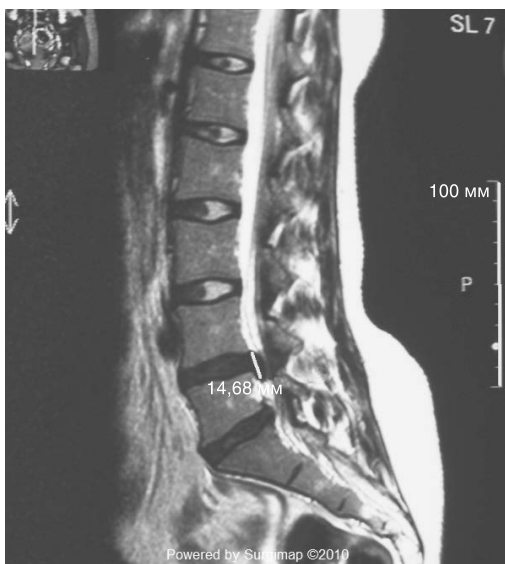


# Микрохирургическое удаление межпозвонковой грыжи (микродискэктомия) на уровне позвонков L4—L5

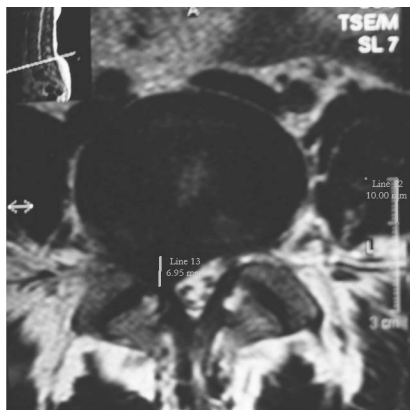
Пациентка 24 лет в течение 1,5 года страдала хроническими болями в пояснице и правой ноге. Периодически отмечала



**Рисунок С1.** МРТ поясничного отдела позвоночника, T2-взвешенное изображение, сагиттальный парамедиальный правосторонний срез. Определяются протрузия диска L5—S1 и экстррузия диска L4—L5 со смещением вниз; вертикальный размер выпячивания — 14,68 мм.

«прострелы» и резкое усиление болей в ноге. В последние месяцы перед поступлением наблюдались выраженное обострение боли, иррадирующей в правую ягодицу, наружную поверхность правого бедра и правой голени, а также парестезии в этих областях. Боли усиливались при физических нагрузках, особенно при ходьбе. При оценке неврологического статуса обнаружены парез разгибателя большого пальца правой стопы выраженностью до 4 баллов, гипестезия в дерматоме S1 справа, положительный симптом Ласега (возникновение боли при подъеме ноги до 45°). Таким образом, в ходе осмотра выявлены синдромы радикулопатии на уровне L5 и S1 справа.

На МРТ поясничного отдела позвоночника обнаружены дегенеративные изменения в двух межпозвонковых дисках — L4—L5 и L5—S1. В диске L5—S1 на T2-взвешенном изображении видна протрузия без выраженного сдавления корешка. В диске L4—L5 сформировалась подвязочная экстррузия парамедиальной и заднебоковой правосторонней локализации с сагиттальным размером до 7 мм с подвязочной миграцией секвестра вниз; вертикальный размер выпячивания достигал 14,7 мм (рис. С1, С2). Диагностированы правосторонняя радикулопатия на уровне L5 и частичная



**Рисунок С2.** МРТ поясничного отдела позвоночника, T2-взвешенное изображение, аксиальный срез на уровне середины диска L4—L5. Определяется заднебоковая правосторонняя экструзия диска L4—L5, сагиттальный размер грыжевого выпячивания — 6,95 мм. Отмечается выраженное сдавление корешка L5 справа и деформация дурального мешка.

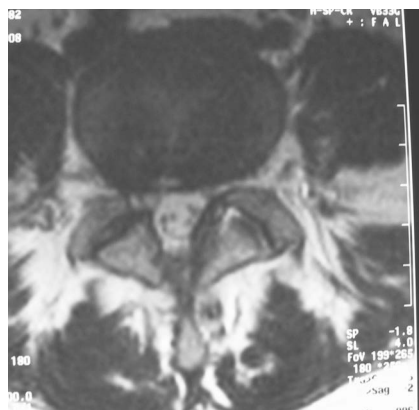


**Рисунок С3.** МРТ поясничного отдела позвоночника, T1- и T2-взвешенное изображение, правосторонний сагиттальный парамедиальный срез через год после операции. Грыжевое выпячивание полностью удалено. Соседний диск L5—S1 без отрицательной динамики.

правосторонняя радикулопатия на уровне S1 на фоне секвестрированной грыжи диска L4—L5.

Пациентке выполнили микрохирургическое удаление грыжи диска L4—L5 (микродискэктомию) с интраоперационной лазерной реконструкцией пораженного диска. Подробнее о методе лазерной реконструкции диска можно прочитать в гл. 4, а также в описании клинического случая № 9. Микродискэктомию проводили под общей анестезией с интубацией трахеи; операция заняла 65 мин. Через 2 ч после пробуждения от анестезии пациентке разрешили встать и сидеть. При выписке на третьи сутки после операции корешковые боли полностью отсутствовали.

Во время контрольного осмотра через год пациентка отмечала отличное самочувствие. Боли в ноге не беспокоили, изредка возникало чувство тяжести в пояснице в вечернее время. На контрольных



**Рисунок С4.** МРТ поясничного отдела позвоночника, T2-взвешенное изображение, аксиальный срез через середину диска L4—L5. Грыжевое выпячивание полностью удалено, устранено сдавление корешка и дурального мешка. Выраженность послеоперационного эпидурального и внутримышечного фиброза минимальна.

МРТ продемонстрирована полная декомпрессия корешка и дурального мешка; выраженность послеоперационного эпидурального и внутримышечного фиброза минимальна (рис. С3, С4).

## Обсуждение

В данном случае наблюдается типичная клиническая картина секвестрированной грыжи поясничного межпозвонкового диска. Корешковый болевой синдром длительностью 1,5 года носит хронический характер; это означает, что грыжевое выпячивание возникло более года назад и грыжевой фрагмент представляет собой плотное фиброзное образование, не склонное к лизису или уменьшению размеров. Кроме того, значительная компрессия нервных структур (правого корешка L5, дурального мешка) привела к выпадению двигательных и чувствительных функций (парез разгибателя правого большого пальца, гипестезия в дерматомах L5 и S1 справа). Секвестрация и миграция фрагмента грыжи усугубляют риск прогрессирования неврологических нарушений. В такой ситуации дальнейшее консервативное лечение мы сочли нецелесообразным и в качестве наиболее обоснованной тактики выбрали микрохирургическое удаление грыжи. Микрохирур-

гическое вмешательство позволяет удалить практически любую грыжу межпозвонкового диска, независимо от ее локализации и наличия мигрировавших грыжевых фрагментов. Воздействие на паравerteбральные мышцы при этом сводится к минимуму, поэтому уже через 1–2 сут пациента можно выписать. С первых часов после операции разрешается вертикальная нагрузка, в том числе сидячая. Через месяц можно приступать к лечебной физкультуре, в том числе к аэробным упражнениям.

Микродискэктомия уже много десятилетий служит эталонным методом лечения грыжи межпозвонкового диска. Современная микрохирургическая техника позволяет полностью восстановить трудоспособность. J. Weber et al. наблюдали за 105 спортсменами, перенесшими микродискэктомию на одном диске. Через 5 лет хороший и отличный результат лечения был отмечен в 92,4% случаев. К профессиональному спорту вернулись 91,4% участников.

## Литература

Weber J, Schunfeld C, Spring A. Sports after surgical treatment of a herniated lumbar disc: a prospective observational study. *Z Orthop Unfall* 2009; 147(5):588-92.