

### Динамика корешковых болевых синдромов при поясничной микродискэктомии с сохранением желтой связки. Результаты клинического применения

Вербов В.В., Сльнько Е.И., Золотоверх А.М., Пастушин А.И.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова  
АМН Украины  
Киев  
Украина  
8044 5921909  
eu\_slinko@yahoo.com

В последнее время все большее количество радикулопатий и радикулярных болей после выполнения микродискэктомии связывается с формированием перидурального и перирадикулярного рубца, перидурального фиброза. Для предупреждения этого в прошлом предлагалось использовать кусочки аутожировой ткани. Однако была показана неэффективность этого метода, иногда даже усиленный процесс рубцевания. В последнее время для этого используется Adson-гель. Однако убедительных данных в его эффективности не получено. Одним из последних предложенных методов является техника сохранения желтой связки во время проведения микродискэктомии. Предположительно этот метод должен уменьшать формирование перидурального рубца так как желтая связка тесно прилежит к твердой мозговой оболочке корешкам. С целью изучения эффективности микродискэктомии с сохранением желтой связки проведено данное исследование.

**Материал и метод.** У 57 последовательных больных проведена микродискэктомия. Операция выполнялась на L4-5, L5-S1 уровнях. У 51 больного во время доступа к грыже диска выполнялась латеральная флавэктомия или флавотомия, у 6 больных анатомические особенности требовали выполнения тотальной флавэктомии, интерламинэктомии. Различали следующие методы удаления желтой связки. Удаление желтой связки полностью на всем междужковом промежутке – тотальная флавэктомия, удаление латеральной части желтой связки в области сегментарного корешка и сохранении ее над дуральным мешком – латеральная флавэктомия. Если иссекался верхний слой желтой связки, а доступ осуществлялся путем разделения волокон внутреннего слоя желтой связки метод назывался флавотомией. Последний метод являлся наиболее желательным.

**Результаты.** Отдаленный период у 51 больного где во время доступа использована латеральная флавэктомия или флавотомия колебался от 7,6 до 1,2 месяцев. Среди этих больных отсутствовали жалобы на радикулярные боли, отмечалось ранее восстановление мобильности оперированного сегмента. Также отмечено ранее восстановление трудоспособности. У одного из этих больных в послеоперационном периоде не требовалось назначение стероидных или нестероидных противовоспалительных средств. Ни разу не отмечалось образование послеоперационных гематом.

**Выводы.** Т.о. методика микродискэктомии с сохранением желтой связки является перспективным новым методом, который помогает минимизировать хирургическую травму, повысить результаты лечения больных с грыжами поясничных межпозвоночных дисков. Одним из важных достоинств этого метода является предотвращение формирования перидурального фиброза.

### Результаты нейрохирургического лечения радикулярных болевых синдромов при поясничном спондилолистезе

Волосюк Я. А. Сльнько Е.И.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова  
АМН Украины  
Киев  
Украина  
8044 5921909  
eu\_slinko@yahoo.com

**Цель.** Исследование проведено с целью разработки радикальных методов декомпрессии невралгических структур и фиксации позвоночника в случае радикулярных болевых синдромов при поясничном спондилолистезе.

**Материал и методы:** Проведено обследование, хирургическое лечение и изучение результатов лечения 45 больных со спондилолистезом с неврологическими проявлениями. При всех типах спондилолистеза производились декомпрессия корешков и дурального мешка: при спондилолистезе I степени редрессация и стабилизация не проводились; при спондилолистезе II степени мы проводили редрессацию и стабилизировали позвонки кейджами, устанавливаемыми из заднего доступа (PLIF – posterior lumbar interbody fusion). Спондилолистез большой степени (III-IV) стабилизировался установкой кейджей из заднего доступа (PLIF) в сочетании с установкой транспедикулярной системы фиксации.

**Результаты и их обсуждение:** У всех больных удалось достичь редукции спондилолистеза как минимум на 1 степень, стабилизации сместившихся позвонков. В подавляющем большинстве случаев достигнут функционально значимый регресс неврологической симптоматики. Отдаленные результаты удалось проследить через 2-16 месяцев у 14 больных: по данным рентгенографии, КТ и МРТ у всех больных сформировался костный спондилодез, прогрессирование спондилолистеза не отмечалось. У больных с истмическим и диспластическим спондилолистезом было стабильное неврологическое состояние.

**Выводы:** лечение спондилолистеза должно быть дифференцированными, однако в большинстве случаев сочетание установки кейджей из заднего доступа с установкой транспедикулярной системы фиксации является оптимальным.