

УДК 616.711.6]: 616.721.1]—007.43.—089—072.1—036.8

Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков пограничного размера

Зорин Н.А., Дзяк Л.А., Передерко И.Г., Зорина Т.В., Кирпа Ю.И.

Днепропетровская государственная медицинская академия, г. Днепропетровск, Украина

Приведен анализ ближайших и отдаленных результатов лечения 120 больных с грыжами поясничных межпозвонковых дисков среднего (5–8 мм) размера. Первичное состояние больных было идентичным. В число пациентов не вошли больные с легкими и тяжелыми проявлениями радикуло- и полирадикулопатий. Все больные разделены на 4 группы по 30 пациентов в каждой, лечение которых проводилось одним из следующих методов: микрохирургическая микродискэктомия, эндоскопическая микродискэктомия, лазерная вапоризация. Больных контрольной группы лечили консервативно. Лучшие ближайшие результаты получены после микрохирургической и эндоскопической микродискэктомии. Но отдаленные результаты были лучше после лазерной вапоризации. У этих больных отмечали наименьшее количество дней нетрудоспособности за 3 года. Консервативная терапия наименее эффективна.

Ключевые слова: *микрохирургическая дискэктомия, эндоскопическая дискэктомия, лазерная вапоризация, консервативное лечение, грыжи пограничных размеров, поясничные межпозвонковые диски.*

Вступление. В настоящее время известно множество методов лечения грыж межпозвонковых дисков как хирургических, так и нехирургических. Каждый из них имеет свои показания и предел возможности. Хирургический метод, как правило, применяют при секвестрированных грыжах и грыжах больших размеров [1, 8, 19]. Консервативный и пункционный методы наиболее эффективны при диффузных протрузиях и грыжах небольших (до 5 мм) размеров. В то же время тактика лечения грыж пограничного размера (5–8 мм) определена недостаточно четко. Есть сторонники как консервативного, так и микрохирургического (эндоскопического) методов. В последние годы наряду с ними все большую популярность среди нейрохирургов и ортопедов приобретают пункционные методы лечения грыж пограничного размера [2, 4, 6]. Несомненно, что успех лечения во многом зависит от выбора наиболее адекватного метода для каждого конкретного случая. Именно этот вопрос и является наиболее сложным, поскольку при его решении субъективный фактор часто играет более важную роль, чем объективные причины. При избрании того или иного метода лечения специалист скорее отдает предпочтение тому из них, которым он лучше владеет. А индивидуальные особенности конкретного больного отодвигаются на второй план. Для того чтобы максимально исключить субъективный фактор и наиболее объективно оценить достоинства каж-

дого из методов, наиболее часто применяемых в лечении грыж пограничного размера, проведено данное исследование.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 120 больных с поясничными грыжами пограничного размера с максимально идентичной клинической картиной заболевания. У всех у них ведущим в клинической картине был болевой синдром в виде умеренно выраженной или/и выраженной люмбагии или радикулалгии. Явления радикулопатии, если и имели место, то были так же умеренно выраженными. У всех больных отмечали нарушение статокINETической функции позвоночника легкой и средней степени течения. В число исследованных больных не вошли пациенты, у которых клиническая симптоматика была слабовыраженной и ограничивалась легкой люмбагией без радикулярного синдрома и без нарушения статокINETической функции позвоночника, а также больные с грубыми радикулопатиями и миелопатиями. Всем больным произвели магнитно-резонансную томографию (МРТ), рентгеновскую компьютерную томографию (КТ), 72 — позитивную миелографию с ультравистом (Shering AG). Для объективизации скрытого пареза мышц нижних конечностей 42 больным выполнили электронейромиографию.

В нашей клинике в равной степени используются все основные современные методы хирургического лечения грыж межпозвонковых

дисков: микрохирургическая дискэктомия, эндоскопическая микродискэктомия по Kestandau [1, 12], пункционная лазерная дискэктомия (вапоризация) [2, 6, 18]. Благодаря этому субъективное отношение к любому из перечисленных методов было исключено. При отборе больных учитывали только размеры грыжи, анатомические особенности строения позвоночника и неврологические проявления заболевания. Из числа исследуемых больных исключили пациентов со стенозом позвоночного канала, с нестабильностью позвоночно-двигательного сегмента и спондилолистезом, а также больных с выраженным оссифицирующим лигаментозом.

Результаты хирургического лечения оценивали с использованием шкалы Nurick [1], согласно которой исходы заболевания распределили по 4 уровням: I уровень — значительное улучшение или выздоровление, II — улучшение, III — без изменений, IV — ухудшение.

В зависимости от метода лечения больных распределили на 4 клинические группы по 30 больных в каждой (табл.1). В 1-ю группу вошли больные, которым провели традиционную микродискэктомию; во 2-ю — больные, которым выполнили эндоскопическую микродискэктомию; в 3-ю — больные, которым произвели перкутанную лазерную дискэктомию, в 4-ю — больные, леченные консервативно.

Данные табл.2 свидетельствуют о том, что возраст больных, локализация грыж по уровням и по виду во всех группах были практически одинаковыми.

Длительность анамнеза подавляющего числа больных не превышает 6 мес и у всех больных была идентичной.

Результаты оценивали через 1 сут после операции, через 12 сут, через 1 и 3 года после лечения. Состояние больных 4-й группы оценивали через 2 нед от начала лечения, через 1 год и 3 года.

Результаты. Через 1 сут после операции значительное улучшение состояния отмечали у 82% больных 1-й группы, у 90% — 2-й, у 66% — 3-й группы. Болевой синдром либо значительно уменьшился, либо исчез полностью.

Таблица 2. Распределение больных по длительности заболевания

Группа больных	Продолжительность заболевания		
	До 2 мес	От 3 до 6 мес	От 7 до 12 мес
	Количество больных, %		
1-я	48,5	48,2	3,3
2-я	56,1	37,3	6,6
3-я	49,5	42,8	3,3
4-я	44,0	49,5	6,5

При этом сохранялась локальная боль в области послеоперационной раны, ограничение статокINETической функции позвоночника и явления радикулопатии, если они имели место до операции. Через 12 сут улучшение состояния отметили 93% больных 1-й группы, при этом локальный болевой синдром в области послеоперационной раны у них был более выражен. У всех больных 2-й группы и у 52% больных 3-й группы также отмечали улучшение состояния, которое заключалось в полном исчезновении радикулярного болевого синдрома, снижении выраженности радикулопатии, если она имела место, увеличении объема движений в поясничном отделе позвоночника. У 34% больных 3-й группы сохранялся радикулярный болевой синдром, при этом у половины из них выраженность его была большей, чем до операции. Все больные, пролеченные консервативно, к этому времени отмечали улучшение состояния, но полное исчезновение радикулярного болевого синдрома достигнуто только у 36%. У остальных наблюдали лишь уменьшение интенсивности болевого синдрома и некоторое улучшение статокINETической функции позвоночника в виде выравнивания сколиотической деформации позвоночника и увеличения объема движения. По данным электронейромиографии сила в паретической группе мышц статистически достоверно выросла у больных 1-й и 2-й групп.

Состояние больных через 1 год, оцененное по шкале Nurick, представлено на рис.1, из

Таблица 1. Распределение исследуемых больных по возрасту, локализации и виду грыж

Группа больных	Возраст больных			Локализация грыжи			Вид грыжи		
	От 20 до 40 лет	От 40 до 60 лет	Старше 60 лет	L _{III} -IV	L _{IV} -V	L _V -S _I	Центральная	Парамедианная	Фораминная
	Количество больных, %								
1-я	13,2	66,0	20,8	13,2	46,2	39,6	26,4	49,5	23,1
2-я	20,8	59,4	19,8	9,9	49,5	39,6	23,1	52,8	23,1
3-я	16,5	72,6	10,9	16,5	46,2	37,5	23,1	46,2	29,7
4-я	13,2	59,4	27,6	13,2	49,5	37,5	19,8	56,1	23,1

которого видно, что результаты лечения больных 1-й, 2-й и 3-й группе примерно одинаковы, а у леченных консервативно они были существенно хуже. Всего 57% больных достигли I уровня, 21% — II, 12% — III, а состояние 3 больных ухудшилось.

Через 3 года с момента наблюдения состояние больных изменялось по разному (рис.2).

Лишь 70% больных 1-й группы достигли I уровня, 30% — отметили ухудшение состояния в различные сроки с момента операции. Это выражалось в усилении боли в области послеоперационного рубца, ограничении подвижности в поясничном отделе, а у 4 больных отмечали рецидив радикулярного синдрома. Состояние 28 больных 2-й группы соответствовало I уровню. Лишь 2 больных отмечали усиление боли в поясничной области после физических нагрузок, что не мешало им продолжать работу на прежнем месте. Подобные результаты отмечены и у больных 3-й группы, но у 2 из них возник рецидив грыжи на оперированном уровне, в связи с чем им была выполнена микрохирургическая дискэктомия. Показатели состояния больных 4-й группы оставались на прежнем уровне, причем 5 больным произвели хирургические вмешательства: 3 лазерных вапоризации и 2 микродискэктомии.

Наиболее наглядно прослеживается различие в результатах лечения при анализе общего количества дней нетрудоспособности из расчета на одного больного по всем исследуемым группам (рис.3). Учитывали только лиц трудоспособного возраста, продолжавших работать.

За 3 года этот показатель у больных 1-й группы составил на одного работающего 112 ± 8 дней нетрудоспособности, 2-й — 98 ± 6 , 3-й — 67 ± 7 , 4-й — 178 ± 12 . Интерес представляют и данные анализа трудоспособности больных всех групп. Из больных 1-й группы к прежнему труду в разные сроки вернулись 18, перешли на более легкий труд — 7, у 5 — установлена группа инвалидности; из больных 2-й группы к прежнему труду вернулись 22 человека, перешли на более легкий труд — 5, у 3 установлена группа инвалидности. У больных 3-й группы результаты были такие же, но 5 пациентов оперировали повторно и у 2 из них была установлена группа инвалидности. Из 4-й группы на прежней работе остались только 10 человек, профессия которых не требует тяжелых физических нагрузок. Сменили профессию на более легкую 14 человек и у 6 установили группу инвалидности. Наряду с этим, мы провели анализ причин неудовлетворительных результатов у больных всех групп. Практически у всех пациентов 1-й группы, которые не достигли I уровня состояния

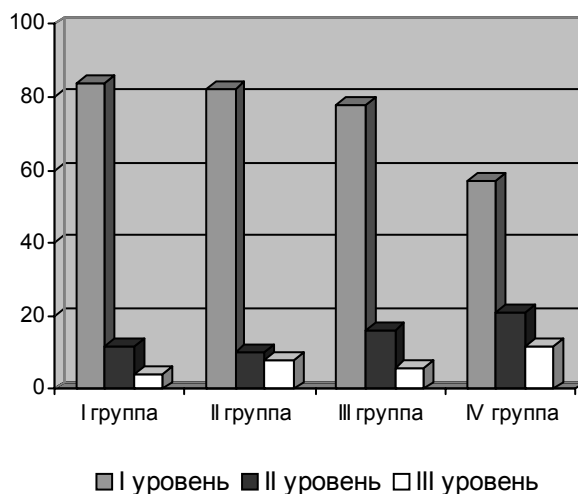


Рис.1. Состояние больных по шкале Nurick через 1 год после лечения

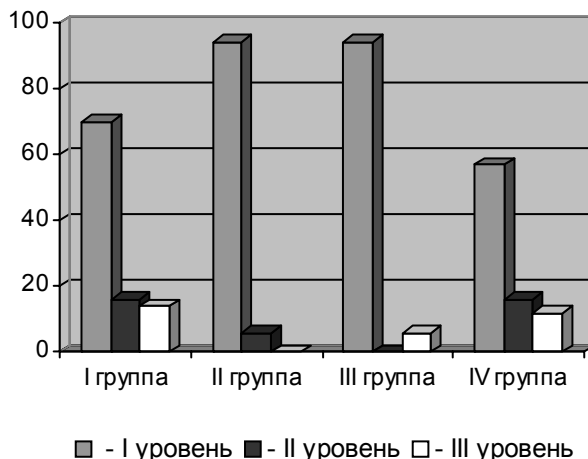


Рис. 2. Состояние больных по шкале Nurick через 3 года наблюдения

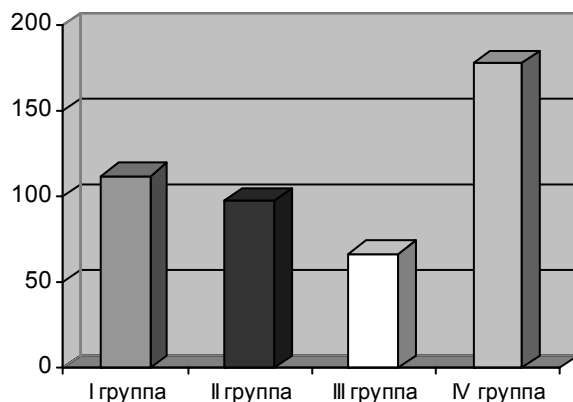


Рис. 3. Количество дней нетрудоспособности из расчета на одного больного за период наблюдения

здоровья, длительность заболевания превышала 6 мес. Хуже результаты были у больных 2-й группы с более срединным расположением грыжи. У больных 3-й группы заметно хуже результаты получены при фораминальном расположении грыжи.

Обсуждение результатов. Проведенные исследования позволили объективно оценить достоинства и недостатки каждого из методов лечения. Ближайшие результаты после оперативного лечения тремя различными методами показывают, что микрохирургическая дискэктомия так же, как и эндоскопическая дискэктомия, у подавляющего большинства больных уже через 1 сут после операции приводит к значительному улучшению состояния. В то время как анальгезирующий эффект после лазерной вапоризации отмечается только у половины больных, у остальных он проявляется на 3–4-й нед. Спустя 1 год после лечения результаты у больных 3 групп практически не отличаются, но выравнивание происходит благодаря некоторому ухудшению показателей у больных 1-й и 2-й групп и улучшению показателей у пациентов 3-й группы. В последующие 2 года увеличивается количество больных в 1-й группе, у которых отмечаются усиление локальной боли в области послеоперационного рубца, утомляемость и ограничение подвижности в позвоночнике, что, вероятно, связано с развитием как эпидурального фиброза, так и рубцовых изменений в мягких тканях. Поле эндоскопической микродискэктомии эти явления менее выражены, благодаря меньшей травматизации и меньшей тракции мягких тканей в ходе операции. Прогрессирующее улучшение состояния больных после лазерной вапоризации происходит за счет развивающегося фиброза в оперированном диске, его вторичного сморщивания и стабилизации позвоночно-двигательного сегмента. Перидуральный фиброз, как правило, отсутствует. Рецидивы грыжи наблюдали только у больных с первичным фораминальным их расположением, что не свидетельствует о недостатках этого метода в целом, а лишь подтверждает ограничение его возможностей при фораминальных грыжах. Если же учесть, что общее количество дней нетрудоспособности за 3 года у 3-й группы больных существенно было ниже, чем в 1-й и 2-й, и сама операция выполнялась амбулаторно, бесспорно, что с экономической точки зрения лазерная вапоризация при грыжах пограничного размера более предпочтительна, чем микродискэктомия как микрохирургическая, так и эндоскопическая. В свою очередь, микрохирургическая дискэктомия более эффективна у лиц с длительным анамнезом и со сре-

динным расположением грыжи, особенно, если это сочетается с оссифицирующим лигаментозом. Эндоскопическая микродискэктомия наиболее эффективна при парамедианно-фораминальном и фораминальном расположении грыжи и коротком анамнезе. Консервативное лечение грыж пограничного размера эффективно в начальной стадии заболевания, в дальнейшем у большинства больных оно переходит в хроническую форму с частым рецидивированием, о чем свидетельствует наибольшее количество дней нетрудоспособностей на одного работающего больного 4-й группы. В среднем 2 мес в год больной вынужден лечиться с отрывом от производства. В связи с этим, с экономической точки зрения, консервативное лечение грыж пограничного размера наименее оправдано.

Выводы. Ближайшие результаты лечения поясничных дисковых грыж пограничного размера лучше после микрохирургической и эндоскопической микродискэктомии.

Отдаленные результаты микрохирургической микродискэктомии несколько хуже, чем эндоскопической микродискэктомии и лазерной вапоризации, что, вероятно, связано с большей травматизацией мягких тканей и развитием более грубого послеоперационного рубца.

С экономической точки зрения, при лечении грыж пограничного размера наиболее предпочтительна лазерная вапоризация. Однако ее возможности ограничены при грыжах, расположенных фораминально.

Консервативная терапия грыж пограничного размера может быть эффективной лишь в ранней стадии заболевания. При переходе болезни в хроническую форму с частыми рецидивами консервативная терапия малоэффективна и экономически не оправдана.

Список литературы

1. Гельфенбейн М.С. Международный конгресс, посвященный лечению хронического болевого синдрома после операций на поясничном отделе позвоночника "Pain management '98" (Failed back surgery syndrome) // Нейрохирургия. — 2000. — №1—2. — С.65.
2. Мусалатов Х.А., Аганесов А.Г., Хорева Н.Е. О показаниях к хирургическому лечению грыжи межпозвонкового диска при поясничном остеохондрозе // Нейрохирургия. — 1999. — №2. — С.29—30.
3. Некрасов А.Д. Использование специализированного двигательного стереотипа при лечении пациентов с резко выраженными поясничными болями // Научн.-практ. конф. — Новосибирск, 1998. — С.51—52.
4. Певзнер К.Б., Гельфенбейн М.С., Васильев С.А. Микродискэктомия в лечении дискогенного радикулита // Нейрохирургия. — 1999. — №3. — С.59—64.

5. Хирургическое лечение при дискогенных пояснично-крестцовых радикулитах — выбор метода, результаты и перспективы / Педаченко Е.Г., Косинов А.Е., Хижняк М.В., Танасейчук А.Ф. // Укр. журн. малоинвазив. и эндоскоп. хирургии. — 1997. — Т.2, №1. — С.46—52
6. Хирургическое лечение при дискогенных пояснично-крестцовых радикулитах — выбор метода, результаты и перспективы. Педаченко Е.Г., Косинов А.Е., Хижняк М.В., Танасейчук А.Ф. // Укр. журн. малоинвазив. и эндоскоп. хирургии. — 1997. — Т.1, №1. — С.86—88.
7. Шустин В.А., Панюшкин А.И. Клиника и хирургическое лечение дискогенных пояснично-крестцовых радикуломиелоишемий. — Л., 1985. — С.148—153.
8. Ефективність хірургічних втручань при патології міжхребцевих дисків / Поліщук М.С., Михайловський В.С., Косинов А.Е. и др. // Укр. журн. малоинвазив. и эндоскоп. хирургии. — 1997. — Т.2. — №1. — С.94—99.
9. Юмашев Г.С., Фурман М.Е. Остеохондрозы позвоночника. — М.: Медицина. — 1984. — С.382.
10. Castro W.H.M., Jerosch J., Hepp R. et al. Restrictions of indication for automated percutaneous lumbar discectomy based on computed tomographic discography // Spine. — 1992. — V.17. — P.1239—1243.
11. Castro W.H.M., Jerosch J., Schilgen M. et al. Automated percutaneous nucleotomy. Restricted indications based on CT scan appearance // Neurosurg. Clin. North. Am. — 1996. — V.7. — P.43—47.
12. Choy K.S.J., Ascher P.W., Saddekni S. Percutaneous laser disc decompression // Spine. — V.17. — P.949—956.
13. Kavis J.K. Early experience with laser disc decompression // J. Fla. Med. Assoc. — 1992. — V.79. — P.37—39.
14. Kavis R.A. A long-term outcome analysis of 984-surgically treated herniated lumbar discs // J. Neurosurg. — 1994. — V.80. — P.415—421.
15. Kestandau J. Endoscopic surgery of lumbar disc herniation/ 3th International congress on Minimally invasive neurosurgery. — 1997. — P.23.
16. Kowd G.C. Rusich G.P., Connolly E.S. Herniated lumbar disc evaluation and management // Neurosurg. Quart. — 1998. — V.8, №2. — P.140—160.
17. Finneson B.E. Lumbar Disc Excision in Operative Neurosurgical Techniques / ed. Schmidek H.H., Sweet W.H. Third Edition. — 1995. — V.2. — P.1095—1293.
18. Frank E. Removal of lateral disc herniation with malleable endoscopic forceps: technical note // Neurosurgery. — 1997. — V.41, №1. — P.311—313.
19. Greenberg M.S. Intervertebral disc herniation/ Handbook of Neurosurgery. Third edition. — 1994. — P.467—486.
20. Junge A., Kvorak J., Ahrens S. Predictors of bad and good outcomes of lumbar disc surgery. A prospective clinical study with recommendations for screening to avoid bad outcomes // Spine. — 1995. — V.15, №20(4). — P.460—468.
21. Kotilainen E., Valtonen S., Carlson C.A. Microsurgical treatment of lumbar disc herniation: follow-up of 237 patients // Acta Neurochir. — Wien, 1993. — V.120. — №3—4. — P.143—149.
22. Koutrouvelis P.G., Lang E. Stereotactic lumbar microdiscectomy // Neurosurg. Clin. North. Am. — 1996. — V.7. — P.49—57.
23. Lewis P.J., Weir B.K., Broad R. Long-term Prospective Study of Lumbosacral Discectomy // J. Neurosurg. — 1987. — V.67. — P.49—53.
24. Manucher J.J. A 1- to 4-years follow-up review of treatment of sciatica using chemonucleolysis or laminectomy // J. Neurosurg. — 1992. — V.76. — P.184—190.
25. Mayer H.M., Brock M. Percutaneous endoscopic discectomy: Surgical technique and preliminary results compared to microsurgical discectomy // J. Neurosurg. — 1993. — V.78. — P.216—225.
26. McCulloch J.A. Principles of microsurgery for lumbar disc disease. — Raven Press, New York, 1989. — P.226—228.
27. Nathews H.H. Transforaminal endoscopic lumbar microdiscectomy // Neurosurg. Clin. North. Am. — 1996. — V.7. — P.59—63.
28. Pople I. Thoraco-lumbar disc disease // Neurosurgery. — 1996. — P.134—136.
29. Sachdev V.P. Microsurgical lumbar discectomy: A personal series of 300 patients with at least 1 year of follow-up // Microsurgery. — 1986. — V.7. — P.55—62.
30. Williams R.W. Microlumbar discectomy: A conservative surgical approach to the virgin herniated lumbar disc // Spine. — 1978. — V.3. — P.175—182.
31. Wilson K.H., Harbaugh R. Microsurgical and standard removal of the protruded lumbar disc: A comparative study // Neurosurgery. — 1981. — V.8. — P.422—427.

Найближчі та віддалені результати
хірургічного лікування гриж поперекових
міжхребцевих дисків середнього розміру

Дзяк Л.А., Зорін М.О., Передерко І.Г.,
Зоріна Т.В., Курта Ю.І.

Приведено аналіз найближчих та віддалених результатів лікування 120 хворих з грижами поперекових міжхребцевих дисків середнього (5–8 мм) розміру. Початковий стан хворих був ідентичним. У число пацієнтів не ввійшли хворі з легкими та з важкими проявами радикуло- та полірадикулопатії. Усіх хворих було розподілено на 4 групи по 30 пацієнтів у кожній, яких лікували одним із наступних методів: мікрохірургічною мікродиссектомією, ендоскопічною мікродиссектомією, лазерною вапоризацією. Хворих, які були контролем, лікували консервативно. Найкращі найближчі результати отримано після мікрохірургічної та ендоскопічної мікродиссектомії. Але віддалені результати були кращими після лазерної вапоризації. У цих хворих відзначено найменшу кількість днів непрацездатності за 3 роки. Консервативна терапія найменш ефективна.

Nearest and remote results of lumbar intervertebrate disk herniation“ of marginal dimensions surgical treatment

Kzyak L.A., Zorin N.A., Perederko I.G., Zorina T.V., Kirpa Yu.I.

The analysis of nearest and remote results of 120 patients with lumbar intervertebrate disks“ herniations of marginal dimensions (5–8 mm) surgical treatment was performed. Primary patients“ condition was the same. Patients with slight clinical symptoms and severe radiculo-

and polyradiculopathias were excluded. Patients were divided into 4 clinical groups (30 persons in each) due to treatment method: microsurgery microdiscectomy, endoscopic microdiscectomy, laser vaporization and conservative treatment (controls). The best nearest results were observed in microsurgical and endoscopic microdiscectomy groups, but remote results were better in laser vaporization group. In the group was the smallest amount of temporary invalidity days during first 3 years. Conservative treatment demonstrated minimal effectiveness.

Комментарий

к статье Зорина Н.А., Дзяк Л.А., Передерко И.Г., Зориной Т.В., Кирпы Ю.И. «Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков пограничного размера».

Работа посвящена сравнительному анализу результатов лечения 4 достаточно презентативных групп больных с дискогенной патологией, у которых были применены как инвазивные, так и неинвазивные методы лечения. Прежде всего следует положительно оценить четко очерченный круг вопросов, поставленных авторами, что позволило подобрать сопоставимые по многим параметрам группы больных. Результаты лечения прослеживаются в сроки: 12 сут, 1 год и 3 года, что вполне приемлемо для достоверной оценки полученных результатов, чем работа по широте и глубине поиска выгодно отличается от исследований, в которых ближайшие и отдаленные результаты (в лучшем случае за 1 год) применения одной из методик лечения сопоставляются с литературными данными пяти-, десятилетней давности с неизменными выводами об абсолютном превосходстве предлагаемой операции.

Коллектив авторов представленной статьи пошел по другому пути. Располагая навыками и техническими возможностями выполнения практически полного спектра инвазивных методик лечения дискогенных болевых синдромов, авторы предприняли, по нашему мнению, весьма успешную попытку сравнительной оценки эффективности лечения грыж межпозвонковых дисков путем применения классической микродискэктомии, миниинвазивных методик (эндоскопической дискэктомии и лазерной вапоризации диска) и консервативной терапии. Описание результатов лечения больных консервативным методом не часто встречается в журналах хирургического профиля, поэтому данная работа является наглядным примером единения усилий невропатологов и нейрохирургов по проблеме, требующей совместного решения. К сожалению, в статье не уточнено, какими именно из весьма широкого диапазона неинвазивных методов проводились лечение, так как результаты применения эпидуральной блокады при дискогенной патологии [1] по эффективности несопоставимы с результатами рутинной комплексной медикаментозной терапии и физиотерапии. Проведенная авторами сравнительная характеристика составляет суть статьи, но, по нашему мнению, не соответствует ее названию, тем более, что понятие пограничного размера грыж диска относительно и неопределенно. Указанные авторами размеры (5–8 мм) грыж по-разному интерпретируются при фораминальной или срединной их локализации.

Переходя к анализу полученных авторами результатов, можно констатировать, что полученные результаты заслуживают гораздо более широкой интерпретации.

Так, авторы приводят лучшие результаты лечения после применения миниинвазивных методик по сравнению с таковыми при консервативных методах лечения как в ближайшие, так и в отдаленные сроки. Вместе с тем, если ближайшие результаты консервативного лечения они оценивали как значительное улучшение — у 36% выздоровевших, то через 3 года положительный результат отмечен уже у 57% больных, что позволяет не согласиться с выводами об абсолютном превосходстве инвазивных методик по сравнению с неинвазивными при данном виде патологии.

В подавляющем большинстве причиной обращаемости больных с дискогенной патологией является наличие болевого синдрома, оценка которого была и остается весьма субъективной. Единичные работы, посвященные проблеме психопатологической составляющей вертеброгенных болевых синдромов [2], встречают ожесточенную критику большинства ортопедов и нейрохирургов. Тем не менее, в ряде случаев вертеброгенные болевые синдромы, даже при наличии интраскопического (МРТ, КТ) подтверждения их морфологического субстрата, помимо органической патологии, несут в себе компонент нарушения функций высшей нервной деятельности в виде астеноневротических, депрессивных синдромов, что приводит к значительному снижению порогов болевого восприятия, а также неадекватной эмоциональной и поведенческой оценки болевых ощущений. Эти и другие аспекты оценки результативности различных видов лечения дискогенной патологии в принципе возможны только при мультидисциплинарном исследовании проблемы, что и было предпринято авторами. Поэтому можно пожелать им дальнейшей успешной работы в этом направлении.

Канд.мед.наук Сапон Н.А.
Институт нейрохирургии
им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины

1. Дж. Эдвард Морган-мл., Мэвид С. Михаил. Клиническая анестезиология: Пер. с англ. — СПб.: Изд-во БИНОМ — Невский диалект, 2001. — 356 с.

2. Остроглазов В.Г., Лисина М.А. О маскированных психопатологических состояниях, имитирующих патологию опорно-двигательной системы (обзор) // Журн. невропатол.и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1991. — Т.91, №1. — С.121—128.