

# Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу спінальної патології

**Качество жизни больных с метастатическими опухолями позвоночника после перкутанной вертебропластики.**

*Абдуллаев Д. Д., Юлдашев Р. М.*

*Республиканский научный центр нейрохирургии, г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5, 134-10-83, kariev@bcc.com.uz.*

Последнее десятилетие в медицинской литературе появился новый термин — «качество жизни» как интегральная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования человека, определяющего результаты лечения. Введению понятия «качество жизни» исторически способствовало определение здоровья, принятое ВОЗ в 1948 году, и оценка статуса больного человека по шкале Карновского (1949 г.).

**Цель:** улучшить качество жизни больных с метастатическими поражениями позвоночника за счет ликвидации болевого синдрома.

**Материалы методы:** в РНЦНХ за период 2005–2006 оперирован 7 больных с метастатическим поражением позвоночника. возраст больных колебался от 31 до 69 лет. Мужчин составила 4, а женщин в 3 случаях. Локализация: от Th6 до L5, причем в 2 случаях произведена ПВП тел 2, в 5 — 1 позвонков. У всех больных отмечался сильный болевой синдром, который оценивался по шкале вербальных оценок болевого синдрома 4 балла. До и после операции качества жизни оценивалась по шкале Карновского, Алгоритм предоперационного обследования включал спондилографию, МРТ, КТ, общеклинические анализы и при невыявленном первичного очага проведение биопсию опухоли.

**Результаты и обсуждение:** качества жизни больных до и после операции оценивался по шкале Карновского. Оценка лечения проводилась по 5 балльной вербальной оценке болевого синдрома, а также по данным спондилограмм, КТ, МРТ непосредственно после операции, через 1, 3, 6 месяцев.

Во всех случаях после проведения ПВП болевой синдром уменьшился во время процедуры на операционном столе. Осложнение не наблюдался. За счет уменьшению и исчезновению болевого синдрома больные начали свободно передвигаться без особых трудностей и болей.

**Выводы:** ПВП является перспективной малоинвазивной методикой позволяющей улучшить качества жизни за счет быстрого и эффективного устранения болевого синдрома и укрепит позвоночник, а исчезновение мучительных болей является лучшей психотерапией, увеличивающей веру в излечение.

**Опыт лечения вертеброгенных радикулопатий поясничного отдела у больных пожилого и старческого возраста.**

*Алексеев С. П., Федорук А. Л.*

*Черкасская городская больница №3, г. Черкассы, 18028, ул. Р. Люксембург, 210, тел. (047-2) 64-71-14, e-mail: de-go@ukr.net*

Количество больных пожилого и старческого возраста в Украине неуклонно возрастает в том числе и с радикулярными нейрокомпрессионными синдромами.

За период 2002—2006 г. г. мы прооперировали 9 больных (7 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 70 до 75 лет по поводу вертеброгенных радикулопатий со стойким выраженным болевым синдромом. Из них 3 больных с фораминальными грыжами L3—L4, L4—L5, у 6 — парамедианные и задне-боковые грыжи L4—L5, L5—S1. Оперативное лечение было предпринято в связи с неэффективностью медикаментозной терапии и блокад. Учитывались данные МРТ, спиральной КТ, рентгенографии и миелографии.

В ряде случаев (все больные с фораминальными грыжами) до операции боль купировалась опиоидами. Из-за сильной боли и парезов 5 больных до оперативного вмешательства самостоятельно не передвигались.

Оперировали по методике микродискэктомии, при необходимости с полной или частичной медиальной фасетэктомией. В 5 наблюдениях обезболивание проводилось методом спинальной анестезии (маркаин 0,5% — 3,0), что у людей пожилого и старческого возраста имеет особое значение, так как снижает агрессию анестезиологического пособия.

В изучаемых наблюдениях отсутствовали грубые явления спондилеза, но сравнительно чаще, у 6 из 9, встречалась продуктивная артропатия дугоотростчатых суставов.

Позитивные результаты отмечены у всех больных, осложнений послеоперационного периода не было. В течении месяца после операции все больные постепенно отказались от анальгетиков, стали более мобильными. Мышечная сила оценивалась по 6-ти балльной шкале ASIA и нарастала с 2—3 до 4—5 баллов.

Таким образом при тщательном отборе больных, высоким уровне инструментальной диагностики, применении спинальной анестезии пожилой и старческий возраст не является противопоказанием для оперативного лечения вертеброгенных радикулопатий с выраженным болевым синдромом.

Значительное улучшение состояния после операции у данной категории больных существенно облегчает уход за ними, нормализует моральный климат в семье, уменьшает расходы на медикаменты. Таким образом качество жизни в микросоциуме больного заметно возрастает.

## Оценка качества жизни у пациентов со спондилолистезом до и после операции

Бабаханов Ф.Х., Джуманов К.Н.,  
Юлдашев Р.М.

Республиканский Научный Центр  
нейрохирургии, Ташкент, 70000,  
ул. Кабулкова 5, +99871 134 9400,  
org@neuro.uz

Спондилолистез является одной из актуальных проблем современной спинальной хирургии. В связи с тем, что этой патологией страдает в основном трудоспособное население, она приобретает и особо социальный характер. Как известно, при спондилолистезе происходит смещение вышележащего позвонка, приводящее к компрессии нервно-сосудистых образований спинного мозга, ведущее к инвалидизации пациентов.

**Материалы и методы.** В центре нейрохирургии с 1999 по 2006 годы прооперировано 89 пациентов с различными формами спондилолистеза, в возрасте от 12 до 68 лет. Из них мужчин — 37, женщин — 52. Мы исследовали качество жизни больных до и после операции, используя шкалу болевого аудита (ШБА, Черкашов А.М., 2002) и Европейский опросник качества жизни (шкала Euro-QUAL-5D, Walker S., 1993).

**Результаты и их обсуждение.** У всех больных, до операции, интенсивность болей по ШБА составила в среднем 58 баллов, качество жизни по шкале Euro-QUAL-5D — 10 баллов. Всем больным произведена декомпрессия сосудисто-нервных образований, с межтеловым спондилодезом и последующей транспедикулярной фиксацией. В ближайший послеоперационный период больные были активизированы на 2-3 сутки, болевой синдром значительно уменьшился. По шкале ШБА интенсивность болевого синдрома составила в среднем 11 баллов, качество жизни по шкале Euro-QUAL-5D — 8. Все больные находились на диспансерном учете, и через год вновь опрошены по ШБА и Euro-QUAL-5D. При этом количество баллов по ШБА составило — 6, по Euro-QUAL-5D — 5 баллов.

**Выводы.** Своевременное оперативное лечение больных с различными формами спондилолистеза значительно улучшает их состояние и качество жизни.

## Возможности метода электростимуляции спинного мозга в реабилитации нейрохирургических больных

Благоразумова Г.П., Иванова Н.Е.,  
Панунцев В.С.

ФГУ Российский научно-исследовательский  
нейрохирургический институт  
им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург,  
191104, ул. Маяковского 12, 273-80-67,  
e-mail fed@admiral.ru

Применение в последние годы метода электростимуляции спинного мозга (ЭССМ) является качественным новым этапом реабилитации спинальных больных.

Целесообразно изучение возможностей применения ЭССМ в ранние сроки послеоперационного периода.

Оценить реабилитационные возможности ЭССМ в послеоперационном периоде.

ЭССМ применялась у 76 нейрохирургических пациентов, в том числе у больных с позвоночно-спинальной травмой — 12, с дискогенной миелорадикулоишемией — 43, с АВМ спинного мозга — 3, с рубцово-спаечным арахноэпидуритом — 15, с доброкачественными опухолями спинного мозга — 3. Для проведения ЭССМ в эпи-субдуральное пространство пункционно имплантировали электроды. Курс состоял из 10—15 сеансов, длительностью 40—50 минут, средними параметрами: 0,2—0,5 Гц, 0,5—1 мсек, 3—20 В. Показанием к применению ЭССМ считали: отсутствие эффекта от лечения в течение 2—3 недель послеоперационного периода, наличие выраженных нарушений двигательных и тазовых функций, устранение компрессии спинного мозга.

Установлено, что лечебный эффект зависит от сроков заболевания: при длительности процесса 1 месяц — у всех пациентов отмечено улучшение неврологических функций, а у 78,6% полное восстановление; 3 месяца — восстановление в 51,6% наблюдений, а отсутствует эффект у 12,9%; более года — восстановление не наблюдали, отсутствовал эффект в 43,0%.

В ближайшие сроки восстановление имело место лишь у 13,2%, а отсутствовал эффект в 38,1% наблюдений, тогда как через 6 месяцев в той же группе зафиксировано полное восстановление в 40,8% случаев, а негативный результат остался всего 17,1%.

Следует отметить результативность применения ЭССМ в послеоперационном периоде у больных с доброкачественными спинальными опухолями (улучшение у 66,7%, в том числе восстановление в 33,3%), с позвоночно-спинальной травмой (соответственно 75,0% и 50,0%), при дискогенной миелорадикулоишемии (нет результата в 7,0%). Установлено, что ЭССМ при рубцово-спаечных арахноэпидуритах малоэффективна.

ЭССМ является эффективным методом ранней реабилитации нейрохирургических спинальных больных.

Применение ЭССМ в послеоперационном периоде «запускает» механизмы восстановления спинного мозга и тем самым значительно улучшает качество отдаленных результатов лечения нейрохирургических больных.

## Декомпрессивно-стабилизирующие операции в лечении опухолей позвоночника с компрессией спинного мозга

Бублик Л.А.

НИИ травматологии и ортопедии  
Донецкого государственного медицинского  
университета им. М. Горького,  
83048, г. Донецк, ул. Артема 106,  
тел. 8-050-965-3999, e-mail lbublik@inbox.ru

Костные метастазы в позвоночник сопровождаются в 5% случаев развитием клиники компрессии спинного мозга. Цель исследования — разработка и совершенствование методов радикального хирургического удаления первичных и метастатических

опухолей позвоночника для улучшения качества жизни.

**Материалы и методы.** Произведен анализ 37 пациентов, оперированных в клинике института с опухолевым процессом позвоночника. Мужчин было 15 (40,5%), а женщин — 22 (59,5%) человек. Возраст пациентов колебался от 20 до 75 лет. У всех больных имел место вертеброгенный синдром и неврологический дефицит. Состояние пациентов оценивалось по классификации Birke.

**Результаты и их обсуждение.** Декомпрессия спинного мозга достигалась вскрытием позвоночного канала (ламинэктомия). У больных с доброкачественными опухолями позвоночника выполнялось тотальное удаление опухоли. Для замещения межтелового дефекта выполнялись костнопластические операции и внутренняя фиксация. Стабилизация позвоночника произведена следующими методами: транспедикулярная фиксация — 8 больных; передняя стабилизация пластиной — 3; межтеловая стабилизация костью или пористой керамикой — у 4 больных. Закрытие дефектов твердой мозговой оболочки осуществлялось применением Тахакомба. Транспедикулярная стабилизация различными системами: МОСТ, Stryker, Конмет.

Тактика лечения первично злокачественных опухолей во многом определялась технической возможностью их радикального удаления и состоянием больного. Декомпрессионная ламинэктомия без дополнительной фиксации проведена наиболее тяжелому контингенту больных и носила паллиативный характер. В результате положительной динамики в послеоперационном периоде состояние 24 (65%) больных можно было отнести к группам 0 и 1 по вышеперечисленной классификации, при этом группа 3 отмечалась у 6 (16%), группа 4 — 7 (19%) оставалась стабильной. После произведенных операций в срок до 3 месяцев летальных исходов отмечено не было.

**Выводы.** Таким образом, хирургического лечения опухолей позвоночника с компрессией спинного мозга зависит от гистологического вида новообразования, его распространенности, выраженности клинических проявлений заболевания, соматического состояния пациента и технической возможности выполнения радикальной операции на позвоночнике. Предложенная тактика лечения позволяет существенно улучшить качество жизни данной категории больных.

### **Перспективы улучшения качества жизни больных при хирургическом лечении позвоночно-спинномозговой травме**

*Бублик Л. А., Гохфельд И. Г.,  
Митюшин И. И.*

*НИИ травматологии и ортопедии  
Донецкого государственного медицинского  
университета им. М. Горького  
83048, г. Донецк, ул. Артема 106.  
Тел. 8-050-965-3999, E-mail: Lbublik@inbox.ru*

Целью работы явилось улучшение качества жизни путем усовершенствования технологии декомпрессионно-стабилизирующих операций при позвоночно-спинномозговой травме острым и раннем периодах.

Проведено обследование и хирургическое лечение 194 больных с повреждением шейного отдела позвоночника и спинного мозга и 134 больных с грудного и поясничного отделов. Средний возраст 32,6 лет. Производилась спондилография, магнитно-резонансная или компьютерная томография. Степень неврологических нарушений оценивали по ASIA. Типы структурных повреждений позвоночника — по Magerl. Для оценки эффективности лечения использовались динамика неврологического статуса, определение величины патологического кифоза и признаки формирования межтелового синостоза

В шейном отделе производилась передняя декомпрессия, спондилодез и стабилизация межтеловыми пластинами. Для переднего стабильно-функционального спондилодеза нами предложена конструкция имплантата, позволяющая восстановить объем движений в позвоночно-двигательном сегменте. В груднопоясничном отделе выполнялась декомпрессия и транспедикулярная стабилизация различными системами: МОСТ, Stryker, Конмет.

Осложнения транспедикулярной фиксации: неудачное проведение стержней, недостаточно точная оценка степени структурных повреждений позвоночника и ошибочный выбор объема и системы фиксации. Терапевтическая стратегия, направленная на ускорение восстановления функции при повреждении спинного мозга включала в себя: Соллю-Медрол, актовегин, цераксон и другие препараты.

Принцип оценки отдаленных результатов лечения был основан на использовании модифицированной шкалы McCormick с оценкой неврологического статуса и качества жизни больных.

Таким образом, технология декомпрессии и стабилизации позвоночника позволяет существенно улучшить результаты лечения больных с нестабильностью и деформацией позвоночника, исключить возможность вторичного смещения, что способствует значительному ускорению восстановления функции и существенно улучшает качество жизни.

### **Эндоскопическая хирургия арахноидальных кист**

*Данчин А. А.*

*Клиника нейрохирургии и неврологии  
Главного военного клинического госпиталя.  
ул. Госпитальная, 18, Киев, 01133, Украина.  
Тел./факс.: + 38 (044) 522-83-79,  
e-mail: bomartin@yandex.ru*

**Введение.** Целью хирургического лечения арахноидальных кист (АК) является создание широкого сообщения между кистой и субарахноидальным пространством.

**Материалы и методы.** В течение 2000-2006 гг. мы применяли эндоскопические методики у 20 пациентов с АК. Все больные были старше 18 лет, средний возраст составил 37 лет. В 2 наблюдениях АК располагались пара — и интравентрикулярно. В 2 наблюдениях — в задней черепной ямке. 9 АК — в средней черепной ямке и Сильвиевой щели. 7 АК имели конвекситальную локализацию. Мы использовали жесткие нейроэндоскопы для эндоскопической инспекции (ЭИ), эндоскопической контролирующей микрохирургии (ЭКМ) и «чистой» нейроэндоскопии.

В 2 наблюдениях была выполнена эндоскопическая кистовентрикулостомия. ЭИ применялась

у 9 больних. Ендоскопическая кистостерностомия выполнена 11 больным. При АК конвексимальной локализации выполнялась ЭКМ и кистоперитонеальное шунтирование.

Выполняя эндоскопическую кистостерностомию, мы отмечали различные особенности локализации средней мозговой артерии, особенности топографии зрительного нерва. III, IV, V, VI черепно-мозговых нервов и внутренней сонной артерии. Эти особенности являлись основными при выполнении данного оперативного вмешательства.

**Результаты.** У всех пациентов наблюдалось клиническое и рентгенологическое улучшение состояния. При контрольных МРТ сдавления головного мозга не выявлялось. Послеоперационных осложнений не было.

**Выводы.** Эндоскопическую кистостерностомию целесообразно выполнять при АК пара- и интравентрикулярной локализации. Эндоскопическая кистостерностомия эффективна при локализации АК в непосредственной близости от субарахноидальных цистерн головного мозга. Для конвексимальных АК выполнение кистоперитонеального шунтирования под ЭКМ является эффективной методикой.

### Результати хірургічного лікування хворих із хребетно-спинномозковою травмою на рівні шийного відділу

Дяків В., Струк Ю.

Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги,  
79008, м. Львів, вул. Миколайчука, 9,  
тел. 0322597232, e-mail: volodfr@yahoo.fr

Травми хребта та спинного мозку на рівні шийного відділу супроводжуються високою інвалідизацією та значною летальністю серед пацієнтів. Метою дослідження був аналіз хірургічного лікування потерпілих із травмами на рівні шийного відділу хребта.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано результати лікування 20 пацієнтів із переломами, вивихами та переломо-вивихами хребців шийного відділу, що супроводжувалися пошкодженням спинного мозку (Frankel A-D). При порушеннях гемодинаміки, дихальній недостатності наявності важких поєднаних травм хворі госпіталізувалися в відділення реанімації. Для зменшення компресії спинного мозку хворим накладався скелетний витяг за тім'яні пагорби. В перші 8 годин після травми внутрішньовенно вводився сольомедрол за прийнятою схемою. При переломах та підвивихах хребців С1, С2 та нестабільності в атланта-окципітальному сегменті у 4-х хворих проведено окципіто-спонділодез з використанням титанових фіксаторів. При підвивихах на рівні С2—Th1 хребців при поступленні в стаціонар хворому накладався скелетний витяг за тім'яні пагорби. У 14 хворих проведено відкрите вправлення підвивиху з проведенням переднього міжтілового спонділодезу та фіксацією хребців титановими пластинами різних типів. Для міжтілового спонділодезу використовували аутокістку або титанові кейджі. В 2-х хворих з метою вправлення підвивиху використано комбінацію передне-бокового та заднього доступу. Хірургічне втручання при переломах та переломах із підвивихом С2—Th1 хребців проведено у 16 випадках. Всі хірургічні втручання проводилися з використанням

передне-бокового доступу. Після операції всім хворим проводилася кінезотерапія. Після стабілізації стану та можливості переносити вертикальне положення тіла хворі переводилися у відділення реабілітації. Середній час перебування хворих у нейрохірургічному стаціонарі склав 27 днів.

**Результати та їх обговорення.** У всіх хворих досягнуто усунення больового локального та радикального синдрому, зменшенні неврологічного дефіциту (при неповному ураженні спинного мозку). При повному ураженні спинного мозку регресу проявів мієлопатії не відбувалося. За час перебування хворого в нейрохірургічному стаціонарі не зафіксовано жодного випадку виникнення належкових ран. Летальність серед оперованих хворих склала 10%.

**Висновки.** Проведення ранніх хірургічних втручань при травмах шийного відділу хребта та впровадженням в практику методів сучасної кінезотерапії дозволяє швидко активізувати пацієнтів, уникнути вторинного пошкодження спинного мозку, зменшити больовий синдром, запобігти виникненню трофічних змін м'яких тканин, гнійно-септичних та тромбоемболічних ускладнень, що значно покращує якість життя потерпілих, зменшує їх інвалідизацію та скорочує матеріальні витрати на лікування цієї категорії хворих.

### Возможности переднего мини-доступа в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника

Доценко В.В., Загородний Н.В.,  
Вирани Я.

Кафедра травматологии и ортопедии РУДН,  
г. Москва, 117198, ул. Миклухо Маклай 6.,  
тел. 674-71-86, conmet@conmet.ru,  
www.ortopedia.ru

**Цель.** Выбор оптимального способа хирургического лечения различных видов дегенеративной нестабильности в поясничном отделе.

**Материалы и методы:** оперированы 750 пациентов в возрасте от 11 до 78 лет в период с 1996 по 2006 гг. с различными видами дегенеративной патологии: динамической нестабильностью, задними срединными и рецидивными грыжами дисков, спондилолистезом.

Всем пациентам проведено обследование: клиническое, лабораторное, электромиография, обзорная и функциональная спондилография, МРТ и КТ.

Показаниями к операции являлись: боль в поясничном отделе, неврологические проявления — корешковый болевой синдром, двигательные и тазовые расстройства.

Методом выбора хирургического лечения был — переднебоковой внебрюшинный мини-доступ, передняя декомпрессия корешков спинного мозга с иссечением задней продольной связки, передняя стабилизация кольцевым титановым имплантатом или пластиной фирмы «КОНМЕТ». Вертикализация пациентов проводилась на следующие сутки после операции. Выписка из стационара на 5-е сутки.

**Результаты и обсуждение.** Оценка качества жизни больных проводилась по пятибалльной шкале оценки вертеброневрологической симптоматики,

шкале Карнофски и опроснику Роланда—Морриса. Хороший результат наблюдался у 87% пациентов; удовлетворительный — у 13%. В настоящее время существует большое количество хирургических методов лечения дегенеративной нестабильности в поясничном отделе (транспедикулярная и биодинамическая фиксация, межтеловые имплантаты, пластины), не отвечающих в полной мере решению этой проблемы.

**Выводы.** Передние малоинвазивные операции в лечении дегенеративной нестабильности поясничного отдела позвоночника имеют ряд преимуществ, таких как: малая травматичность, исчерпывающая декомпрессия, надежная фиксация и стабилизация, что позволяет осуществить раннюю активизацию и социальную адаптацию пациентов.

### Хирургическое лечение спондилолистеза

Загородний Н.В., Доценко В.В.,  
Вируни Я.

Кафедра травматологии и ортопедии РУДН,  
г. Москва, 117198, ул. Миклухо Маклай 6.,  
тел. 674-71-86, conmet@conmet.ru,  
www.ortopedia.ru

**Цель.** Совершенствования методов хирургической коррекции спондилолистеза.

**Материал и методы.** Прооперировано 195 пациентов с различными стадиями и формами спондилолистеза. С целью создания алгоритма лечения сформулирована клиническая классификация спондилолистеза в основу, которой положены неврологические и ортопедические проявления заболевания, исходя из которых, строится лечебная тактика.

Особое место уделено III, IV стадиям спондилолистеза и спондилоптозу, где общепринятые методы — транспедикулярная фиксация, межтеловые имплантаты и др. — становятся неэффективными. На основе методики объемной лазерной спондилолитотомии создается стереолитографическая модель пораженного сегмента позвоночника с последующим изготовлением индивидуальной металлоконструкции (фирма «КОНМЕТ», Москва), что позволяет радикально решить хирургическую проблему стабилизации позвоночника и декомпрессии позвоночного канала.

**Результаты:** Результаты хирургического вмешательства прослежены в сроки от 1 года до 9 лет. Больные проходили осмотр через 3, 6, 12 месяцев и далее через каждый год. Оценивались следующие параметры: клинические проявления до и после операции, сравнительный анализ данных лучевых методов исследования. Оценка качества жизни больных проводилась по шкале Карнофски и опроснику Роланда—Морриса. Хорошие и удовлетворительные результаты составили 91%. Менее благоприятные исходы получены в группе повторно оперированных больных.

**Выводы:** Разработанная классификация и на ее основе способы хирургического лечения спондилолистезов позволяют в большинстве случаев радикально решить проблему.

### Оценка качества жизни пациентов после поясничной микродискэктомии

Гончарук Е.А., Сон А.С.

г. Одесса, Одесский государственный  
медицинский университет, 65026,  
пер. Валиховский, 2, тел.: 8(048) 720-18-28,  
e-mail: son@paso.net.

Наиболее тяжелой клинической формой течения дегенеративного процесса опорно-двигательного сегмента позвоночного столба является грыжевая компрессия содержимого спинномозгового канала или спинномозговых корешков, что сопровождается некупируемым консервативными методами болевым синдромом, и формированием неврологического дефицита. Целью нашего исследования является оценка качества жизни пациентов после микродискэктомии, проводимой на уровнях L4—L5, L5—S1.

Наше исследование проведено на основе анализа результатов обследования и лечения больных, страдающих поясничным остеохондрозом с клиническими проявлениями и верифицированными инструментальными методами (КТ, МРТ) грыжами межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника, которым проводилось микрохирургическое лечение. Проведено клинко-неврологическое обследование 58 больных: 30 женщин (51,7%), 28 мужчин (48,3%); в возрасте от 26 до 54 лет. Степень выраженности болевого синдрома оценивалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (до оперативного вмешательства составила в среднем 91 балл, на третьи сутки после операции — 27 баллов). В дооперационном периоде оценивали уровень ситуационной и личностной тревожности с помощью «шкалы Ч. Спилбергера». На третьи сутки после оперативного вмешательства проводилась оценка качества жизни с помощью опросника SF-36, по восьми субшкалам.

До операции высокий уровень ситуативной тревожности выявлен у 6 пациентов (10,3%), умеренная тревожность — 38 (65,5%) человек, низкая тревожность — 14 (24,1%), а уровень личностной тревожности распределялся следующим образом: 4 (6,8%) — высокая, 20 (34,4%) — умеренная, 34 (58,6%) — низкая тревожность. В группе с низким и умеренным уровнем ситуативной и личностной тревожности в послеоперационном периоде вербальная и визуальная оценка боли была значительно ниже, чем в группе с высокой тревожностью 20% и 35% соответственно. При оценке качества жизни у 80% обследуемых отмечались низкие показатели (от 0 до 20) по шкалам физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием и интенсивности боли. В группе пациентов с умеренной и низкой тревожностью средние показатели по шкалам общее здоровье — 32 балла, жизненная активность — 25 баллов, социальное функционирование — 85,7 балла, ролевое эмоциональное функционирование — 66,66, психологическое здоровье — 44 балла. В группе с высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности показатели по всем шкалам опросника SF-36, были ниже, что указывает на более низкий уровень качества жизни.

## Результати лікування та оцінка якості життя у хворих після відкритої поперекової мікродискектомії

Гудак П.С., Туш І.І.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Тернопільська обласна комунальна клінічна лікарня, 46001, м. Тернопіль, вул. Клінічна, 1, тел. роб. 8 (0352) 52-72-89, тел. моб. 8(095) 330-30-60, e-mail: tyshneuro@mail.ru

**Мета.** На підставі вивчення катамнезу пацієнтів, оперованих з приводу поперекового дискогенного компресійного синдрому, провести аналіз застосованих хірургічних методик та якості життя.

**Матеріали.** Проведено аналіз хірургічного лікування 58 хворих після відкритої поперекової мікродискектомії, які були оперовані протягом 2006 року. Переважну більшість хворих (34) склали чоловіки працездатного віку. Середній термін перебування пацієнтів після операції в стаціонарі складав 6 дб. Найбільш типовим в клінічній картині був тривалий, різко виражений люмбо-ішіорадикулярний синдром. У 41 хворого були діагностовані явища радикулопатії ( $L_{IV}$  — у 8 випадках,  $L_V$  — у 17 випадках  $S_I$  — у 33 випадках), що розцінювалося нами як груба декомпенсація функції спинно-мозкового корінця внаслідок компресії пролабованим диском нерідко в умовах «набутого стенозу». З кауда — синдромом оперовано 4 пацієнтів. У хворих з дилатацією перидуральних вен, де проведення мікродискектомії ускладнювалося кровотечею, яку неможливо усунути тампонуванням, нами успішно застосований гемостатичний матеріал «Тахокомб». У 8 пацієнтів з надмірною масою тіла та у 7 — з вузьким міждужковим простором використана запропонована нами укладка пацієнта на операційному столі в колінно — ліктьовому положенні, що значно покращує доступ і дозволяє з мінімальною травматизацією виконати оперативне втручання. Для оцінки функціонального статусу, працездатності та інтенсивності болювого синдрому ми користувалися 5-ти бальною шкалою D.J. Rivert (2004р.)

**Результати.** Відмінні результати (5 балів) досягнуті у 9 пацієнтів. Хороший результат (4 бали) — у 41 хворих. Задовільний (3 бали) — у 6 пацієнтів. У 2-х пацієнтів з кауда — синдромом, де передопераційний термін складав відповідно 8 та 9 дб результат лікування оцінено у 2 бали.

**Висновки.** Найкращі результати лікування, на нашу думку, зумовлені максимальною мінімізацією доступу та хірургічних маніпуляцій в спинно-мозковому каналі під контролем операційного мікроскопу, ретельним гемостазом, що дозволило скоротити тривалість операції (в середньому 50 хвилин), а також ранньою активізацією (в першу добу) оперованих хворих. Незадовільні результати пацієнтів з кауда — синдромом зумовлені пізнім зверненням до нейрохірурга.

## OUR EXPERIENCE IN THE SURGICAL TREATMENT OF THE LUMBAR DISC HERNIA

Guranda Viorel, Deliu Constantin

Clinical Municipal Hospital of Balti, Neurosurgical Department, Republic of Moldova, 3100 Balti, Decebal street 101, Tel.: 0 373 690 55329, fax: 0 373 231 72703, , viorel\_guranda@mail.ru

**THE AIM OF THE STUDY.** The present work has the analysis of the personal experience in the surgical treatment of the lumbar disc hernia for an object, which is accomplished in order to improve the quality and the results of the ulterior treatment.

**THE MATERIAL AND THE METHODS OF THE INVESTIGATION.** There have been analyzed 83 fully examined cases of the lumbar disc hernia that have undergone the surgical treatment within the neurosurgical service CMHBalti in the period of the years 2005—2006.

**THE RESULTS AND THE DISCUSSIONS.** In the study there have been included 83 patients with lumbar disc hernia, 39 of which (46%) are men and 44 (53%) are women.

The incidence of the patience according to the age is: 10—20 years old 1 (1%); 21—30 years old 4 (4%); 31—40 years old 31 (37%); 41—50 years old 24 (28%); 51—60 years old 17 (20%); 61—70 years old 6 (7%).

At admission a series of patients displayed motor deficiency: 3 (3%) patients had minor paresis, 1 (1%) patient had moderate paresis and 2 (2%) patients had a severe paresis of the foot. In the case of 3 (3%) patients there has been detected an inferior paraparesis of different degrees of intensity.

The lumbar imaging CT/MRI showed the following levels: L3 in 2 (2%) cases; L4 in 28 (33%) cases; L5 in 42 (50%) cases; 2 levels L4 and L5 in 11 (13%) cases.

The indications for the surgical treatment were: the persistent radicular algetic syndrome and clear signs of extrusion of pulp nucleus according to the data of the lumbar CT/MRI.

Three (3%) patients have been promptly operated and 80 (96%) patients have been operated according to schedule. We have given the priority to the ventral position, 50 patients been operated in the ventral position (60%) and in lateral decubitus — 33 (39%) patients. In order to treat the lumbar intervertebral disc we have used the following methods: interlaminar — 15 (18%) cases; interlaminar-interapophysary — 68 (81%) cases; discectomy with posterior stabilization has been effectuated in 2 (2%) cases.

Reintervention in time has occurred in 1 (1%) case, the patients was anteriorly operated in 1992, 1998.

**CONCLUSION.** This work is the result of the personal experience and constitutes an argument in favour of the surgical intervention from which only the perfectly examined patients must benefit. The examination must be completed with a thorough paraclinical exploration in accordance with the possibilities of the service.

**Качество жизни  
больных с метастатическими  
опухолями позвоночника  
и спинного мозга.**

*Кариев М.Х.,  
Абдуллаев Д.Д.*

*Республиканский научный  
центр нейрохирургии,  
Республика Узбекистан,  
г. Ташкент-700000, ул. Каблуква, 5,  
тел. 134-10-83, kariyev@bcs.com.uz.*

Хирургическое лечение метастатических опухолей позвоночника и спинного мозга является паллиативной процедурой направленной к улучшению качества жизни пациентов. Уменьшение болевого синдрома, регресс неврологической симптоматики, восстановление функции тазовых органов, восстановление утраченных функции спинного мозга является основной задачей паллиативного лечения больных с метастатическими опухолями позвоночника и спинного мозга.

**Цель:** улучшить качества жизни больных с метастатическими опухолями позвоночника и спинного мозга, путем дифференцированного выбора метода лечения

**Материалы, методы.** В РНЦНХ за период 1996 до 2006 обследована 102 больных. Прооперирована 56 больных из них 12 больным произведена ДСО задним доступом с установлением транспедикулярной фиксирующей системы, 5 больным ДСО передно — бокового доступа, 6 больным произведена перкутанная вертебропластика костным цементом, одному больному произведена гемиламинэктомия с тотальным удалением метастатической опухоли дужки позвонка, 33 больным произведена ламинэктомия. Согласно по прогностической шкалы Tokuhashi (1990) 46 больным из-за имеющейся противопоказаний рекомендована химио и лучевая терапия. До и после операции качества жизни оценивалась по шкале Карновского.

**Результаты и обсуждение.** Согласно критериям шкалы Карновского на момент выписки по качеству жизни оперированные больные распределилось следующим образом: 37 больных с хорошим результатом: показатель качества жизни — 70% и больше; 14 больных с удовлетворительным результатом: показатель качества жизни — 60%; 4 больных с неудовлетворительным результатом качества жизни — ≤40%.

**ВЫВОДЫ:** анализ результатов дифференцированного хирургического лечения показал, что улучшение качества жизни больных хорошим результатом отмечена у 37(66%) больных, удовлетворительным результатом 14(23,3%). За счет уменьшению болевого синдрома, регрессом неврологической симптоматики, восстановлением функции тазовых органов, это в какой то мере позволяет больным освободиться от постороннего ухода.

**Оцінка якості життя хворих  
після мікродискектомії**

*Костицький М.М., Потапов О.І.,  
Костицька О.М., Федак В.І.*

*Обласна клінічна лікарня, м. Івано-  
Франківськ, 76000, м. Івано-Франківськ, вул.  
Федьковича 91, ОКЛ, (0342) 528-173, e-mail:  
otkos@itc.if.ua, fedak\_v@yahoo.com*

Біль в нижній частині спини залишається найбільшою проблемою, що впливає на якість життя працездатної людини. Мікродискектомія є хірургічним методом, що найчастіше використовується для лікування болю, а тим самим покращення якості життя у пацієнтів із грижею диску на одному рівні. Важливим є оцінка хворого впливу результатів хірургічного лікування на його здоров'я та працездатність.

Матеріали та методи. Ми прослідкували катамнез наслідків оперативного лікування 55 хворих з дегенеративними захворюваннями поперекового відділу хребта, що супроводжувалися клінічною картиною радикулопатії дискогенного характеру, тривалістю спостереження 6 — 12 місяців.

Середній вік оперованих складав 40 років (від 18 до 66 років), 25 жінок (46%) та 30 (54%) чоловіків. Тривалість перебування в лікарні 4—6 днів. Всі пацієнти мали певний неврологічний дефіцит, що співпадав з локалізацією ураження поперекового сегменту, виражений больовий та міотонічний синдроми. Клінічні прояви підтверджувались рентгенологічними даними, комп'ютерною томографією та магнітно-резонансною томографією.

Мікродискектомія проведена за технологією Caspar на LIV—Lv рівні — 28, Lv—SI— 25, LIII—LIV— 2 хворим, з послідовним післяопераційним навчанням правильного руху та тактики поступового збільшення навантаження протягом 12 тижнів. Оцінка якості життя хворих після хірургічного лікування проводилась з використанням візуальної аналогової шкали болю, та шкалою Oswestry.

Результати та їх обговорення. На момент виписки 91% хворих повідомляли про відсутність болей в нозі, 9% відзначали її значне зниження, 74,5% відмітили відсутність болю в спині та лише 20% — відновлення чутливих порушень. Через 12 місяців 94% хворих відмітили відсутність болю в нозі, 81% в спині, 72% відновлення чутливості. Якщо до операції якість життя пацієнтів оцінювалась в 40—45 балів за шкалою Oswestry, то після спостережуваного терміну відмічено значне покращення із оцінкою в 1—3 бали, а це дозволило 94% хворих відновити свою попередню працездатність.

**Висновки.** Отже, дане дослідження демонструє, що мікродискектомія, виконана за показами, є ефективним методом лікування диско генної патології, приносить позитивний результат і задоволення пацієнтів проведеним хірургічним лікуванням.

**Декомпрессиивно-стабилизирующие операции боковыми и комбинированными доступами при травме тораколумбарного отдела позвоночника**

*Слынько Е. И., Леонтьев А. Ю.*

*Киевский институт нейрохирургии  
им. акад. А. П. Ромоданова,  
1-я спинальная клиника.  
Херсонская областная  
клиническая больница,  
отделение нейрохирургии,  
Херсон, 73000,  
пр. Ушакова 67, (80552421556),  
alexas@medmail.info.*

**Цель.** Изучить показания, противопоказания и эффективность методов лечения, качество жизни пациентов в послеоперационном периоде с переломами грудного и поясничного отделов позвоночника через боковые и комбинированные доступы.

**Материалы и методы.** В исследование включены 25 пациентов, которые были оперированы в течение первых 4 недель с момента травмы с применением боковых и комбинированных доступов. Срок наблюдения составил в среднем 1 год. Оценивалось качество жизни по шкалам боли и работоспособности по Denis.

**Результаты.** В послеоперационном периоде отмечался значимый регресс болевого синдрома ( $p < 0,000$ ). Достигнуто существенное улучшение двигательных функций ( $p = 0,04$ ). Показания для проведения декомпрессиивно-стабилизирующих операций при переломах грудного и поясничного отдела позвоночника боковыми доступами: 1) наличие признаков нестабильности передних отделов позвоночно-двигательного сегмента; 2) наличие передней компрессии нервных структур; 3) срок после травмы свыше 72 часов. Относительные противопоказания: возраст свыше 60 лет, тяжёлые экстравертебральные повреждения, выраженная сопутствующая патология, отсутствие возможности интраоперационного рентгенологического контроля, недостаток опыта выполнения подобных вмешательств у операционной бригады. Дополнительная задняя фиксация повреждённого сегмента после выполнения декомпрессии и реконструкции позвоночного сегмента через боковой доступ показана при: 1) наличие переломовывихов с повреждением задних костно-связочных структур; 2) «задняя» компрессия нервных структур; 3) непременность корсета.

**Выводы:** методы декомпрессии и реконструкции позвоночного столба через боковые и комбинированные доступы являются эффективными, достаточно безопасными и улучшают качество жизни пациентов.

**Результаты применения рекомендаций по профилактике пролежней у пациентов с заболеваниями и повреждениями позвоночника и спинного мозга**

*Леонтьев А. Ю., Леонтьев Ю. А.,  
Елисаветская И. И., Слынько Е. И.,  
Назаренко О. С.*

*Херсонская областная клиническая  
больница, отделение нейрохирургии,  
Херсон, 73000,  
пр. Ушакова 67, 80552421556,  
alexas@medmail.info*

**Цель.** Анализ результатов применения программы профилактики образования пролежней у пациентов с осложнёнными заболеваниями и повреждениями позвоночника и спинного мозга.

**Материалы и методы.** Проанализированы истории болезни 89 пациентов с различными заболеваниями и повреждениями, сопровождавшимися нарушениями чувствительности и движений в результате поражения позвоночника и спинного мозга. Профилактика пролежней по разработанным нами рекомендациям выполнялась у 21 пациента (первая группа) и без соблюдения рекомендаций у 68 пациентов (вторая группа). Для анализа результатов применения рекомендаций использовали оценку риска развития пролежней по шкале Ватерлоо и классификацию пролежней по стадии развития.

**Результаты.** В первой группе пролежни имели место к моменту выписки у 5 пациентов. Среди пациентов с пролежнями лишь у 4 (19%) они образовались за период проведения профилактических мероприятий и прогрессировали до 1 ст. Во второй группе пролежни образовались у 17 пациентов (25%). Наиболее эффективными, на наш взгляд, являлись следующие паттерны: подробное информирование пациента и родственников, внедрение противопролежневых матрасов, использование шкалы риска развития пролежней, как инструмента коррекции противопролежневых мероприятий.

**Выводы:** введение в повседневную практику рекомендаций по профилактике образования пролежней позволило снизить частоту образования пролежней на 6%, улучшить качество жизни пациентов.



**Результаты хирургического лечения патологии межпозвоноковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника (ПМД) у жителей Винницкой области**

Ольхов В.М., Горбатюк К.И.,  
Кириченко В.В., Чирка Ю.Л.,  
Венцовский И.Л., Венцовский Л.О.,  
Шмерчук С.Г., Обертинский В.А.,  
Долгополова Р.А., Кудина Е.М.,  
Ольхова И.В.

Винницкая областная психоневрологическая  
больница им. акад. О.И. Ющенко,  
21005, г. Винница, ул. Пирогова, 109;  
нейрохирургическое отделение,  
(80432) 321580, gorbatiykkostya@mail.ru

**Введение:** Определить качество жизни больных различного возраста после операции по поводу ПМД.

**Материалы и методы:** Проведен анализ результатов лечения 171 больных с ПМД, находившихся на лечении в областном нейрохирургическом отделении в течении 2006 года.

**Результаты:** Оперативное вмешательство было проведено 47,7% мужчинам, 52,3% — женщинам. Это составило 78,6% от всех больных с ПМД лечившихся в отделении. Среди них жителей сельской местности — 83%, города — 17%. 55% пациентов — молодые люди, 29% — среднего возраста и 16% — пожилые. По поводу ПМД L4-L5 прооперировано 49% больных, L5-S1 — 39%, L3-L4 — 4%, в 8% наблюдений отмечено двухуровневое поражение.

В 63% причиной ПМД являлись физическое перенапряжение и травма, в 14% — непосредственная связь с мануальной терапией, в 23% причина ПМД не была установлена.

72% больным проводилась по месту жительства консервативная терапия, продолжительность которой до операции составляла 3 месяца.

Признаки инвалидности в виде значительного и умеренного затруднения при ходьбе отмечены в 61,4% наблюдений, у 16,3% больных наблюдались нарушения функции мочеиспускания. Микродискэктомия выполнена 96% больным, в 4% гемиламинэктомия, в связи с гипертрофией желтой связки, эпидуритом, поясничным стенозом.

Предоперационный койко-день составил 1,4 дня.

95,4% больных начали на следующий день после операции самостоятельно ходить, восстановление мочеиспускания наступало в сроки от 3-5 дней до 2-3 недель.

4 пациента выписаны с неврологическим дефицитом относящимся к группе D по шкале Frankel.

По шкале боли (Roland&Morris Low Back Pain And Disability Questionnaire) на момент выписки, у 96% больных отмечен регресс симптоматики от 19-20 до 1-3 баллов.

**Заключение:** Качество жизни больных различного возраста, оперированных по поводу ПМД зависит от своевременной диагностики, времени и объема проведенной операции.

**Оцінка якості життя хворих у віддаленому періоді після мікродискетомії у поперековому відділі хребта проведених різними нейрохірургічними методиками**

Педаченко Є.Г., Хижняк М.В.,  
Танасійчук О.Ф.

Інститут нейрохірургії ім. акад.  
А.П. Ромоданова АМН України,  
04050 Київ, вул Мануїльського, 32,  
тел/факс (044) 489-31-88, brain@neuro.kiev.ua

Загальновідомо, що одним із основних факторів що впливають на якість життя хворих після поперекових мікродискетомій є травматичність операцій. Не випадково у хірургії дискогенних больових синдромів за останні два десятиріччя було впроваджено досить широкий спектр малоінвазивних методик, заснованих переважно на пункційних, ендоскопічних та мікрохірургічних технологіях.

**Мета:** Нами було проведено аналіз віддалених (більше року) результатів хірургічного лікування хворих молодого віку (20—44 рр), які були оперовані у Інституті нейрохірургії методами пункційної лазерної мікродискетомії (ПЛМ), ендоскопічної портальної мікродискетомії (ЕПМ), та традиційної мікродискетомії з приводу гриж міжхребцевих дисків у поперековому відділі хребта.

**Матеріали та методи:** Всі хворі мали відносно короткий анамнез захворювання (до 2 років), при відсутності грубої симптоматики випадіння функції корінця та переважно медіанні та парамедіанні грижі розміром до 8 мм (за даними МРТ).

В залежності від вибору метода хірургічного втручання хворі були розподілені на дві групи:

1. Хворі, які були оперовані позаканальними (ПЛМ-82 спост. та ЕПМ — 80 спост.) технологіями — 162 спост.

2. Хворі, яким була проведена традиційна мікродискетомія внутрішньоканальним доступом — (79 спост.).

Порівняльна оцінка якості життя по шкалі європейського опросника якості життя Euro Quality of Life — 5D dimensions (в балах) проведена нами (від 1 до 3 років) після операції.

**Результати та їх обговорення:** Отримані результати свідчать, що якість життя була значно вища у хворих 1 групи в порівнянні з пацієнтами 2 групи, яким була проведена традиційна мікродискетомія. Проведений аналіз свідчить, що зниження якості життя (болі в області рани різного характеру у даної категорії хворих (72%) відбувається переважно за рахунок післяопераційного епідуриту та дистрофії м'язів.

**Висновки:** 1. У хворих молодого віку з відносно коротким анамнезом захворювання (до 2 років), при відсутності грижі великих розмірів (до 8 мм за даними МРТ) та грубої неврологічної симптоматики випадіння функції корінця пріоритетним є використання методів хірургічного лікування, заснованих на пункційних та ендоскопічних технологіях.

2. Методики пункційної лазерної та ендоскопічної портальної мікродискетомії є найменш травматичними та значно покращують якість життя хворих у післяопераційному періоді.

## Перкутанная транспедикулярная стабилизирующая система «Sextant»

Педаченко Е. Г., Гармиш А. Р.,  
Педаченко Ю. Е.

Институт нейрохирургии им. акад.  
Ромоданова А. П. АМНУ, 04050 Киев,  
ул. Мануильского 32, тел. 8 044 489-30-45,  
E-mail: garmich@mail.ru.

Современные тенденции развития хирургии позвоночника связаны с разработкой малоинвазивных методов лечения, в том числе и стабилизирующих систем.

**Цель:** выявить преимущества чрезкожной транспедикулярной фиксации позвоночника системой «Sextant».

**Материалы и методы исследования:** Обследовано 50 пациентов (37 женщин и 13 мужчины) с патологическими и посттравматическими компрессионными переломами тел позвонков без неврологического дефицита. Возраст пациентов от 18 до 67 лет (в среднем 47,95±1,59 лет). В зависимости от характера оперативного вмешательства больные разделены на две группы. Первую группу составили 25 больных, для стабилизации позвоночника которых использован метод чрезкожной транспедикулярной фиксации системой «Sextant». Вторую группу — больные, которым проводилось «открытое» оперативное вмешательство с фиксацией позвоночника транспедикулярной системой.

Обе группы больных были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям и интенсивности основных клинических проявлений.

**Результаты:** Применение чрезкожной стабилизации позвоночника позволило сократить время проведения оперативного вмешательства в среднем до 84,5±9,12 мин, снизить объем кровопотери в среднем на 600 мл, а так же значительно уменьшить выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде и длительность временной нетрудоспособности. Средняя продолжительность пребывания больных первой группы на больничной койке в послеоперационном периоде достоверно ниже и составила 4 суток.

**Выводы:** Чрезкожная транспедикулярная стабилизация позвоночника системой «Sextant» — эффективное малоинвазивное оперативное вмешательство, позволяющее сократить сроки госпитализации, время оперативного вмешательства и свести объем кровопотери к минимуму.

## Якість життя хворих після пункційної лазерної мікродискектомії з приводу шийних дискогенних нейрокомпресійних синдромів

Педаченко Ю. Є.

Институт нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова  
АМН України, Національна медична академія  
післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ  
України. Київ, 04050, вул. Мануїльського 32,  
тел. 044 486-4608, pedachenko\_yura@mail.ru

**Мета:** Визначити якість життя хворих після пункційної лазерної мікродискектомії (ПЛМ) з приводу

шийних дискогенних нейрокомпресійних синдромів (ШДНС).

**Матеріал і методи.** ПЛМ проведена 150 хворим із ШДНС на 234 клінічно означених грижах міжхребцевих дисків: C<sub>3</sub>/C<sub>4</sub> — 6 (2,6%), C<sub>4</sub>/C<sub>5</sub> — 34 (14,3%), C<sub>5</sub>/C<sub>6</sub> — 110 (47,2%), C<sub>6</sub>/C<sub>7</sub> — 79 (33,8%), C<sub>7</sub>/Th<sub>1</sub> — 5 (2,2%). В клінічній картині у 150 хворих мали місце 402 ШДНС. В середньому, на кожного хворого приходилось 2,7 неврологічних синдрому: 1,1 — компресійних, 1,6 — рефлекторних. Якість життя оцінювали за станом пацієнтів в різні строки після ПЛМ за стандартними шкалами оцінки ефективності втручання (за критеріями А. М. Хелімського, MacNab, Nurick, Pain Score Scale).

**Результати та їх обговорення.** За катamnестичними даними (через рік і більше після операції), ПЛМ є ефективним методом лікування ШДНС (90,9% позитивних результатів), перед усім компресійної радикулопатії із явищами іризації корінця та із неврологічними симптомами випадіння функції корінця.

Основним критерієм якості і ефективності ПЛМ, як малоінвазивного втручання, вважаємо кількість повторних відкритих втручань (мікродискектомія із переднім корпородезом), що мало місце у 3,1% наших хворих.

В 7% спостережень хворі очікували на більший ефект від втручання, але суб'єктивна оцінка недостатнього, на їх погляд, результату операції в половині випадків не корелювала із позитивними змінами неврологічного статусу, даних електронейромиографії та МРТ.

**Висновки.** 1. Пункційна лазерна мікродискектомія є ефективним методом лікування шийних дискогенних нейрокомпресійних синдромів (90,9% позитивних результатів).

2. Критерієм якості і ефективності пункційної лазерної мікродискектомії, як малоінвазивного втручання, вважаємо необхідність проведення повторних відкритих втручань.

3. Проведення мікродискектомії із переднім корпородезом після ПЛМ знадобилось в 3,1% спостережень.

## Качество жизни больных с повреждениями и некоторыми заболеваниями позвоночника в зависимости от методов стабилизации.

Перфильев С. В.

Республиканский научный центр  
нейрохирургии, Республика Узбекистан,  
г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5,  
134-10-83, kariev@bcs.com.uz

В настоящее время нейрохирургические операции на позвоночнике стали сочетаться со стабилизирующими операциями.

Целью исследования было: изучить качество жизни больных в зависимости от применения различных вариантов спондилодеза у больных с травматическими повреждениями, шейным остеохондрозом, спондилолистезами и опухолями позвоночника.

**Материал и методы.** Работа основана на клиническом наблюдении за 270 пролеченных за период 1998 — 2006гг. 28 с вывихами и 20 больных с оскольчатыми переломами тел шейных позвонков. 35 с шейным остеохондрозом. С переломами тел грудных

и поясничных позвонков 102. У 15 со злокачественными опухолями позвоночника и 70 с осложненными спондилолистезами. Для спондилодеза использовали «кейджи» и транспедикулярные фиксаторы. Качество жизни больных определяли по шкале Карновского. Динамическая наблюдения через 6 и 12 месяцев.

**Результаты и обсуждение.** Применение фиксирующих систем позволяет приступить к ранней реабилитации и отказаться от дополнительной внешней иммобилизации. Результаты лечения и показатели качества жизни зависели от многих причин, главной их которых является характер и глубина повреждения спинного мозга. Однако применение погружных систем внутренней фиксации позвонков значительно облегчает качество жизни и процесс медицинской реабилитации — практически с 1-го дня после операции (в среднем на 10—20% по шкале Карновского) при травматических повреждениях и шейном остеохондрозе. А у больных с опухолевым поражением тел позвонков (при минимальной заинтересованности спинного мозга) качество жизни улучшается вплоть до 60—80% по шкале Карновского.

### **Опухоли спинного мозга, его оболочек, СМН с разрушением позвоночника. Качество жизни пациентов**

*Поляков Ю.Ю., Гуляев Д.А.,  
Тастанбеков М.М.*

*ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова,  
г. Санкт-Петербург, 191104,  
ул. Маяковская, д. 12,  
тел. 8 10-7-812 2729819,  
polyakovspb@yandex.ru*

**Цель.** Определение уровня социальной адаптации и качества жизни у пациентов с опухолями спинного мозга.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 63 больных оперированных в ФГУ РНХИ имени профессора А.Л. Поленова на отделении хирургии опухолей головного и спинного мозга в период 2002—2006гг. Возрастная группа от 18 до 76 лет. Средний возраст составил 45 лет. На трудоспособный возраст от 20 до 40 лет приходится 36,5% заболевших.

По уровню поражения: шейный отдел 23 (36,5%); грудной отдел 17 (26,9%); поясничный отдел 21 (33,3%); крестцовый отдел 2 (3,2%).

Состояние при поступлении: компенсированное 53 (84,1%), субкомпенсированное 9 (14,3), декомпенсированное 1 (1,6%).

Клиническая картина представлена основными симптомами: болевой синдром 47 (74,6%); нарушение чувствительности 24 (38,0%); нарушения функции тазовых органов 44 (69,8%); двигательные нарушения 63 (100%).

По шкале Карновского 90—80 баллов имели 9 (14,3%), 70—60 баллов — 26(41,3%), 60—50 баллов — 22 (34,9%) и менее 50 баллов — 6 (9,5%) больных.

По показателю Бартеля для функциональной оценки сохранности навыков больного используется сумма очков, которая при полной независимости пациента достигает 100. Сумма баллов, меньшая или равная 20, свидетельствует о низком реабилитационном потенциале и высокой зависимости больного от посторонней помощи, а равная или превышающая

60 баллов позволяет считать возможным значительное восстановление функционального статуса больного.

**Результаты и их обсуждения.** В дооперационный период 9 пациентов (95 баллов), 26 пациентов (80 баллов), 22 пациента (50 баллов), 6 пациентов (45 баллов). В послеоперационном периоде реабилитационный потенциал составил более 60 баллов практически в 100% случаев.

**Вывод.** Раннее выявление заболевания, правильная хирургическая тактика включая адекватную стабилизацию позвоночника, консервативную терапию в послеоперационном периоде, позволило повысить реабилитационный потенциал пациентов, уровень социальной адаптации и качество жизни.

### **Цифровая вертебротермография в оценке качества жизни больных, оперированных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита**

*Семисалов С.Я., Абашии Г.В.,  
Семисалова В.С.*

*Донецкий государственный медицинский  
университет им. М. Горького, г. Донецк, 83110,  
а/я 1412, 307-81-35; serg1948@yandex.ru*

**Цель.** Определить эффективность объективизации качества жизни больных, оперированных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита. Материал и методы. Проведен анализ эффективности оперативного лечения дискогенного пояснично-крестцового радикулита у 15 больных. Всем больным перед оперативным вмешательством проводилось клиничко-рентгенологическое обследование, компьютерная томография или магнитно-резонансное исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника. При поступлении в нейрохирургический стационар и перед выпиской после операции проводилась цифровая вертебротермография пояснично-крестцового отдела позвоночника. Вся информация вводилась в специально разработанную медицинскую информационную систему «Медик-эксперт» и в последующем подвергалась анализу и статистической обработке.

**Результаты и обсуждение.** У всех больных с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом перед оперативным вмешательством при выполнении цифровой вертебротермографии выявлялась асимметрия температуры кожи. Причем в 3 случаях преобладание температуры кожи со стороны протрузии диска составляла до 1,5 раз. В послеоперационном периоде в большинстве случаев асимметрия кожной температуры хотя и отмечалась, но степень асимметрии была значительно менее выражена.

**Выводы.** Одним из признаков качества жизни больных, оперированных по поводу протрузии диска в пояснично-крестцовом отделе является нормализация выраженности вегетативных нарушений в виде уменьшения разницы кожной температуры в паравертебральной области. Проведение цифровой вертебротермографии у больных с протрузией диска в пояснично-крестцовой области помогает проводить динамический контроль за объемом и эффективностью консервативного лечения в послеоперационном периоде и является одним из критериев оценки качества жизни больных, оперированных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита.

**Дифференцированный выбор  
хирургического доступа  
при вентральных опухолях шейного  
отдела спинного мозга с целью  
улучшения результатов хирургического  
лечения и качества жизни больных**

*Слынько Е.И., Аль-Кашкиш Ияд Исхак,  
Пастушин А.И.*

*Институт нейрохирургии им. акад.  
А.П. Ромоданова АМН Украины, Киев, 04050,  
ул. Мануильского, 32, (044) 486-95-03,  
E-mail: outing7@yahoo.com, Iyad@mail.ru*

**Целью работы** явилось повышение эффективности хирургического лечения больных с опухолями шейного отдела спинного мозга вентральной локализации путем разработки дифференцированных показаний для использования различных хирургических доступов, разработки техники радикального хирургического удаления этих опухолей с сохранением стабильности позвоночника.

**Материалы и методы:** Изучены результаты лечения 60 больных с экстремедуллярными опухолями вентральной локализации шейного отдела спинного мозга оперированными на протяжении 1997-2007 годов в клинике патологии спинного мозга и позвоночника института нейрохирургии им. акад. Ромоданова. Возраст больных варьировал в пределах от 25 до 70 лет. У 23 — больных опухолю располагалось на уровне верхнешейного отдела (C0—C3), у 37 — на уровне нижнешейного отдела (C4 — C7). Для оценки неврологической симптоматики применяли «стандартизованную шкалу оценки неврологической симптоматики для спинальных опухолей» разработанную институтом нейрохирургии, а также шкалу *McCormick*.

**Результаты:** При оперативном вмешательстве были использованы различные оперативные доступы: заднебоковой доступ (24 больных), переднебоковой доступ (13 больных), экстремально-латеральный доступ (9 больных), far-lateral доступ (14 больных). В результате применения таких доступов, удалось добиться полной визуализации опухоли, удалить ее под прямым визуальным контролем. Опухоли были удалены тотально во всех наблюдениях. Умерло 2 больных с кранио-вертебральными опухолями. В отдаленном периоде полный регресс неврологической симптоматики отмечен у 41 больных, частичный у 15, и у 2 неврологической динамики не было. При сопоставлении этих результатов с результатами лечения 60 больных с экстремедуллярными опухолями вентральной локализации шейного отдела спинного мозга оперированными на протяжении 1984-1997 годов, где применялись в основном задние доступы получены следующие результаты: умерло 7 больных (5 с кранио-вертебральными опухолями, 2 — с опухолями субаксиального уровня), в отдаленном периоде полный регресс неврологической симптоматики отмечен у 19 больных, частичный у 26, и у 8 неврологической динамики не было. Тотальное удаление проведено у 43 больных, у 17 — частичное.

**Выводы:** Применение дифференцированных хирургических доступов позволяющих адекватно визуализировать опухоль приводит к снижению смертности и заметному улучшению результатов хирургического лечения в виде более полного регресса неврологических нарушений.

**Оценка качества жизни больных  
после хирургического лечения  
интрадуральных экстремедуллярных  
опухолей спинного мозга**

*Пастушин А.И., Аль-Кашкиш Ияд Исхак,  
Слынько Е.И.*

*Институт нейрохирургии им. акад.  
А.П. Ромоданова АМН Украины, Киев, 04050,  
ул. Мануильского, 32, (044) 486-95-03,  
E-mail: outing7@yahoo.com, Iyad@mail.ru*

**Цель.** Изучить качество жизни больных в отдаленном периоде после хирургического лечения интрадуральных экстремедуллярных опухолей спинного мозга.

**Материалы и методы.** В первом спинальном отделении института нейрохирургии им. акад. Ромоданова на протяжении 2002—2007г. было прооперировано 90 больных с интрадуральными экстремедуллярными опухолями спинного мозга. Больные обследованы в отдаленном периоде, не ранее чем через 6 мес. после операции путем отправки им по почте индивидуальных стандартизованных опросников. Использованы два вида опросников — нашу модификацию шкалы инвалидизации Prolo (Novorka I. и соавт., 2004) и русскоязычную версию адаптации института нейрохирургии «Rand 36-Item Health Survey 1.0». Из 90 оперированных больных ответы на опросники получено у 57.

**Результаты:** По шкале Prolo состояние полной инвалидности равняется 2 баллам, состояние полного здоровья и работоспособности — 10 баллов. По данным полученным в результате ответов больных эта цифра варьировала от 2 до 10, в среднем составила 6,8 баллов.

По данным русскоязычной версии «Rand 36-Item Health Survey 1.0» средняя степень инвалидизации составила 38%, что соответствует данным полученным с применением шкалы инвалидизации *Prolo*.

**Выводы:** Таким образом применение стандартизованных опросников высылаемых больным позволяет оценить результаты лечения в отдаленном периоде не прибегая к непосредственному обследованию больного. Однако, надежность и достоверность таких данных нуждается в дальнейшем анализе, сопоставлению данных полученных при заочной оценке больных с помощью опросников и данных непосредственного неврологического осмотра больных.

**Метод оценки результатов  
хирургического лечения  
дегенеративных поражений  
грудного отдела позвоночника**

*Золотоверх А.М., Слынько Е.И.*

*Институт нейрохирургии им. акад.  
А.П. Ромоданова АМН Украины, Киев, 04050;  
ул. Мануильского 32; 486-95-03,  
zolotoverkh\_alex@yahoo.com*

**Цель.** Объективизировать оценку послеоперационных результатов при оперативном лечении грыж грудного отдела позвоночника.

**Материал и методы.** За период с 1990 по 2007 гг. мы провели хирургическое лечение грыж грудного отдела позвоночника 58 больным. Нами использованы

несколько видов хирургических доступов. Стандартный задний доступ с ламинэктомией выполнен у 21 больного, трансстаракальный доступ выполнен у 2 больных, латеральный экстракавитарный доступ у 5 больных, трансфасетный педикулосохраняющий доступ у 7 больных, боковой транспедункулярный подход выполнен у 23 больных. Выбор доступа зависел в основном от 3 особенностей грыж: а) расположения (медильная, парамедильная, латеральная); б) размеров грыж и степени компрессии мозга; в) консистенции грыж (оцифицированная, мягкотканая). Из 58 больных у 22 больных грыжи были малые (уменьшение позвоночного канала на 0—10%), у 25 средние (> 10—20%), и у 11 большие (> 20%). Среди 58 больных у 7 имела место, срединная грыжа, у 19 парамедильная, у 32 латеральная грыжа грудных дисков. Результаты хирургического лечения оценивались по созданной нами шкале оценки состояния больного с грудной миелорадикулопатией (ШГМР).

**Результаты и их обсуждение.** Результат оценен как отличный (75—100% по шкале ГМР) у 9 больных, при этом у 5 был применен боковой транспедункулярный подход, у 2 — латеральный экстракавитарный, и у одного — трансфасетный педикулосохраняющий; хороший результат (50—74%) был у 34 больных, из них у 16 больных применен боковой транспедункулярный подход, у 10 — ламинэктомия, трансфасетный педикулосохраняющий — у 5 больных, у 2 — латеральный экстракавитарный, трансстаракальный подход был применен у 2 больных; удовлетворительный результат (25—49%) определен у 9 больных, из них у 5 была применена ламинэктомия, у 2 — транспедункулярный доступ, у 1 — трансфасетный педикулосохраняющий и у 1 — латеральный экстракавитарный доступ; у 4 больных результат остался без изменений (0—24%) у всех была применена ламинэктомия; у 2 больных результат был определен как плохой (<0%) у всех также была применена ламинэктомия.

**Выводы.** Использование шкалы оценки состояния больных с грыжами грудного отдела позвоночника (шкала грудной миелорадикулопатии — ШГМР) позволяет объективизировать результаты хирургического лечения больных, а также сопоставить результаты лечения грыж грудного отдела позвоночника различными доступами.

### **Якість життя пацієнтів після протезування міжхребцевих дисків рухомими імплантатами**

*Квасніцький О. М., Слинко Є. І.*

*Інститут нейрохірургії ім. акад.*

*А. П. Ромоданова АМН України, Київ, 04050, вул. Мануйльського, 32, (044) 486-95-03,*

*E-mail: kvas80@yandex.ru*

У Інституті нейрохірургії за 5 років виконано 22 оперативних втручання із протезуванням міжхребцевих дисків. Із них 4 втручання на поперековому рівні та 18 — на шийному. Метою роботи є оцінка якості життя пацієнтів у динаміці.

Якість життя пацієнтів оцінювалась із використанням короткого опитувальника загального стану здоров'я SF-12 (оцінювались загальні фізична і психічна компоненти здоров'я), аналогової 100-бальної шкали болю та індексу непрацездатності при дегенеративних захворюваннях поперекового хребта

Освестрі (Oswestry disability index) та його модифікації для шийного остеохондрозу. Оцінка якості життя проводилась шляхом заповнення відповідних анкет тричі: перед оперативним втручанням, через 2-3 місяці після операції та через щонайменше 1 рік (до 5 років) після операції.

Післяопераційне спостереження доступне для 3 пацієнтів прооперованих на поперековому рівні та для 12 пацієнтів — на шийному рівні.

У групі протезування міжхребцевого диску на шийному рівні середні показники становили. До операції: фізична компонента загального стану здоров'я  $24,7 \pm 0,3$ ; психічна компонента загального стану здоров'я  $26,5 \pm 0,3$ ; індекс болю  $83,1 \pm 1,0$ ; індекс непрацездатності Освестрі (модифікація)  $76,3 \pm 0,9$ . Через 2-3 місяці після операції ці показники становили:  $34,6 \pm 0,4$ ,  $41,2 \pm 0,5$ ,  $17,1 \pm 1,4$ ,  $28,7 \pm 1,5$  відповідно. Через щонайменше 1 рік після операції показники наступні:  $40,8 \pm 0,5$ ,  $55,9 \pm 0,7$ ,  $8,8 \pm 1,2$ ,  $19,7 \pm 1,1$  відповідно.

У групі протезування міжхребцевого диску на поперековому рівні середні показники становили. До операції: фізична компонента загального стану здоров'я  $22,3 \pm 0,6$ ; психічна компонента загального стану здоров'я  $26,2 \pm 0,7$ ; індекс болю  $85,0 \pm 1,7$ ; індекс непрацездатності Освестрі  $83,3 \pm 4,4$ . Через 2-3 місяці після операції ці показники становили:  $27,7 \pm 0,6$ ,  $34,9 \pm 1,2$ ,  $40,0 \pm 3,3$ ,  $46,0 \pm 5,0$  відповідно. Через щонайменше 1 рік після операції показники наступні:  $34,3 \pm 0,6$ ,  $42,9 \pm 1,6$ ,  $21,1 \pm 2,5$ ,  $25,3 \pm 3,2$  відповідно.

Таким чином, обох групах пацієнтів спостерігається чітка позитивна динаміка оцінюваних показників якості життя. Різниця за усіма досліджуваними параметрами до операції та через 1 рік після неї є статистично достовірною ( $p < 0,05$ ). Причому, така динаміка прослідковується у кожного окремого пацієнта.

### **Чрезкожная эндоскопическая дискэктомия — путь к ранней реабилитации и повышению качества жизни при грыжах межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника**

*Стегний С. А., Бублик Л. А., Мятюшин И. И.*

*НИИ травматологии и ортопедии Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького, г. Донецк, Украина. 83048. Донецк, ул. Артема, 106, т. 8-062-381-38-77, stegniy-sa@rambler.ru*

Сочетание понятия здоровья с изучением качества жизни при различных заболеваниях в медицине рассматривается как качество жизни и складывается из показателей, которые дают оценку самочувствию, ощущению полноты жизни, работоспособности.

**Цель исследования.** Изучить результаты хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника с оценкой результатов лечения, используя методику визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

**Материалы и методы.** В клинике нейрохирургии ДНИИТО произведен анализ хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника за период 2004—2006 гг.

14 пациентам проведена чрезкожная эндоскопическая дискэктомия с использованием набора «Karl Storz».

**Результаты и их обсуждение.** У всех пациентов отмечен полный регресс неврологического дефицита и болевого компонента до 0—1 баллов ВАШ. В одном случае наблюдалось обострение хронического спондилодисцита.

Эндоскопические вмешательства выполнялись под местной анестезией при постоянном речевом контакте врача с больным. Ранняя активизация пациента начиналась через 4—5 часов после операции с переводом на амбулаторное лечение на 2—3 сутки.

**Заключение.** Малоинвазивная хирургия позвоночника — новая концепция в хирургической вертебрологии, позволяющая кардинально изменить стратегию отбора, лечения и реабилитации больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника на ранних стадиях заболевания. Чрезкожная эндоскопическая дискэктомия сопровождается минимальной травматизацией мягких тканей без образования эпидуральных рубцов, пребывание в стационаре сокращено до 3—5 дней, а по сравнению с методом микродискэктомии в послеоперационном периоде болевой синдром практически отсутствует, соответствия по шкале ВАШ 0—1 баллам.

### Решение вопросов медико-социальной адаптации при травме пояснично-крестцового отдела позвоночника

Стегний С. А., Лобанов Г. В.,  
Оксимец В. М.

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького. Украина, 83048 г. Донецк, ул. Артема, 106, тел. 8-062-3813877, stegniy-sa@rambler.ru

Под качеством жизни человека в настоящее время понимают комплексную характеристику политических, социально-экономических, экологических, культурно-идеологических факторов и условий существования личности, положения человека в обществе.

**Цель исследования:** изучить результаты медико-социальной адаптации пострадавших с травмой пояснично-крестцового отдела позвоночника при лечении методом внешней фиксации в сравнении с другими методами фиксации.

**Материалы и методы.** Анализ двух групп травмированных по 25 в каждой проведен по шкале Frankel. Больным основной группы выполнена стабилизации аппаратом внешней фиксации, в контрольной группе была использована методика погружной фиксации.

**Результаты и их обсуждение.** Результаты лечения находятся в прямой зависимости от степени неврологических нарушений и характера нарушений стабильности в поврежденном позвоночно-двигательном сегменте, наличия и характера поврежденных других сегментов скелета и внутренних органов, своевременности диагностики и полноценности лечебных мероприятий, а также состояния адапционно-компенсаторных систем организма. Ранняя стабильная фиксация поврежденного сегмента в основной группе позволила активизировать пациентов в пределах постели в первые двое суток с последую-

щей ходьбой уже со 2 суток после операции. 92% пострадавших с постельного режима была переведена в активный режим в сроки до 20 дней, что позволило сократить длительность постельного режима до 11 дней. В контрольной группе 24% начали передвигаться при помощи костылей в первые 3 недели, а 54% были активизированы лишь через 30 и более дней. Малоинвазивная стабильная фиксация поврежденного сегмента вдвое сократила стационарное лечение, что составило 36,8 дней.

**Заключение.** Применение внешней фиксации поврежденных обеспечивает раннюю медико-социальную адаптацию и активизацию пациентов с достоверным улучшением социально-экономических показателей эффективности лечения поврежденных пояснично-крестцового отдела позвоночника.

### Оцінка якості життя хворих в гострий період після оперативного лікування — транспедикулярної фіксації з приводу ХСМТ

Держак В. М., Татарчук М. М.

Київська обласна клінічна лікарня, відділення нейротравматології. Головний лікар д. м. н. Анкін М. Л. Україна, 04107 м. Київ, вул. Багговутівська, 1, тел. (044) 489-12-79, e-mail: MTatarchuk@ukr.net

**Мета.** Визначити критерії якості життя хворих з ХСМТ, оперованих із застосуванням транспедикулярної системи стабілізації, оцінити ступінь та поширеність порушень рухових та чутливих функцій у відповідності з шкалою Індексів Моторики та чутливості при Травмі Спинного Мозку (Spinal Cord Injury Motor Index and Sensory Indices.)

**Матеріали та методи.** Нами проведено аналіз результатів виконаних оперативних втручань з приводу хребтно-спинномозкової травми у 37 хворих, які лікувались у відділенні нейротравматології Київської обласної клінічної лікарні. Для діагностики ХСМТ використовували стандартну рентгенографію хребта, комп'ютерну томографію та/або магніто-резонансну томографію. Для характеристики пост травматичних морфологічних змін хребта (хребців) використовували класифікацію F. Denis 1983р. За характером патології розподіл хворих був таким: 23 — компресійний перелом тіл хребців поперекового відділу хребта (L1—L5); 10 — перелом-вивих тіл хребців нижньогрудного рівня (Th11—Th12); 4 — спондилолітез попереково-крижового відділу хребта.

Операція транспедикулярної фіксації хребтового сегменту проводилась за загально прийнятою методикою стабілізації, застосовували систему транспедикулярної фіксації ХІА фірми «Stryker».

Оцінку критеріїв якості життя та динаміку відновлення рухових та чутливих функцій проводили до та після проведеного оперативного лікування, тобто в гострий період ХСМТ з використанням шкали Індексу Моторики та Чутливості при травмі спинного мозку, де рухові функції оцінувались шляхом тестування праворуч та ліворуч рухів у десяти суглобах, оцінка проводилась за 6-бальною системою. Оцінка чутливості передбачає визначення як больової, так і глибокої чутливості в кожному дерматомі

нижче рівня травми. До оперативного лікування ІМЧ склав від 71,5% до 93,5% від максимальної суми балів у досліджуваних хворих.

**Результати та їх обговорення.** Як результат проведеного лікування було визначено динаміку неврологічного статусу, щодо відновлення провідникової функції спинного мозку — відновлення чутливої та рухової активності, регрес больового синдрому. За даними розрахунку шкали Індексу Моторики та Чутливості після операції відсотковий показник збільшився і склав 81% — 98,5%.

**Висновки.** Ми вважаємо, що застосування шкали ІМЧ при травмі спинного мозку дає можливість детально оцінити в кожному індивідуальному випадку чутливу та рухову функції, дослідити динаміку, визначити результат та адекватно встановити прогностичні критерії якості життя хворих після ХСМТ та стабілізації хребтового стовбуру транспедикулярною системою XIA фірми «Stryker».

### **Застосування методу епідуральної електростимуляції спинного мозку для покращення якості життя хворих з наслідками травматичного ушкодження спинного мозку**

*Цимбалюк В.І., Ямінський Ю.Я.*

*Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова  
АМН України, Київ, 04050, вул. Мануїльського,  
32, тел. 044 483-12-53, yaminski@ukr.net*

Епідуральна електростимуляція широко застосовується в наш час для корекції різноманітних больових синдромів. Ми застосували даний метод лікування не лише для корекції болю але й для покращення рухів, чутливості та функції сечового міхура.

**Методи і матеріали.** Ми застосували метод епідуральної електростимуляції у 73 хворих з наслідками травматичного ушкодження спинного мозку. В своє дослідження ми включали хворих, оперованих лише в пізній період травматичної хвороби спинного мозку (3-и і більше місяців після травми). Хворих з ушкодженнями шийних сегментів спинного мозку було — 28 (38,3%), грудних — 16 (21,9%), поперекового потовщення спинного мозку — 29 (39,8%). Оцінку неврологічного дефіциту проводили за шкалами ASIA та Frankel. Оцінку якості життя проводили за створеною нами шкалою, що включала оцінку рухів (здатність виконувати ті чи інші вправи), болю, функції сечового міхура, наявність трофічних порушень. Максимальна кількість балів для хворих з ушкодженням шийних сегментів спинного мозку — 78, для хворих з пошкодженням грудних і поперекових сегментів — 46. За шкалою Frankel хворі розподілились таким чином: група А — 34 хворих; В — 24 хворих; С — 12 хворих; Д — 3 хворих. Операцію встановлення електродів для електростимуляції проводили в терміни від 3 місяців до 12 років після травми спинного мозку (в середньому — 2,4 роки).

**Результати.** Результати електростимуляції оцінювали в терміни від 9 до 15 місяців після хірургічних втручань. У жодного з пацієнтів не відмічено погіршення неврологічної симптоматики. В групі А результати відновлення рухів були найгіршими. У 23 (82,1%) хворих цієї групи відновлення рухів не було, у 5 (17,9%) — вони відновились лише

в незначній мірі (від 1 до 10 балів за шкалою ASIA), в середньому —  $8,2 \pm 1,1$  бала. Больові синдроми методом електростимуляції вдалось купувати 8 (72,7%) хворим з 11. Функція сечового міхура покращилась у 12 (52,1%) хворих. Покращення якості життя відмічено у 16 (69,6%) хворих групи А.

В групі В рухи з'явилися у 20 (83,3%) хворих, біль регресував у 5 (83,3%) хворих з 6, функція сечового міхура покращилась у 14 (70%) хворих. Покращення якості життя після операції в середньому на  $14 \pm 1,3$  відмічено у 21 хворого.

В групі С покращення рухів в середньому на  $19,7 \pm 2,5$  балів (за шкалою ASIA) було у всіх хворих. Також всі хворі відмітили покращення якості життя в середньому на  $28 \pm 2,8$  бали.

**Висновки.** Епідуральна електростимуляція є дієвим способом покращення якості життя у хворих з наслідками травматичного ушкодження спинного мозку.

### **Качество жизни больных, оперированных в связи с грыжей поясничного межпозвонкового диска**

*Юлдашев Р.М., Сабуренко Ю.Ф.*

*Республиканский Научный Центр  
Нейрохирургии МЗ РУз и кафедра  
нейрохирургии Ташкентской Медицинской  
Академии, 100000, г. Ташкент,  
ул. Каблукова, 5, kariev@bcc.com.uz*

Боли в спине часто оказывают влияние на качество жизни больного, во многих случаях ведут к его снижению. Цель исследования: оценить качество жизни больных с грыжей поясничных межпозвонковых дисков до и после операции.

**Материалы и методы:** на примере 562 больных было изучено, насколько хирургическое лечение улучшает состояние больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника. Материал собран в Республиканском Научном нейрохирургическом центре МЗ РУз. Все больные прошли полное обследование, оперированы и находились под диспансерным наблюдением. Качество жизни оценивалось до операции, в ранний послеоперационный период и через 6 месяцев после операции при помощи опросника RMQ (Rolland-Morris Questionnaire) и шкалы боли Denis.

**Результаты и обсуждение.** Из полученных данных выявлено, что до операции ответы на опросник составили в среднем 21 балл, уровень боли — P4. Наибольшие трудности до операции больные имели с ходьбой, поворотами в кровати и при вставании с кресла. В раннем послеоперационном периоде ответы на опросник RMQ составили 8 баллов, уровень боли — P2. Из проблем — больные должны были держаться за перила при подъеме по лестнице, имели затруднения при надевании носков. В отдаленном периоде ответы на опросник составили 3 балла. Самые большие изменения коснулись интенсивности боли, у 92% больных уровень боли — P1. Из наиболее частых проблем — больные старались избегать тяжелой домашней работы.

**Вывод:** проведенный анализ подтвердил положение, что оперативное лечение больных с остеохондрозом в значительной мере улучшает качество их жизни.