

открытое дренирование раны, промывание антибактериальными растворами, в 2х случаях фиксирующие системы удалены из-за угрозы возникновения остеомиелита

Помимо воздействия на очаг повреждения спинного мозга и операции на пролежнях, большое внимание в системе комплексного лечения трофических нарушений следует

уделять улучшению общего состояния всего организма, с этой целью назначали белковое питание, систематическое переливание крови и кровезаменителей, введение инъекций витаминов. Таким образом, у больных с повреждением спинного мозга комплексное лечение пролежней позволяют в короткий срок добиться заживления раны.

## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ АССИСТИРУЕМОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛЮМБАЛЬНОЙ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА

*Е.А. Есетов, Г.И. Мурзагалиев, Е.И. Шульга, Н.В. Щедрова, С.А. Безус, А.А. Жалгасбаев  
Областная клиническая больница, Уральск, Казахстан*

**Введение:** Остеохондроз позвоночника с наличием протрузии и грыж межпозвоночных дисков является одним из самых распространенных хронических заболеваний человеческого организма и обусловлен развитием дегенеративно-дистрофических процессов из-за статико-динамической нагрузки на вертикально расположенный позвоночный столб.

Грыжа или протрузия межпозвоночного диска, вступая в контакт со спинным мозгом или его элементами (нервными корешками и сосудами) вызывает «диск-радикулярный», «диск-васкулярный» конфликт — причину клинических проявлений этого заболевания, составной частью которого является острый болевой синдром.

**Актуальность:** По статистическим данным развитых стран, болевым синдромом, обусловленным остеохондрозом позвоночника и межпозвоночными грыжами, страдает более 1/3 населения. Средний возраст больных с клиническими проявлениями грыжи диска составляет 40 лет. Мужчины страдают данным заболеванием несколько чаще женщин. Наиболее часто в пояснично-крестцовом отделе позвоночника грыжи возникают в межпозвоночных дисках на уровне L5 — S1 (48% от общего числа грыж на пояснично-крестцовом уровне) и на уровне L4 — L5 (46%). реже они локализуются на уровне L3 — L4 (5%) и наиболее редко на уровне L2 — L3 (менее 1%).

Дискэктомия остается краеугольным камнем в хирургическом лечении остеохондроза позвоночника осложненного грыжами межпозвоночных дисков. При этом, по данным различных авторов, процент неудач описывается как низким (10%), так и очень высоким — до 90%. Все это привело к тому, что последние несколько десятилетий усилия врачей сконцентрированы на поиске новых минимально инвазивных методик, способных снизить потенциальные осложнения.

Весьма актуальным явилось внедрение в клиническую практику эндоскопической дискэктомии, с помощью современных эндоскопов, оснащенных специальной видеокамерой.

**Цель работы:** Анализ полученных результатов проведенных эндоскопических дискэктомии, ее превосходство и недостатки.

**Материалы и методы исследования:** В отделении нейрохирургии г.Уральска за 2007г по настоящее время прооперировано с грыжей диска 180 больных. Из них мужчин 84%, женщин 16%, возраст от 23 до 56 лет.

Эндоскопическая дискэктомия проведена 50 больным, область применения: медиальная, латеральная и фораминальная грыжа, декомпрессия люмбального канала. Отбор больных проводился по показаниям: грыжа межпозвоночного диска подтвержденная данными М.Р.Т., наличие радикулярного синдрома, длительность болевого синдрома не более 1,5-2 мес., отсутствие соматической патологии.

**Недостаток.** Отказ от эндоскопической дискэктомии больным с ожирением, мигрирующие свободные секвестры диска, предыдущие операции в данной зоне, сопутствующие патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, преклонный возраст, оссифицированные грыжи.

Операция выполняется под общей анестезией, положение на животе, ноги приведены. Выполняется постериорный парасрединный разрез, обнажается латеральная граница устья, обнажается связка, после препарирования ткани вокруг нервного корешка открывается доступ к грыже диска, удаление грыжи диска с помощью щипцов.

**Результаты:** Послеоперационный период протекал удовлетворительно, осложнения не было. Полный регресс болевого синдрома

у 93% больных наступал сразу же после операции, у 7% в течении недели. Активация больных на следующий день после операции, выписаны на 8-9 сутки. При нагрузках и для осанки рекомендуется в течении 1-2 мес носить полужесткий поясничный корсет.

При обычной дискэктомии сроки лечения в среднем 15 к/д, больше половины больных нетрудоспособны в течение года.

**Заключение:** Эндоскопическая дискэктомия проводимая эндоскопом с высококачественной оптикой и видеокамерой, является малоинвазивным методом хирургического лечения грыжи, без разрушения костных структур позвоночника, и позволяющая раннюю активизацию пациентов и сокращения сроков нетрудоспособности, возвращение к полноценной жизни.

## ТРАНСКУТАННАЯ ПУНКЦИОННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕАНГИОМ ПОЗВОНОЧНИКА

*Г.М. Кавалерский, А.Д. Ченский, С.К. Макиров, Л.Ю. Слияков, В.Г. Черепанов, К.А. Лисенков*

**Введение:** Пункционная вертебропластика (ПВ) - малоинвазивный метод хирургического лечения гемангиом тел позвонков. ПВ за счет использования костного цемента на основе полиметилметакрилата обладает антибластическим эффектом и обеспечивает стабилизацию пораженных позвонков, в т.ч. предотвращает развитие компрессионных переломов позвонков и неврологических осложнений.

**Материал и методы:** На базе отделения травмы и патологии позвоночника в период с 2005 по 2006 г. обследованы и оперированы 37 человек с гемангиомами позвоночника. 24 пациента женщины в возрасте от 30 до 54 лет. Вмешательства проводили на C2-L4 уровнях. Гемангиомы шейного отдела позвоночника выявлены у 3 пациентов (у 1 пациента на уровне C2), грудного отдела у 21, поясничного отдела позвоночника у 13 пациентов. Солитарные гемангиомы выявлены у 28 пациентов, множественные у 9 пациентов (7 человек на 2 уровнях, 1 на 3 уровнях, 1 пациента на 4 уровнях).

Алгоритм предоперационного обследования включал спондилографию, МРТ, КТ пораженного отдела позвоночника. Целесообразность подобного предоперационного обследования связана с недостаточной чувствительностью рентгенологического и МРТ обследования при гемангиомах позвоночника и необходимостью проведения дифференциальной диагностики с дегенеративными заболеваниями позвоночника.

ПВ проводили при определении показателей агрессивности гемангиомы.

Критерием агрессивности является:

1. клинически - выраженный болевой синдром.

2. рентгенологически - поражение всего тела позвонка, расширение гемангиомы к корню дужки;

расширение кортикального слоя с нечеткими краями, неправильная ячеистость гемангиом при КТ и МРТ исследованиях.

Пункционную вертебропластику выполняли под местной анестезией. При проведении вмешательств на грудном и поясничном отделах позвоночника использовали транспедикулярный доступ, на шейном уровне наружно-боковой доступ под ЭОП контролем. При расположении процесса в задней трети тела позвонка проводили интраоперационную контрастную веноспондилографию. При введении костного цемента использовали специальные рентгендобавки (BiSO<sub>4</sub>).

Больных активизировали в день операции, во всех случаях проводили КТ контроль расположения композита в теле позвонка.

**Результаты лечения:** Основным клиническим эффектом метода является регресс болевого синдрома, повышение качества жизни.

Оценка результатов лечения проводилась по трем основным критериям: субъективной выраженности болевого синдрома, двигательная активность пациента, зависимость от анальгетиков. Оценка проводилась до и после операции с использованием специальных шкал непосредственно после вмешательства, а также в период 1, 3, 6, 12 мес. после операции. Кроме этого, оценивали эффективность ПВ по данным КТ в послеоперационном периоде.

**Осложнения:** 6 больных в послеоперационном периоде жаловались на мышечные боли, обусловленные травмой мышц при осуществлении доступа (у всех больных при многоуровневой вертебропластике).

В 2 случаях в послеоперационном периоде имели место радикулярные ирритативные боли, регрессировавшие на фоне консервативной терапии.