ин-та. – Алма-Ата. – 1957. – Т. 7-8. – С.311-318.
4. Кованов В.В., Аникина Т.И. Хирургическая анатомия артерий человека. – М.: Медицина, 1974. – С.268-300.
5. Кованов В.В., Травин А.А. Хирургическая анатомия конечностей человека. – М.: Медицина, 1983. – С.319-332.

6. Кочиш А.Ю. Латеральная поверхность бедра как донорская область для микрохирургической аутоотрансплантации комплексов тканей: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 21 с.
7. Романов П.А. Артериальное кровоснабжение тазобедренного сустава и его связь с мягким остовом // Морфологические закономерности строения, иннервации и кровоснабжения элементов мягкого остова. – Алма-Ата, 1965. – С.159-162.
8. Станкевич Б.С. Кровоснабжение сухожилий мышц бедра: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 1954. – 21 с.
9. Шадров В.В. К анатомии артерий тазобедренного сустава человека // Физиология и патология сердечно-сосудистой системы. – Ярославль, 1972. – С.170-174.

10. Шалаев С.А., Кочиш А.Ю. Латеральная поверхность бедра как донорская зона для формирования сложных кожных лоскутов с осевым типом кровоснабжения // *Клин. хир.* – 1988. – № 12. – С.8-10.

11. Шилов А.В. Сосудистая система капсулы и хрящевой губы тазобедренного сустава // *Вопросы анатомии сосудистой системы ребёнка и взрослого.* – Л., 1958. – С.119-136.

12. Allen R.J., Tucker C. Superior gluteal artery perforator free flap for breast reconstruction // *Plast. flaps: Surg.* – 1995. – Vol. 95. № 7. – P.1207-1212.

13. Back M. Two new cutaneous free flaps: the medial and lateral thigh flaps // *Plast. reconstr. Surg.* – 1983. – Vol. 71. № 3. – P.354-363.

14. Bhagwat B.M., Pearl R.M., Laub D.R. Uses of the rectus femoris myocutaneous flap // *Plast. reconstr. Surg.* – 1978. – Vol. 62. № 5. – P.698-701.

15. Huang G.-R., Hu R.-Q., Miao H., et al. Microvascular free flap transfer of iliac bone based on the deep superior branches of the superior gluteal vessels // *Plast. reconstr. Surg.* – 1995. – Vol. 95. № 7. – P.1207-1212.

16. Koshima I., Fucuda H., Utunomiy R., et al. The anterolateral thigh flap; variation in its vascular pedicle // *Brit. J. Plast. Surg.* – 1989. – Vol. 42. № 3. – P.260-262.

17. Maruyama Y., Ohnishi K., Takeuchi S. The lateral thigh fasciocutaneous flap in the repair of ischial and trochanteric defects // *Brit. J. Plast. Surg.* – 1984. – Vol. 37. № 1. – P.103-107.

18. Rosen J.M., Mo S.T., Liu A. Experience with the island inferior gluteal thigh flap compared with other local flaps for thereconstruction of the pelvic area // *Ann. Plast. Surg.* – 1990. – Vol. 24. № 6. – P.498-509.

19. Rubin J.A., Whetzel T.P., Stevenson T.R. The posterior thigh fasciocutaneous flap: vascular anatomy and clinical application // *Plast. reconstr. Surg.* – 1995. – Vol. 95. № 7. – P.1228-1239.

20. Shizhen Z., Muzhi L. The posterior femoral flap // *Microsurgical anatomy* / Ed. By Zhong Shizhen, et al. – Lancaster etc.: MTP Press Limited, 1985. – P.67-69.

21. Swartz W.M., Ramasastry S.S., McGill J.R., et al. Distally based vastus lateralis muscle flap for coverage of wounds about knee // *Plast. reconstr. Surg.* – 1987. – Vol. 80. № 2. – P.255-263.

22. Yamamoto Y., Ohura T., Sugihara T. An anatomical study for a vascularized bone flap of femur // *Plast. Reconstr. Surg.* – 1995. – Vol. 95. № 3. – P.520-525.

23. Yongmu W. The applied of bone transplantation // *Microsurgical anatomy* / Ed. By Zhong Shizhen, et al. – Lancaster etc.: MTP Press Limited, 1985. – P.135-154.

Адрес для переписки: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, ассистенту Редкову Сергею Николаевичу.

Редков Сергей Николаевич – асс. кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, аспирант; Сонголов Геннадий Игнатьевич – зав. кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии, доц. к.м.н.; Виноградов Валентин Георгиевич – зав. кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ с курсами нейрохирургии и мануальной терапии, д.м.н., проф.; Лебедев Виктор Фёдорович – асс. кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ с курсами нейрохирургии и мануальной терапии, к.м.н.; Галеева Ольга Павловна – кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, доц. к.м.н.; Кихтенко Денис Борисович – асс. кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии.

© СКЛЯРЕНКО О.В., СОРОКОВИКОВ В.А., КОШКАРЕВА З.В., ИППОЛИТОВА Е.Г. – 2009

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ РУБЦОВО-СПАЕЧНЫМ ЭПИДУРИТОМ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

О.В. Складенко, В.А. Сорокиков, З.В. Кошкарёва, Е.Г. Ипполитова

(Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии Сибирского отделения РАМН, директор – д.м.н., проф., член-корр. РАМН Е.Г. Григорьев)

Резюме. Проведен анализ клинических проявлений до и после применения иглорефлексотерапии в комплексном консервативном лечении больных с послеоперационным рубцово-спаечным эпидуритом в поясничном отделе позвоночника. Показана высокая эффективность данного метода.

Ключевые слова: послеоперационный рубцово-спаечный эпидурит, боль, рефлексотерапия.

ACUPUNCTURE IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH POST-OPERATIVE CICATRICAL-COMMISSURAL EPIDURITIS IN LUMBAR SECTION OF SPINE

O.V. Sklyarenko, V.A. Sorokovikov, Z.V. Koshkariova, E.G. Ippolitova

(Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery of Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences)

Summary. We analysed clinical presentations before and after using of acupuncture in complex conservative treatment of patients with post-operative cicatricial-commissural epiduritis in the lumbar section of spine. We revealed high effectiveness of this method.

Key words: post-operative cicatricial-commissural epiduritis, pain, acupuncture.

В последние годы хирургическое удаление грыж межпозвонковых дисков при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника стало весьма распространенной и доступной операцией. Развитие медицинской техники, новых хирургических технологий, внедрение современных и высоко информативных лучевых методов диагностики привели к тому, что операции по поводу грыж межпозвонковых дисков стали доступными и практически рядовыми, всё более безопасными, позволяющими быстро вернуть больного к труду и избавить его от неврологических осложнений. Вместе с тем, количество рецидивов болевого корешко-

вого синдрома после удаления грыж межпозвонковых дисков на поясничном уровне не сокращается и достигает 5-20% [8]. Анализ этой тяжелой категории больных показал, что около 1/3 рецидивов связано с повторной секвестрацией элементов пульпозного ядра, а у остальных 2/3 больных корешковые боли возникали за счет формирования грубого рубцово-спаечного процесса в зоне проведенной операции [3,5]. Выполнение повторных операций при рецидивах грыж несет в себе еще большую опасность подобных осложнений. Так, по данным ряда авторов подобные осложнения встречаются в 30-40% случаев, причем в 15% они носят стойкий харак-