

## 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