

При поиске ветвей верхнего ягодичного нерва ориентироваться нужно, прежде всего, на данные доплерографии, поскольку сосудистые метки являются наиболее чувствительными маркерами месторасположения нерва. При использовании сосудистых ориентиров зависимость проведения блокады нервов не будет зависеть от класса аппарата.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлов, А. Н. Алгоритм лучевой диагностики дистрофических поражений связок пояснично-крестцового отдела позвоночника при синдроме боли в нижней части спины: возможности сонографии / А. Н. Михайлов, А. М. Юрковский, И. В. Назаренко // Проблемы здоровья и экологии. — 2018. — № 4. — С. 109–114.
2. Superior and middle cluneal nerve entrapment as a cause of low back pain / T. Isu [et al.] // Neurospine. — 2018. — Vol. 15, № 1. — P. 25–32. — DOI: 10.14245/ns.1836024.012
3. Anatomic considerations for posterior iliac crest bone procurement / S. Sittitavornwong [et al.] // J Oral Maxillofac Surg. — 2013. — Vol. 71, № 10. — P. 1777–1788. — DOI: 10.1016/j.joms.2013.03.008.
4. Successful identification and assessment of the superior cluneal nerves with high-resolution sonography / G. Bodner [et al.] // Pain Physician. — 2016. — Vol. 19. — P. 197–202.
5. Anatomic study of the superior cluneal nerve and its related groove on the Iliac Crest / J. Iwanaga [et al.] // World Neurosurg. — 2019. — Vol. 125. — P. 925–928. — DOI: 10.1016/j.wneu.2019.01.210.

УДК 616.833.24-008.6-089

### ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СОЧЕТАННОЙ КОМПРЕССИИ ПОЯСНИЧНЫХ НЕРВНЫХ КОРЕШКОВ

*Юшкевич П. Е., Петрошенко А. В., Олизарович М. В.*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Одной из причин сужения сагиттального размера позвоночного канала и компрессии нервных корешков, а также радикулomedулярных артерий может быть кальцификация и формирование остеофитов дужек, суставных отростков, разрастания по задним поверхностям тел позвонков, петрификация грыж межпозвонковых дисков (МПД) или задней продольной связки [1, 2].

Локальная кальцификация с образованием выступа называется остеофитом. Остеофиты могут образоваться как снаружи позвонка вне позвоночного канала, так и внутри, что вызывает клиническую картину поражения корешков спинного мозга [1, 2].

Сочетание грыжи межпозвонкового диска (МПД) с остеофитом позвоночного канала является отягощающим фактором компрессии спинномозговых корешков и часто приводит к необходимости их хирургической декомпрессии [2, 3].

#### **Цель**

Анализ вариантов сочетания факторов компрессии на уровне поясничного отдела позвоночника и видов, выполненного у данных пациентов хирургического вмешательства.

#### **Материал и методы исследования**

Проведен анализ стационарных карт 27 пациентов, обратившихся с хирургической формой сочетанной компрессии поясничных нервных корешков к нейрохирургу Учреждения Гомельская областная клиническая больница.

Проанализированы варианты расположения грыж МПД в сочетании со стенозом и остеофитом позвоночного канала, потребовавшие декомпрессии нервного корешка, а также типы хирургических доступов, применявшихся в ходе вмешательств.

В группе с сочетанной компрессией нервных корешков грыжей МПД и остеофитом было 27 оперированных, из них 16 (59,3 %) мужчин и 11 (40,7 %) женщин. Средний возраст оперированных составил  $44 \pm 11$  года.

### Результаты исследования и их обсуждение

По результатам анализа послеоперационных диагнозов в исследуемых группах пациентов установлена частота формирования различных видов выпадения грыжи МПД.

#### Сочетание грыжи МПД и остеофита позвоночного канала

Удалялись следующие виды грыж МПД: срединная — 1 (3,7 %) случай; срединно-боковая слева — 11 (40,7 %); срединно-боковая справа — 13 (48,1 %) случаев; рецидивная грыжа справа — 1 (3,7 %) случай; рецидивная грыжа слева — 1 (3,7 %) случай.

По результатам анализа в исследуемой группе пациентов установлена частота встречаемости остеофитов позвоночного канала при поражениях различных позвоночно-двигательных сегментов поясничного отдела позвоночного канала, что представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Локализация остеофитов в сочетании с грыжей МПД

Позвоночно-двигательный сегмент	Число случаев	
	n = 27	%
L <sub>III</sub> -L <sub>IV</sub>	1	3,7
L <sub>IV</sub> -L <sub>V</sub>	7	25,9
L <sub>V</sub> -S <sub>I</sub>	18	66,7
L <sub>V</sub> -L <sub>VI</sub>	1	3,7
Всего	27	100

По данным таблицы, в группе оперированных наиболее часто сочетание остеофита с грыжей МПД наблюдалось на уровне L<sub>V</sub>-S<sub>I</sub> (18 случаев — 66,7 %), наиболее редко — на уровне L<sub>III</sub>-L<sub>IV</sub> и L<sub>V</sub>-L<sub>VI</sub> — по 1 случаю (3,7 %).

При оценке данных томографии установлены варианты локализации остеофитов в позвоночном канале поясничного отдела позвоночника, что указано в таблице 2.

Таблица 2 — Варианты локализации остеофита позвоночного канала

Локализация остеофита	Число пациентов					
	мужчины, n = 16		женщины, n = 11		всего, n = 27	
	n	%	n	%	n	%
Дуга S <sub>I</sub>	0	0	1	9.1	1	3.7
Задненижний край тела L <sub>V</sub>	7	43.8	3	27.3	10	37.0
Задний края основания крестца	4	25.0	4	38.4	8	29.6
Задненижний края тела L <sub>IV</sub>	4	25,0	1	9.1	5	18.5
Задненижний край тела L <sub>III</sub>	1	6.3	0	0	1	3.7
Задневерхнего края тела L <sub>IV</sub>	0	0	1	9.1	1	3.7
Задневерхнего края тела L <sub>V</sub>	0	0	1	9.1	1	3.7

Согласно полученным данным, у мужчин чаще наблюдался остеофит задненижнего края тела L<sub>V</sub> (7 человек — 43,8 %), а у женщин — остеофит заднего края основания крестца (4 человека — 38,4 %).

Полученные данные о видах хирургического доступа в данной группе пациентов представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Типы операций при сочетании грыжи МПД со остеофитом позвоночного канала

Вид операции	Число случаев	
	n = 27	%
Частичная гемилэминэктомия	5	18,5
Фенестрация	21	77,8
Интерламинарный доступ	1	3,7

Как свидетельствуют данные таблицы, фенестрация превалировала при операциях в случае сочетания грыжи МПД с остеофитом (21 случай — 77,8 %).

#### **Выводы**

1. В исследованной группе пациентов основным типом грыжи МПД была срединно-боковая справа (48,1 %).

2. Наиболее частым уровнем поражения был позвоночно-двигательный сегмент L<sub>v</sub>-S<sub>I</sub> (66,7 %).

3. Наиболее частой локализацией остеофита у мужчин был задненижний края тела позвонка L<sub>v</sub> (43,8 %), а у женщин — остеофит заднего края основания крестца (38,4 %).

4. Среди типов хирургического доступа фенестрация превалировала при операциях в случае сочетания грыжи МПД с остеофитом (77,8 %).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Nathan, M.* Osteophyte formation in the vertebral column: a review of the etiologic factor — Part II / M. Nathan, M. H. Pope, L. J. Grobler. — Contemporary Orthopaedics. — 1994. — № 29 (2). — P. 113–119.
2. *Берснев, В. П.* Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов / В. П. Берснев, Е. А. Давыдов, Е. Н. Кондаков. — СПб.: Специальная литература. — 1998. — 368 с.
3. Campos-Benitez, M., Keller L., Duggal N. // Spine. — 2006. — V.31. — P. 789–798.