



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EISSN 2181-2187

**4 (90) 2026**

**Сопредседатели редакционной  
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:  
М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
У.О. АБИДОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОИВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Д.Т. АШУРОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВА  
А.С. ИЛЪЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Б.Б. ХАСАНОВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
Э.Б. ХАККУЛОВ  
Г.С. ХОДЖИЕВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**4 (90)**

**2026**  
*апрель*

www.bsmi.uz  
https://newdaymedicine.com  
E: ndmuz@mail.ru  
Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2026, Accepted: 06.04.2026, Published: 10.04.2026

УДК 616.711-007.271-089-06:616-004.8-073.7.

**МЕТОДЫ ДЕГЕНЕРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И РЕЦИДИВАМИ ГРЫЖ, ВЫЯВЛЕНИЯ ОБШИРНЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ФИБРОЗА ЭПИДУРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА**

Каримов Комилжон Камолович <https://orcid.org/0009-0004-3231-4108>  
e-mail: [karimov.komiljon@bsmi.uz](mailto:karimov.komiljon@bsmi.uz)

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,  
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

✓ *Резюме*

*Причинами возникновения рецидивов болевых синдромов являются прогрессирующая дегенерация диска и рецидив грыжи, развитие эпидурального спаечного процесса в позвоночном канале с исходом в обширный фиброз эпидурального пространства, появление грыжи на смежном уровне и нестабильность позвоночно-двигательного сегмента.*

*Ключевые слова: хирургического лечения, больных с дегенеративно-дистрофическими, заболеваниями поясничного отдела позвоночника.*

**METHODS OF DEGENERATION OF PATIENTS WITH DEGENERATIVE-DYSTROPHIC DISEASES OF THE LUMBAR SPINE AND RECURRENT HERNIAS, IDENTIFICATION OF EXTENSIVE DERIVATIVES OF FIBROSIS OF THE EPIDURAL SPACE**

Karimov Komiljon Kamolovich <https://orcid.org/0009-0004-3231-4108>  
e-mail: [karimov.komiljon@bsmi.uz](mailto:karimov.komiljon@bsmi.uz)

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.  
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

✓ *Resume*

*The causes of recurrent pain syndromes are progressive disc degeneration and herniation recurrence, the development of epidural adhesions in the spinal canal with the outcome of extensive fibrosis of the epidural space, the appearance of a hernia at an adjacent level and instability of the spinal-motor segment.*

*Keywords: surgical treatment of patients with degenerative-dystrophic diseases of the lumbar spine.*

**БЕЛ УМУРТҚАСИНИНГ ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИКЛАРИ  
БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ДЕГЕНЕРАЦИЯСИ ВА ЧУРРАНИНГ ҚАЙТАЛАНИШИ,  
ЭПИДУРАЛ БЎШЛИҚНИНГ КЕНГ ФИБРОЗЛИ ҲОСИЛАЛАРИНИ АНИҚЛАШ  
УСУЛЛАРИ**

Каримов Комилжон Камолович <https://orcid.org/0009-0004-3231-4108>  
e-mail: [karimov.komiljon@bsmi.uz](mailto:karimov.komiljon@bsmi.uz)

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,  
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

✓ **Резюме**

*Такрорий озғиқ синдромларининг сабаблари прогрессив диск дегенерацияси ва чурранинг қайталаниши, эпидурал бўшлиқнинг кенг фиброзининг натижаси билан орқа мия каналида эпидурал битишмаларнинг ривожланиши, қўшни даражада чурра пайдо бўлиши ва беқарорликдир. орқа мия-мотор сегментининг хусусиятлари ёритиб берилган.*

*Калит сўзлар: бел умуртқасининг дегенератив-дистрофик касалликлари, жарроҳлик йўли билан даволаш.*

**Актуальность**

Дискэктомия остается краеугольным камнем хирургического лечения межпозвоночных грыж. По данным Национального института здравоохранения, в Соединенных Штатах Америки ежегодно проводится около 400 000 таких операций. По данным разных авторов, частота неудач составляет от 10% до 90%. Все это привело к тому, что в течение последних нескольких десятилетий врачи сосредоточили свои усилия на поиске новых малоинвазивных методик, способных снизить потенциальные осложнения. Теория дегенеративно-дистрофических поражений межпозвоночных дисков основана на научных исследованиях. Сейчас это название является наиболее распространенным, так как оно очень полно отражает патологические процессы, развивающиеся в межпозвоночном диске и окружающих его анатомических образованиях. Мультифакторное заболевание, как с наследственными компонентами, так и с приобретенными статико-динамическими, аутоиммунными, метаболическими и другими нарушениями. Остеохондроз межпозвоночных дисков - широко распространенное заболевание, которое клинически проявляется у каждого четвертого работника. В последние десятилетия наблюдается значительный рост заболеваемости, при этом у 75% пациентов в дегенеративно-дистрофический процесс вовлекается поясничный отдел позвоночника. Каждый пятый человек в мире старше 30 лет страдает от дискогенного радикулита. Поэтому вопросы диагностики и лечения хирургических и нехирургических форм остеохондроза поясничного отдела позвоночника имеют не только большое медицинское, но и социальное значение. К настоящему времени, благодаря работам большого количества отечественных и зарубежных ученых, достигнута определенная ясность в изучении этиопатогенеза остеохондроза позвоночника. Разнообразие возникающих патоморфологических и патофизиологических ситуаций определяет клинический полиморфизм заболевания. В клинической картине остеохондроза поясничного отдела позвоночника различают рефлекторный и компрессионный синдромы. Хирургическое лечение в основном требуется при компрессионных формах остеохондроза позвоночника. В основе большинства корешковых и миотонических синдромов поясничного остеохондроза лежит сдавление нервных структур, расположенных в позвоночном канале. Наиболее частой причиной таких последствий является грыжа межпозвоночного диска. Грыжа межпозвоночных дисков - наиболее тяжелая форма поясничного остеохондроза.

**Цель исследования:** Изучение методов дегенерации у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника и выявление рецидивов грыж, обширных производных фиброза эпидурального пространства.

**Объект исследования:** к нам поступали пациенты с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника с дегенерацией и рецидивом грыжи, пациенты с обширным фиброзом эпидурального пространства.

**Результат и обсуждения**

Следует уточнить некоторые анатомические особенности поясничного отдела позвоночника. Позвоночный канал на этом уровне должен быть разделен на три функционально значимых участка. 1. Центральный отдел (канал дурального мешка) ограничен спереди задней поверхностью тел позвонков и дисков, с боков ножками дуг, сзади дугами позвонков, соединенными желтыми связками и задними межпозвоноковыми суставами. 2. Корешковый канал - это пространство, где корень проходит от спинного мешка к выходу из межпозвоночного отверстия. Канал ограничен снаружи ножкой вышележащего позвонка, изнутри дуральной оболочкой, спереди телом позвонка, со стороны диска и сзади суставными массами. 3.

Межпозвоночное отверстие, место выхода корня, ограничено нижним краем ножки нижележащего позвонка и верхним суставным отростком нижележащего позвонка. Параметры позвоночного канала могут изменяться по целому ряду причин, таких как остеофития, гипертрофия опорно-двигательного аппарата, остеоартроз и артрит. Причинами сужения канала также могут быть спондилолистез и врожденный стеноз. В диагностике компрессионных и некомпрессионных форм остеохондроза поясничного отдела позвоночника немаловажное значение имеет тщательное неврологическое и ортопедическое обследование. Накопленный опыт позволяет в большинстве случаев отказаться от таких не топиически точных диагнозов, как ишиас или радикулопатия, поскольку практически всегда можно дифференцировать вовлеченные в процесс нервные корешки в результате повреждения межпозвонковых дисков. Неврологическая диагностика в таких случаях помогает установить уровень поражения диска, облегчает выбор диагностических мероприятий и часто имеет решающее значение при определении показаний к тому или иному методу лечения. При выборе оптимальной тактики хирургического лечения решающее значение имеет представление о степени сужения позвоночного канала и механизме сдавления нервных структур. В диагностике остеохондроза поясничного отдела позвоночника широко используются как контрастные, так и бесконтрастные методы исследования, с разной степенью достоверности, обладающие как положительными качествами, так и недостатками. Средняя диагностическая ценность этих методов колеблется от 50 до 89%. Обзор Спондилография - один из наиболее распространенных методов диагностики поясничного остеохондроза. Теория дегенерации межпозвонковых дисков, этиологии и патогенеза остеохондроза позвоночника была разработана на основе использования дискографии. В качестве контрастного метода дискография по-прежнему является методом выбора при обследовании пациентов с дискорадикулярными конфликтами, особенно при отсутствии возможности компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). По сути, это нуклеография, выполняемая путем введения контрастного вещества в пульпозное ядро диска. Дискограммы могут предоставить необходимую информацию о состоянии исследуемого диска, что имеет решающее значение при выборе тактики лечения. Миелография, при наличии хорошей визуализации, недостаточно наглядно показывает состояние нервных корешков. С внедрением КТ-исследования в клиническую практику стало возможным объединить два метода диагностики - компьютерную томографию и компьютерно-томографическую миелографию, что позволило улучшить визуализацию исследуемой области. С внедрением в практику компьютерной и магнитно-резонансной томографии достоверность информации возросла до 82-95%. Оба метода имеют свои преимущества и дополняют друг друга при выборе адекватного метода лечения. Соотношение грыжи с дуральным мешком, спинным мозгом и вневисочными отделами корешков, а также размер выпавших фрагментов диска определяют качественные и количественные характеристики компрессионных синдромов. Существует четыре наиболее типичные локализации грыжевых выпадений: срединная (медиальная) грыжа располагается посередине передней (вентральной) поверхности позвоночного канала, парамедианная (оггибающая) грыжа также расположена на передней поверхности позвоночного канала, но она немного смещена вправо или влево. Слева находится точка выхода экстрадуральной части корешков из твердой мозговой оболочки, а латеральная (боковая) грыжа расположена у входа в межпозвоночное отверстие, фораминальная грыжа расположена непосредственно в межпозвоночном отверстии.

Определение местоположения поперечного выпячивания межпозвонкового диска важно для определения хирургической тактики. Эти данные позволяют проводить компьютерную томографию и МРТ. Кроме того, КТ и МРТ позволяют определить точный размер грыжи и ее расположение в сагиттальной плоскости (кранио-каудальное смещение), что важно для выбора тактики лечения и его результатов. На первый взгляд, такая тактика, основанная на декомпрессии содержимого позвоночного канала путем ламинэктомии, является патогенетической, поскольку устраняется важнейший патогенетический фактор (грыжа межпозвоночного диска), и, следовательно, результат лечения всегда должен быть положительным. Однако, исходя из опыта многих исследователей, это положение верно лишь отчасти. Авторы сообщают, что только 25% пациентов выздоравливают в долгосрочной перспективе после операции ламинэктомии по поводу грыжи поясничного диска, 58,3% пациентов становятся инвалидами II и III групп, а 16,7%

пациентов вынуждены менять работу после операции. В поисках причин неудовлетворительных результатов операций по удалению грыжи межпозвоночного диска многие исследователи обратили внимание на то, что после ламинэктомии у пациентов наблюдается недостаточность задних опорных структур позвоночника, что приводит к развитию патологической подвижности в его сегментах - нестабильности. Некоторые авторы предлагают следующую схему лечения в качестве наиболее оптимальной. При операциях на одном или двух уровнях и односторонних симптомах сдавления корня может быть использована интерламинэктомия или гемиламинэктомия. При двусторонних симптомах сдавления сосудисто-нервных образований и на нескольких уровнях может быть выполнена двусторонняя гемиламинэктомия с сохранением остистых отростков и межкостной связки, иссечением гипертрофированной желтой связки, остеофитов. Рекомендуется проведение параллельной фораминотомии. В некоторых случаях может потребоваться использование стабилизирующих металлических конструкций. Иногда рекомендуется разделить операцию на два этапа. На первом этапе проводится декомпрессия наиболее пораженных корешков спинного мозга (удаление грыжи поясничного межпозвоночного диска), а также интенсивная вазоактивная и нейростимулирующая терапия. И, если улучшения и облегчения состояния пациента достигнуто не было, может быть предложен второй этап операции - более широкая декомпрессия (двусторонняя гемиламинэктомия) с созданием дополнительных резервных пространств. [1.3.5.7.9.11.13.15.16].

Дискэктомия передним доступом применяется в ряде крупных отечественных и зарубежных клиник. Метод клинически усовершенствован, разработано специальное оборудование и инструменты для минимизации времени операции и ее травматичности. Новое направление - эндопротезирование после операции по резекции диска передним доступом. В 1970-х годах появились сообщения об использовании эндопротезов для замены патологически измененного межпозвоночного диска передним и заднебоковым доступами. Для этой цели использовались керамические, углеродсодержащие и другие имплантаты, но эти разработки не получили широкого распространения из-за технической сложности, длительной реабилитации и высокой стоимости. Сторонники передней дискэктомии приводят следующие преимущества этих операций: радикальное удаление патологического очага, надежность стабилизации позвоночного сегмента, которая достигается за счет сохранения высоты сегмента артродеза и выпрямления лордоза. Во второй половине прошлого века (особенно в последние годы) наметилась тенденция к сокращению объема хирургических вмешательств при лечении корешкового синдрома. Эта тенденция была выражена в трех направлениях: химионуклеолиз и удаление межпозвоночного диска, микрохирургическая дискэктомия и чрескожная дискэктомия. Развитие фиброза межпозвоночного диска позволяет ограничить диапазон движений в оперированном спинномозговом сегменте, не исключая при этом минимального объема движений, который не приводит к локальной перегрузке соседних спинномозговых сегментов. Процесс реконструкции диска после хемонуклеолиза длительный и занимает 1,5-2 года, что может привести к развитию рецидива заболевания, который иногда требует хирургического лечения традиционными методами. Метод химической хирургии относительно прост, и результаты его применения в нашей стране и за рубежом (США) положительны в 80-93% случаев. Единственным препятствием для расширения его применения были сопутствующие осложнения - аллергические реакции и спондилодисцит. Применение химических средств для локального некроза пульпозного ядра межпозвоночного диска имеет ряд недостатков: плохо контролируемая глубина деструкции, что не исключает развития рецидива заболевания, возможность аллергических реакций и осложнений, связанных с повреждением близлежащих важных структур позвоночного канала, длительность лечения, образование фиброза. Неудовлетворенность результатами хирургических вмешательств заставляет нейрохирургов снова и снова обращаться к проблемам совершенствования хирургической техники, внедрения средств визуального контроля за полнотой и качеством оказываемой первичной хирургической помощи. Таким образом, время, проведенное пациентами в клинике после ламинэктомии и гемиламинэктомии, составило в среднем 25 дней, внедрение микрохирургической дискэктомии сократило этот период до 8 дней. Такой послеоперационный период обусловлен тем, что, по мнению авторов, пациенты должны оставаться в клинике до снятия швов, чтобы избежать немедленных послеоперационных осложнений (расхождение швов, нагноение

послеоперационной раны и т.д.). В зарубежных клиниках пациенты, прооперированные с помощью дискэктомии, выписываются на второй или третий день после операции. Микрохирургическая дискэктомия противопоказана пациентам со стенозом позвоночного канала, который вызывает неврологический дефицит, с сочетанием грыжи межпозвоночного диска и спинального арахноидита, с нестабильным спондилолистезом и с общими противопоказаниями к хирургическому лечению. Использование транслигаментного доступа и микрохирургических методик превосходит по своей эффективности классические методы, однако даже при использовании этих методик от 6,2% до 15% пациентов нуждаются в повторной операции из-за грыжи диска и недостаточной декомпрессии содержимого позвоночного канала [2.4.6.8.10.12.14.16]. Отсутствие полного визуального контроля на наиболее критических этапах декомпрессии часто приводит к грубому и длительному вытяжению дурального мешка и корешков, повреждению эпидуральных вен и неполному удалению подкожно расположенных мигрировавших секвестров.

Недавно появились сообщения о применении видеоэндоскопии во время открытой микрохирургии. Этот метод позволяет визуализировать топографо-анатомические взаимоотношения грыжи межпозвоночного диска, дурального мешка, корешков спинного мозга и их сосудов до и после дискэктомии; помогает выбрать адекватный метод удаления грыжи межпозвоночного диска, сохраняет целостность эпидуральных сосудов, оценивает полноту и качество выскабливания, а также эффективность гемостаза в полости диска во время зарождения.- Скопы. Дальнейшее развитие чрескожной нуклеотомии связано с технической модернизацией инструментария. В результате совместной работы специалистов в области биомеханики появились принципиально новые эндоскопические расширители, позволяющие раздвигать окружающие ткани, а не прорезать в них отверстие. Современные инструменты для чрескожной хирургии межпозвоночных дисков основаны на этом принципе. Анализируя собственный опыт лечения дискогенного пояснично-крестцового радикулита, выделяем следующие показания к чрескожной эндоскопической нуклеотомии: молодые люди с относительно непродолжительным анамнезом заболевания, поясничный синдром, признаки дискогенной радикулопатии с умеренным двигательным дефицитом, наличие протрузии или субпигментированной грыжи без нарушения целостности поясничного отдела позвоночника. задняя продольная связка, с размером грыжи не более 8 мм без каудального и краниального смещения.

### Заключение

К противопоказаниям относятся: острый синдром сдавления конского хвоста, тяжелые двигательные нарушения, наличие грыжи, размер которой превышает сагиттальный размер позвоночного канала, смещение грыжи каудально или краниально, сопутствующий стеноз позвоночного канала, спондилолистез, предыдущие операции на том же уровне. За последние 5 лет в сообщениях зарубежных авторов указывалось на нарушение стабильности позвоночного сегмента после микрохирургической дискэктомии и пункционной декомпрессии диска. Для устранения нестабильности после дискэктомии было предложено имплантировать в межпозвоночное пространство один или два винтовых эндопротеза. Поскольку выводы о нестабильности после микродискэктомии и пункционной декомпрессии противоречили наблюдениям большинства исследователей, эта методика не получила широкого распространения. Учитывая все вышесказанное, в настоящее время нельзя считать проблему лечения пациентов с грыжей поясничных межпозвоночных дисков решенной.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аганесов АГ, Месхи КТ, Хейло АЛ, и др. Динамическая фиксация позвоночника после микрохирургической дискэктомии. Вестн травматол и ортопед им. Н.Н. Приорова. 2008;(2):11–14.
2. Батышева ТТ, Багирь ЛВ, Кузьмина ЗВ, и др. Современные аспекты диагностики и лечения грыж межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника. Леч врач. 2006;(6):25–29.
3. Гайворонский АИ, Гайворонский ИВ. Функциональная анатомия центральной нервной системы. СПб.: СпецЛит; 2007. 256 с.

4. Давыдов ЕА, Берснев ВП, Касумов РД, и др. Обоснование целесообразности использования фиксаторов для остеосинтеза позвоночника из никелида титана. В: Проблемы нейрохирургии: научные труды. СПб.; 2000. С. 196.
5. Журавлев ЮИ, Назаренко ГИ, Рязанов ВВ, и др. Прогнозирование исходов оперативного лечения дегенеративных заболеваний поясничного отдела позвоночника. Вестн травматол и ортопед им. Н.Н. Приорова. 2008;(2):3–10.
6. Зеелигер А, Берснев ВП. Нейростимуляция у пациентов с хроническими невропатическими болями при синдроме неудачной операции на позвоночнике (мировой и собственный опыт). Журн Вопр нейрохир им. Н.Н. Бурденко. 2007;(1):153–155.
7. Кавалерский ГМ, Макиров СК, Ченский МД, и др. Тактика хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника у лиц пожилого и старческого возраста. Вестн травматол и ортопед им. Н.Н. Приорова. 2009;(2):40–46.
8. Левин ОС, Олюнин ДЮ, Голубева ЛВ. Эффективность алфлутопа при хронической вертеброгенной люмбаго по данным двойного слепого плацебо-контролируемого исследования. Фарматека. 2006;(7):114–119.
9. Мамаев ВВ, Маняхина ИВ, Мусорин ОН. Клинико-рентгено-компьютерно-томографические сопоставления при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника. Клин вести. 1997;(1):61–63.
10. Назаренко АГ. Разработка технологии объективной оценки хирургического лечения дегенеративных поражений межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника [автореферат диссертации]. М.; 2006. 22 с.
11. Олейник АД. Поясничный остеохондроз (вопросы эпидемиологии, трудоспособности, патогенеза и прогноза хирургического лечения) [автореферат диссертации]. СПб.; 2004. 44 с.
12. Певзнер КБ, Егоров ОЕ, Евзиков ГЮ, и др. Чрескожная высокочастотная деструкция дугоотростчатых суставов в лечении постдискэтомического синдрома на поясничном уровне. Хир позвоночника. 2007;(3):45–48.
13. Симонович АЕ, Гладков А, Черепанов ЕА. Биомеханические эффекты декомпрессивных и стабилизирующих операций при поясничном остеохондрозе. Хир позвоночника. 2005;(2):62–69.
14. Топтыгин СВ. Алгоритм диагностики и дифференцированного микрохирургического лечения первичных и рецидивирующих грыж поясничных межпозвонковых дисков. Хир позвоночника. 2005;(3):71–77.
15. Усиков ВД, Михайлов СА, Пташников ДА, и др. Результаты применения комбинированной фиксации сколиотической деформации позвоночника у взрослых. Травматол и ортопед России. 2010;(2):59–62.
16. Фарбер МА. Пояснично-крестцовый радикулит. Алма-Ата: Наука; 1975. 239 с.
17. Холин АВ. Современные представления о дегенеративных заболеваниях позвоночника и их лучевой диагностике: анализ литературы и собственный опыт. Травматол и ортопед России. 2009;(3):101–107.

**Поступила 20.03.2026**