

## ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВО-СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Р.Р. Муродов, А. Чобулов, Р.М. Муродов, Х.Дж. Рахмонов  
Кафедра нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;  
Национальный медицинский центр Республики Таджикистан

В данной работе описана разработка новых способов профилактики развития рубцово-спаечных процессов в зоне операции с целью уменьшения неудовлетворительных результатов в отдалённом периоде. С этой целью производится сохранение жёлтой связки с последующей её пластикой.

Разработанный нами способ флавиофораминопластики при хирургическом лечении грыжи поясничных межпозвонковых дисков является простым, доступным и высокоэффективным, не требующим дополнительных материальных затрат, методом лечения. По сравнению с традиционным методом дискэктомии, предложенный нами способ в значительной степени, почти в 2 раза уменьшает неудовлетворительные и повышает хорошие результаты лечения данной патологии.

**Ключевые слова:** грыжа межпозвонковых дисков, дискэктомия

**Актуальность.** Клинико-неврологические синдромы, обусловленные дегенеративным заболеванием пояснично-крестцового отдела позвоночника, являются наиболее частой причиной нетрудоспособности. На долю неврологических проявлений поясничного остеохондроза приходится 12-20% всех случаев заболеваний нервной системы и 60-70% поражения периферической нервной системы (3,4).

В настоящее время в хирургическом лечении грыжи межпозвонковых дисков поясничного отдела наиболее широкое распространение получило микрохирургическая дискэктомия.

При оценке отдалённых результатов задних декомпрессивных операций было обращено внимание на сохраняющиеся поясничные боли почти у половины больных. В качестве одной из причин рецидива поясничных болей назывались травматичность задних доступов в позвоночный канал. Важным фактором, ухудшающим ближайшие результаты задних декомпрессивных вмешательств, является рецидив болевого синдрома. По данным разных авторов (1,3,5), частота рецидивирования корешкового болевого синдрома, требующего повторной операции, составляет от 2,2 до 10%. По данным литературы (1-3) в структуре причин возобновления болевого синдрома рецидив грыжи составляет 40,3%, грыжа диска смежного уровня - 26,7%, рубцово-спаечный процесс в зоне операции - 16,9%.

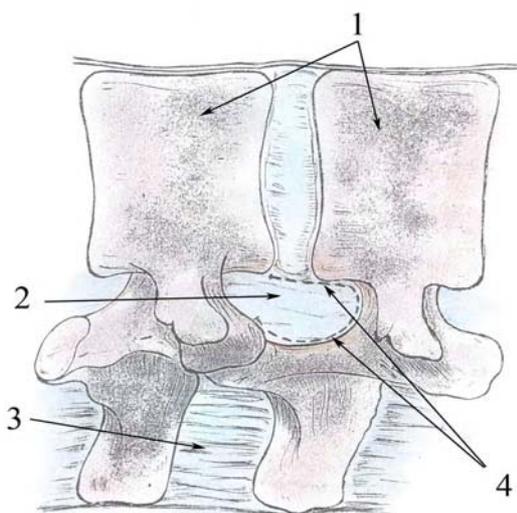
Внедрение компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностическом алгоритме больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника позволило получить информацию об истинной картине и объёме патологии, что в значительной степени способствует правильному выбору тактики лечения этой патологии (3,4).

Однако, множество вопросов, особенно профилактики послеоперационных осложнений хирургического лечения, на сегодняшний день не удовлетворяет нейрохирургов. Это требует дальнейшей разработки новых способов лечения патологии грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника.

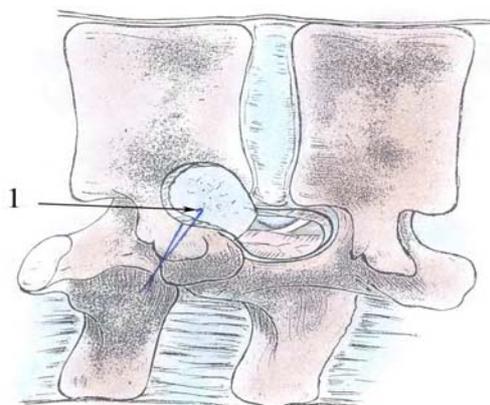
Приведённые выше обстоятельства явились основанием для выполнения данной работы.

**Цель исследования:** улучшение результатов хирургического лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков.

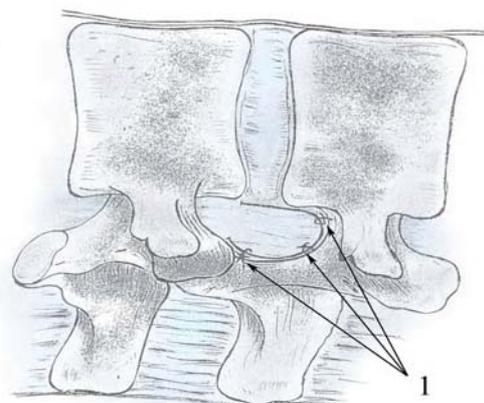
**Материалы и методы исследования.** Работа основана на анализе результатов опера-



**Рис.1** Иссечение жёлтой связки.  
1. Тело позвонков. 2. Жёлтая связка. 3. Межостистая связка. 4. Линия иссечения жёлтой связки.



**Рис.2** Сохранение жёлтой связки на ножке.



**Рис.3** Фиксация жёлтой связки швами (флавиофораминопластика).

тивного лечения 350 больных с грыжей межпозвоноковых дисков поясничного отдела позвоночника за 2007-2008 гг. в клинике нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Возраст больных варьировал от 17 до 65 лет. Мужчин было - 196, женщин - 154. Больным проводилась комплексная диагностика: клиничко-неврологический осмотр, рентгенография поясничного отдела позвоночника, контрастная миелография, компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ, МРТ) позвоночника.

Больные были распределены на 2 группы. Первая, контрольная группа, -183 больных, оперированных традиционным способом. Вторая, основная группа, - 167 больных, оперированных усовершенствованным нами способом. В контрольной группе дискэктомия у 68 (37,1%) была произведена - интерламинэктомией, у 77 (42%) - расширенной интерламинэктомией, у 35 (19,1%) - частичной гемиламинэктомией и у 3 (1,6%) - гемиламинэктомией. В основной группе (167 больных) грыжи межпозвоноковых дисков поясничного отдела позвоночника удалялись - интерламинэктомией у 62 (37,1%), у 70 (41,9%) - расширенной интерламинэктомией, у 33 (19,7%) - частичной гемиламинэктомией и в 2 (1,2%) случаях - гемиламинэктомией.

Как видно из вышеизложенного, существенно различия в доступе при хирургическом удалении грыжи поясничных межпозвоноковых дисков не отмечается.

В контрольной группе (традиционный метод дискэктомии) при доступе к грыже диска, жёлтая связка межпозвонокового диска в зоне операции полностью иссекались. По окончании операции удаления грыжи диска, скелетизирования и, подвергшихся тракции, мышечные волокна паравертебральной области ложатся в свободное междузвонковое пространство, и тем самым увеличивается риск развития рубцово-спаечного процесса между твёрдой мозговой оболочкой и корешками спинного мозга. Всё это нередко обуславливает появление болевого синдрома из-за рубцового фиброза между мышцами и эпидуральным пространством. В послеоперационном периоде это является одной из причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения данной патологии.

В последние годы нами в клинике внедрён усовершенствованный способ профилактики рубцово-спаечного процесса и рубцового фиброза в хирургическом лечении данной патологии (основная

группа больных). Сущность метода заключается в том, что при доступе к грыже межпозвонкового диска при дискэктомии, жёлтая связка междужкового пространства не удаляется, а иссекается в его краниальных отделах, отводится в каудальном направлении и сохраняется на питающей ножке (рис.1). Для того чтобы это не мешало при доступе к работе на диске, жёлтая связка берётся на узловую шов и фиксируется к мягким тканям каудальных отделов операционной раны (рис.2). По окончании основного этапа операции - удаления грыжи диска и гемостаза, раннее сохранившаяся жёлтая связка на ножке укладывается на своё место и фиксируется 2-3 швами к мягким тканям краниального отдела междужкового пространства (рис.3). Это способствует тому, что между эпидуральным пространством (твёрдая мозговая оболочка, корешки спинного мозга) с одной стороны и подвергшихся тракции и скелетизации (повреждений) паравертебральными мышцами с другой стороны, сохраняется естественный барьер - жёлтая связка.

Таким образом, производится не флавэктомия (удаление жёлтой связки), а флавиотомия с сохранением последнего на ножке и по окончании основного этапа операции производится флавиофораминопластика по разработанному нами способу. Всё это в значительной степени предохраняет от развития рубцово-спаечного процесса и рубцового фиброза в послеоперационном периоде, тем самым улучшает результаты хирургического лечения грыжи поясничных межпозвонковых дисков (получен патент на изобретение).

**Результаты и их обсуждение.** В контрольной группе в ближайшем периоде (6 мес. после операции) - у 98 (55,3%) больных отмечены отличные (возвращение больного к полноценной жизни), у 51 (27,8%) - хорошие (лёгкие боли и лёгкий болевой синдром), у 13 (7,1%) - удовлетворительные (небольшие затруднения ходьбы при восстановленном работоспособности) и у 21 (11,4%) - неудовлетворительные (утрата работоспособности и продолжение болей) результаты. Больные с неудовлетворительными результатами были повторно госпитализированы в клинику. После обследования у 11 (6,2%) больных диагностирован рубцово-спаечный эпидурит. 10 (5,7%) больным произведена реоперация: у 2 больных диагностирован рецидив грыжи межпозвонкового диска, у 2 больных имела место грыжа смежного уровня, и у 6 больных - грубый рубцово-спаечный процесс эпидурального пространства.

В основной же группе результаты распределялись следующим образом: отличные - 110 (65,8%), хорошие - 36 (21,5%), удовлетворительные - 15 (8,9%) и неудовлетворительные - 6 (3,5%). В основной группе повторно обратились 5 больных, которым назначена консервативная терапия, оперирован 1 больной по поводу рецидива грыжи межпозвонкового диска.

**Вывод.** По сравнению с традиционным методом дискэктомии предложенный нами усовершенствованный способ в оперативном лечении грыжи межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника в значительной степени, почти в 2 раз уменьшает неудовлетворительные и улучшает отличные и хорошие результаты лечения данной патологии.

### Литература

1. Истрелов А.К. Рецидив болевого синдрома после удаления грыж поясничных межпозвонковых дисков// Автореф. канд. дисс., Нижний Новгород, 1998, С. 26-28
2. Карахан В.Б., Холодов С.А. Предупреждение рубцово-спаечного процесса после операции микрохирургического удаления грыжи межпозвонкового диска//Сборник научных работ конференции нейрохирургов Нижегородского межобластного центра. Кострома, 2000, С. 69-70
3. Шилов Л.Е. и соавт. Грыжи поясничных межпозвонковых дисков: диагностика, микрохи-

рургия// Сборник трудов., посвящённый 40-летию Нижегородского нейрохирургического центра. Нижний Новгород. 2003, С. 148-163

4. Шустин В.А. и соавт. Диагностика и хирургическое лечение неврологических осложнений поясничного остеохондроза// С-Пб. Фолиант. 2006, С. 118-124

5. Ebeling U., Reichenberg Wetal. Results of microsurgical lumbar discectomy "Acta neurosurgery" Wien, 1996 Vol. 81. N 1-2, P. 45-52

6. Hellwig D, Bauer B.L. Minimally invasive techniques for neurosurgery.-Berlin; Heidelberg: Springer-Verlag 1998, P. 34-40

### Хулоса

#### Пешгирии чараёни хадшай-лихомӣ хангоми табобати чарроҳии чурраи камарии қисми сутунмӯҳра

**Р.Р. Муродов, А. Чобулов, Р.М. Муродов, Х.Ҷ. Раҳмонов**

Дар мақолаи мазкур коркарди усулҳои нави пешгирии инкишофи равандҳои хадшай-лихомӣ бо мақсади кам намудани натиҷаҳои пас аз чарроҳӣ оварда шудааст. Бо ин мақсад ниҳадории бандаки зард бо тармими минбаъдаи он иҷро карда шуд.

Усули пешниҳоднамудаи муаллифон - тармими флавиофораминӣ - дар муолиҷаи чарроҳии чурраи қурси байнимӯҳрагии камарӣ тарзи табобати оддӣ, дастрас, пурсамар ва камхарҷ мебошад. Дар муқоиса бо усули анъанавии изолаи қурси байни мӯҳраҳо (дискэктомия) ин усул қариб 2 баробар натиҷаҳои ғайриқаноатбахшро кам намуда, самарабахшии табобати ин беморию беҳтар мегардонад.

### Summary

#### PROPHYLAXY OF SCAR-COMISURE PROCESS UNDER SURGICAL TREATMENT OF THE HERNIA OF LUMBAR PART OF THE SPINE

**R.R. Murodov, A. Chobulov, R.M. Murodov, H.J. Rahmonov**

In the work new methods of prophylaxy of scar-comisure process at the operation-zone with the aim of decreasing worse results at the distant period are prescribed. The preservation of yellow connection with subsequent plastic is made. Our working out the method of flavioforaminoplastic under hernia of lumbar intervertebral discs is simple, available and high effective method wich not demands extra material expenses. The method is more effective than the method of discectomy, decreases negative results in 2 time, improves good results of the treatment.

**Key words:** hernia of intervertebral discs, scar-comisure process, method of treatment

