

ненний варикоз поясничного отдела позвоночника. В наших наблюдениях было 43 оперированных больных с ВЭВП. Сегментарный варикоз обнаружен у 14 больных, локальный — у 21, распространенный — у 8. Больные до операции обследованы с помощью МРТ, веноспондилографии.

**Результаты и их обсуждение.** Из 43 оперированных больных, тотальное выключение варикозных вен выполнено у всех 14 больных с сегментарным варикозом. Из 21 больного с локальным варикозом тотальное выключение выполнено у 17, субтотальное — у 4. У больных с распространенным варикозом радикальное выключение не проводилось, у всех больных выполнено частичное выключение варикозных вен. Регресс неврологической симптоматики в той или иной мере наблюдался у всех больных. Радикулярный болевой синдром регрессировал у 12 из 14 больных с сегментарным, у 18 из 19 — с локальным и у 3 из 4 — с распространенным варикозом. Сенсорные корешковые нарушения регрессировали у 6 из 10 больных с СВЭВП, у 11 из 15 — с ЛВЭВП и у одного больного с РВЭВП. Двигательные корешковые нарушения регрессировали у 6 из 11 больных с СВЭВП, у 7 из 12 больных с ЛВЭВП и у одного из 2 больных с РВЭВП.

**Заключение.** Эпидуральный варикоз является специфической нозологической формой спинальной патологии. Его диагностика и хирургическое лечение сложны, и в настоящее время только разрабатываются. Однако, при адекватной диагностике и обосновано избранной хирургической тактике, результаты лечения положительные. В наших наблюдениях после хирургического лечения в большинстве наблюдений отмечено улучшение неврологического состояния больных.

### Положительный опыт применения адресной терапии рубцово-спаечного эпидурита после дискэктомии на поясничном уровне

*Марков А.В., Духовский А.Э.*

*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Харьков, 61018, пер. Балакирева, 3-А тел. +380 57 3437377, 3431013*

Неудовлетворительные результаты оперативного лечения грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника составляют 6–50%. В основном это обусловлено развитием компрессионного рубцово-спаечного эпидурита в зоне хирургических манипуляций. В свою очередь развитие рубцово-спаечного эпидурита клинически проявляется рецидивом болевого синдрома.

**Цель** наших исследований — отразить позитивный опыт применения эпидуральных блокад у больных с рубцово-спаечным послеоперационным эпидуритом.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением за период 2001–2006 г. находилось 26 больных, оперированных ранее по поводу грыж межпозвоночных дисков с рецидивами болей в нижней части спины (послеоперационный период определялся 1год и более с момента операции).

**Результат.** В качестве адресной терапии больным проводилось эпидуральное введение (блокады) ком-

бинации препаратов (дипроспан, лидокаин, "Стадол") посредством пункции эпидурального пространства на один сегмент выше или ниже зоны предшествующей операции. У всех больных, получивших адресную терапию послеоперационного рубцово-спаечного эпидурита отмечался положительный результат. Значительно уменьшилась интенсивность болевого синдрома у 15 (60%) больных, полностью купировались боли у 11 (40%) больных.

**Выводы.** Эпидуральное введение вышеуказанной комбинации препаратов не только способ блокирования болевого синдрома, но и эффективный метод лечения рубцово-спаечного эпидурита после дискэктомии на поясничном уровне.

### Преривчаста мієлотомія як альтернатива стандартній мієлотомії в хірургії інтрамедулярних пухлин спинного мозку

*Слинько Є.І., Муравський А.В., Троян О.І., Вербов В.В.*

*Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України, м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32 тел. +380 44 4869503, e-mail: outing7@yahoo.com Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика*

**Мета** — покращити результати хірургічного лікування інтрамедулярних пухлин спинного мозку.

**Матеріали та методи.** Мієлотомія — один з важливих етапів при видаленні інтрамедулярних пухлин. Часто здійснення цієї маніпуляції потребує коагуляції великих судин, які проходять через задньосерединну лінію, сприяючи розвитку післяопераційного дефіциту, зокрема чутливих розладів. Більшість труднощів при виконанні даної процедури виникає коли важко визначити анатомічно середню лінію, у зв'язку з ростом інтрамедулярного новоутворення, та при наявності на поверхні спинного мозку нормальних судин великого розміру. Для збереження нормального кровопостачання спинного мозку та попередження розвитку чутливих порушень ми розробили техніку преривчастої мієлотомії.

В період з 2002 по 2005 рр. нами використана техніка преривчастої задньосерединної мієлотомії у 10 хворих з інтрамедулярними пухлинами спинного мозку, які характеризувались великими судинами по задній поверхні спинного мозку. У 6 випадках мали місце астроцитоми, у 4 — епендимоми. Оцінка функціональних результатів оперативного лікування проводилась на момент виписки хворих зі стаціонару.

**Результати та їх обговорення.** Після розрізу твердої мозкової оболонки проводилась ідентифікація задньої серединної лінії. Всі маніпуляції на спинному мозку виконувались під 6–10 кратним мікроскопічним збільшенням. Розсікалась арахноїдальна оболонка і разом з нею, по-можливості, ми старались змістити судини на дорзальній поверхні спинного мозку. У разі, коли нам не вдавалось змістити судину, проводили два мієлотомічні розрізи, зроблені через задню серединну лінію: один — вище, інший — нижче серединної судини. Солідна частина пухлини розташовувалась між двома надрізами і її вдавалось адекватно видалити через утворені розрізи.