

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 клиничко-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.