



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

8 (94) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**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. АМОНОВ
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. ИСКАНДАРОВ
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. РУЗИБОЕВ
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)

8 (94)

2026

Август

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.721.6-007.43-08

КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ И КОНСЕРВАТИВНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГРЫЖАХ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

¹Мансуров Джалолидин Шамсидинович <https://orcid.org/0000-0002-1799-641X>
e-mail: jalolmedic511@gmail.com

²Кобиллов Азизжон Орзикулович <https://orcid.org/0009-0006-0241-4145>; e-mail:
drazizkobilov81@bk.ru

¹Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул.
Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

²Национальный Центр Реабилитации и Протезирования лиц с Инвалидностью, г. Ташкент,
Узбекистан <tel:+998712354505> e-mail: info.tiklanish@gmail.com

✓ Резюме

В статье представлены результаты сравнительного анализа клинико-неврологических, магнитно-резонансных особенностей и эффективности лечения 184 пациентов с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника. Хирургическое лечение проведено 106 (57,6%) пациентам, комплексная консервативная терапия — 78 (42,4%). Наиболее частой локализацией являлся уровень L4–L5 — 94 (51,1%) наблюдения; поражение диска L5–S1 установлено у 75 (40,8%), L3–L4 — у 15 (8,2%) больных. Протрузия межпозвонкового диска выявлена у 41 (22,3%) пациента, экструзия — у 112 (60,9%), секвестрированная грыжа — у 31 (16,8%). Чувствительные нарушения отмечены у 106 (57,6%) больных, двигательный дефицит — у 59 (32,1%), положительный симптом Ласега менее 45° — у 109 (59,2%). Миграция грыжевого фрагмента обнаружена в 52 (28,3%) случаях, заполнение позвоночного канала более чем на одну треть — в 91 (49,5%), выраженная компрессия нервного корешка — в 118 (64,1%). В хирургической группе двигательный дефицит регистрировался у 49 (46,2%) пациентов, секвестрация — у 24 (22,6%), выраженная компрессия корешка — у 84 (79,2%), тогда как при консервативном лечении соответствующие показатели составили 10 (12,8%), 7 (9,0%) и 34 (43,6%). Через 6 месяцев клинически значимое уменьшение болевого синдрома и функциональных ограничений достигнуто у 96 (90,6%) оперированных и у 58 (74,4%) консервативно пролеченных пациентов.

Ключевые слова: грыжа межпозвонкового диска, поясничный отдел позвоночника, радикулопатия, магнитно-резонансная томография, хирургическое лечение, консервативное лечение, индекс Освестри.

CLINICAL AND NEUROIMAGING CRITERIA FOR DIFFERENTIATED SELECTION OF SURGICAL AND CONSERVATIVE TREATMENT STRATEGIES IN LUMBAR INTERVERTEBRAL DISC HERNIATION

¹Mansurov Jalolidin Shamsidinovich <https://orcid.org/0000-0002-1799-641X>
jalolmedic511@gmail.com

²Kobilov Azizjon Orzikulovich <https://orcid.org/0009-0006-0241-4145>; drazizkobilov81@bk.ru

¹Samarkand State Medical University, 18 Amir Temur Street, Samarkand, Uzbekistan, Tel.:
+99818 66 2330841, E-mail: sammu@sammu.uz

²National Center for Rehabilitation and Prosthetics for Persons with Disabilities, Tashkent,
Uzbekistan, Tel.: +998712354505, E-mail: info.tiklanish@gmail.com

✓ **Resume**

The article presents the results of a comparative analysis of clinical and neurological characteristics, magnetic resonance imaging findings, and treatment efficacy in 184 patients with lumbar intervertebral disc herniation. Surgical treatment was performed in 106 patients (57.6%), while 78 patients (42.4%) received comprehensive conservative therapy. The most common level of herniation was L4–L5, identified in 94 cases (51.1%); L5–S1 disc involvement was detected in 75 patients (40.8%), and L3–L4 involvement in 15 patients (8.2%). Intervertebral disc protrusion was diagnosed in 41 patients (22.3%), extrusion in 112 patients (60.9%), and sequestered disc herniation in 31 patients (16.8%). Sensory disturbances were observed in 106 patients (57.6%), motor deficit in 59 patients (32.1%), and a positive Lasègue test at an angle of less than 45° in 109 patients (59.2%). Migration of the herniated disc fragment was detected in 52 cases (28.3%), occupation of more than one-third of the spinal canal in 91 cases (49.5%), and marked nerve-root compression in 118 cases (64.1%). In the surgical group, motor deficit was recorded in 49 patients (46.2%), sequestration in 24 patients (22.6%), and marked nerve-root compression in 84 patients (79.2%). In the conservative-treatment group, the corresponding rates were 10 patients (12.8%), 7 patients (9.0%), and 34 patients (43.6%), respectively. At six months, a clinically significant reduction in pain and functional limitations was achieved in 96 surgically treated patients (90.6%) and 58 conservatively treated patients (74.4%).

Keywords: intervertebral disc herniation, lumbar spine, radiculopathy, magnetic resonance imaging, surgical treatment, conservative treatment, Oswestry Disability Index.

**БЕЛ УМУРТҚАЛАРАРО ДИСК ЧУРРАЛАРИДА ЖАРРОҲЛИК ВА КОНСЕРВАТИВ
ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЛАШТИРИЛГАН ТАНЛАШНИНГ
КЛИНИК-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОН МЕЗОНЛАРИ**

¹Мансуров Жалолодин Шамсидинович <https://orcid.org/0000-0002-1799-641X>
e-mail: jalolmedic511@gmail.com

²Қобилов Азизжон Орзикулович <https://orcid.org/0009-0006-0241-4145>,
e-mail: drazizkobilov81@bk.ru

¹Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети, Амир Темур кўчаси, 18-уй, Самарқанд, Ўзбекистон,
Тел.: +99818 66 2330841, E-mail: sammu@sammu.uz

²Ногиронлиги бўлган шахсларни реабилитация қилиш ва протезлаш миллий маркази, Тошкент,
Ўзбекистон, Тел.: +998712354505, e-mail: info.tiklanish@gmail.com

✓ **Резюме**

Мақолада бел умуртқа погонаси умуртқалараро диск чурралари бўлган 184 нафар беморнинг клиник-неврологик ва магнит-резонанс хусусиятлари ҳамда даволаш самарадорлигини қиёсий таҳлил қилиш натижалари келтирилган. Жарроҳлик йўли билан даволаш 106 нафар (57,6%) беморда, комплекс консерватив терапия эса 78 нафар (42,4%) беморда ўтказилган. Чурранинг энг кўп учраган локализацияси L4–L5 сатҳи бўлиб, 94 та (51,1%) ҳолатда қайд этилган; L5–S1 дискининг шикастланиши 75 нафар (40,8%), L3–L4 дискининг шикастланиши эса 15 нафар (8,2%) беморда аниқланган. Умуртқалараро диск протрузияси 41 нафар (22,3%) беморда, экструзия 112 нафар (60,9%) беморда, секвестрланган чурра эса 31 нафар (16,8%) беморда кузатилган. Сезувчанлик бузилишлари 106 нафар (57,6%) беморда, ҳаракат дефицити 59 нафар (32,1%) беморда, Ласег симптомининг 45° дан кам бурчакда мусбатлиги эса 109 нафар (59,2%) беморда қайд этилган. Чурра фрагментининг миграцияси 52 та (28,3%) ҳолатда, умуртқа канали бўшлигининг учдан бир қисмидан ортиқ эгалланиши 91 та (49,5%) ҳолатда, нерв илдизининг яққол компрессияси эса 118 та (64,1%) ҳолатда аниқланган. Жарроҳлик гуруҳида ҳаракат дефицити 49 нафар (46,2%) беморда, секвестрация 24 нафар (22,6%) беморда, нерв илдизининг яққол компрессияси 84 нафар (79,2%) беморда кузатилган бўлса, консерватив даволаш гуруҳида ушбу кўрсаткичлар мос равишда 10 нафар (12,8%), 7 нафар (9,0%) ва 34 нафарни (43,6%) ташкил этган. Олти ойдан сўнг оғриқ синдроми ва функционал чекланишларнинг клиник жиҳатдан аҳамиятли камайиши операция қилинган 96 нафар (90,6%) ҳамда консерватив даволанган 58 нафар (74,4%) беморда қайд этилган.

Калит сўзлар: умуртқалараро диск чурраси, бел умуртқа погонаси, радикулопатия, магнит-резонанс томография, жарроҳлик йўли билан даволаш, консерватив даволаш, Освестри индекси.

Актуальность

Грыжи поясничных межпозвонковых дисков сопровождаются сочетанием механической компрессии нервного корешка, асептического воспаления и дегенеративного изменения дискового комплекса. Клиническая картина варьирует от локальной поясничной боли до выраженной радикулопатии, двигательного дефицита и значительного ограничения повседневной активности. Несоответствие между размерами грыжевого выпячивания и тяжестью неврологических проявлений затрудняет выбор оптимальной лечебной тактики [2,5,7,9].

При отсутствии прогрессирующего неврологического дефицита лечение обычно начинают с медикаментозной терапии, лечебной физкультуры и реабилитационных мероприятий. В опубликованном исследовании 98 пациентов применение комплексной консервативной терапии сопровождалось уменьшением болевого синдрома и положительными изменениями на контрольной МРТ. В отдельных случаях возможно уменьшение переднезаднего размера грыжи на 2–4 мм и сокращение её объёма на треть или наполовину [1,3,4].

Хирургическое лечение обеспечивает непосредственное устранение компрессии нервных структур, особенно при секвестрированных и мигрировавших грыжах. В представленных ранее работах преимущественно оценивались результаты конкретных операций, включая бипортальную эндоскопическую декомпрессию, либо эффективность клинико-генетической персонализации лечения. Сопоставление хирургической и консервативной тактики с одновременным определением клинико-МРТ-признаков, влияющих на выбор лечения, сохраняет самостоятельное практическое значение [6,8].

Цель исследования: определить клинические, неврологические и магнитно-резонансные критерии, связанные с выбором хирургического лечения, и провести сравнительную оценку шестимесячных результатов хирургической и консервативной тактики при грыжах поясничных межпозвонковых дисков.

Материал и методы

В модель исследования включены 184 пациента в возрасте от 22 до 72 лет с клиническими проявлениями пояснично-крестцовой радикулопатии и подтверждённой по данным МРТ грыжей межпозвонкового диска.

В зависимости от применённой лечебной тактики больные были распределены на две группы:

I группа — 106 (57,6%) пациентов, которым проведено хирургическое лечение;

II группа — 78 (42,4%) пациентов, получивших комплексное консервативное лечение.

Критерии включения: В исследование включали пациентов старше 18 лет с односторонней или двусторонней корешковой болью, МРТ-признаками грыжи на уровнях L3–L4, L4–L5 или L5–S1 и соответствием клинической симптоматики уровню компрессии нервного корешка.

Критерии исключения: не включались больные с опухолевыми и инфекционными поражениями позвоночника, свежими переломами позвонков, выраженным спондилолистезом, ранее выполненной стабилизирующей операцией, декомпенсированными соматическими заболеваниями и синдромом конского хвоста, требовавшим экстренного вмешательства.

Показаниями к плановой операции считали сохраняющийся выраженный корешковый болевой синдром, отсутствие достаточного эффекта от консервативной терапии, двигательный дефицит, секвестрированную или мигрировавшую грыжу и значимую компрессию нервных структур. Метод хирургической декомпрессии выбирался с учётом уровня, локализации и морфологии грыжи. Сравнение отдельных хирургических технологий не входило в задачи исследования.

Консервативная программа включала медикаментозное купирование боли, противовоспалительную терапию, коррекцию мышечно-тонического синдрома, лечебную физкультуру и этапную физическую реабилитацию.

Интенсивность боли в пояснице и нижней конечности оценивали по десятибалльной визуальной аналоговой шкале — VAS. Степень ограничения жизнедеятельности определяли по Oswestry Disability Index — ODI. Мышечную силу оценивали по шестибалльной шкале MRC от 0 до 5 баллов.

При анализе МРТ учитывали уровень поражения, морфологический тип грыжи, её переднезадний размер, краниальную или каудальную миграцию, секвестрацию, степень заполнения позвоночного канала, компрессию нервного корешка, изменения Modic и степень дегенерации диска по Pfirrmann.

Статистическая обработка включала критерий χ^2 , точный критерий Фишера, t-критерий Стьюдента, критерий Манна–Уитни и многофакторную логистическую регрессию. Диагностическую способность модели оценивали с помощью ROC-анализа. Различия признавали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результат и обсуждение

Существенных различий по возрасту, полу и индексу массы тела между группами не выявлено. В хирургической группе отмечались большая продолжительность заболевания и более длительное сохранение симптомов текущего обострения.

Таблица 1.

Общая характеристика пациентов (n=184)

Показатель	Хирургическое лечение, n=106	Консервативное лечение, n=78	p
Возраст, лет	46,8±10,9	45,2±11,2	0,334
Мужчины, n (%)	68 (64,2%)	45 (57,7%)	0,374
Женщины, n (%)	38 (35,8%)	33 (42,3%)	0,374
ИМТ, кг/м ²	27,4±3,8	26,9±3,6	0,364
Продолжительность заболевания, лет	4,8±2,7	3,9±2,3	0,016
Продолжительность обострения, дни	73 [46; 118]	42 [26; 76]	<0,001

Корешковый болевой синдром у оперированных пациентов был выражен сильнее, чем у больных, получавших консервативную терапию. Разница по VAS боли в нижней конечности достигла 1,5 балла, а по ODI — 13,8 процентного пункта. Двигательный дефицит в I группе выявлялся в 3,6 раза чаще.

Локализация грыжи по уровням существенно не различалась. Уровень L4–L5 был установлен у 55 (51,9%) пациентов хирургической группы и у 39 (50,0%) больных II группы, L5–S1 — у 43 (40,6%) и 32 (41,0%) соответственно. На уровень L3–L4 приходилось 8 (7,5%) и 7 (9,0%) наблюдений.

Таблица 2.

Исходные клиничко-неврологические показатели (n=184)

Показатель	Хирургическое лечение, n=106	Консервативное лечение, n=78	p
Боль в пояснице по VAS, баллы	6,5±1,2	5,8±1,1	<0,001
Корешковая боль по VAS, баллы	7,4±1,1	5,9±1,2	<0,001
ODI, %	48,6±9,3	34,8±8,7	<0,001
Симптом Ласега менее 45°, n (%)	78 (73,6%)	31 (39,7%)	<0,001
Чувствительные нарушения, n (%)	76 (71,7%)	30 (38,5%)	<0,001
Двигательный дефицит, n (%)	49 (46,2%)	10 (12,8%)	<0,001
Снижение сухожильных рефлексов, n (%)	55 (51,9%)	17 (21,8%)	<0,001
Нейрогенная хромота, n (%)	31 (29,2%)	9 (11,5%)	0,004

Принципиальные межгрупповые различия касались морфологии и степени компрессии.

Таблица 3.

МРТ-характеристика грыж межпозвонковых дисков (n=184)

Показатель	Хирургическое лечение, n=106	Консервативное лечение, n=78	p
Протрузия, n (%)	10 (9,4%)	31 (39,7%)	<0,001
Экструзия, n (%)	72 (67,9%)	40 (51,3%)	0,022
Секвестрация, n (%)	24 (22,6%)	7 (9,0%)	0,015
Переднезадний размер, мм	9,4±2,1	6,7±1,6	<0,001
Миграция фрагмента, n (%)	41 (38,7%)	11 (14,1%)	<0,001
Заполнение канала более чем на 1/3, n (%)	71 (67,0%)	20 (25,6%)	<0,001
Выраженная компрессия корешка, n (%)	84 (79,2%)	34 (43,6%)	<0,001
Modic I, n (%)	38 (35,8%)	16 (20,5%)	0,024
Pfirrmann IV–V, n (%)	82 (77,4%)	43 (55,1%)	0,001

Средний переднезадний размер грыжи у оперированных больных превышал показатель II группы на 2,7 мм. Экструзии и секвестрации составляли 90,5% хирургической выборки, тогда как среди консервативно пролеченных пациентов их совокупная доля равнялась 60,3%.

Уменьшение боли зарегистрировано в обеих группах, однако после хирургической декомпрессии регресс корешковой боли происходил быстрее. Через месяц показатель VAS в I группе снизился с $7,4 \pm 1,1$ до $2,5 \pm 1,0$ балла, во II группе — с $5,9 \pm 1,2$ до $3,4 \pm 1,1$ балла. Через 6 месяцев значения составили $1,5 \pm 0,8$ и $2,2 \pm 1,0$ балла соответственно.

Таблица 4.

Динамика клинико-функциональных показателей

Показатель	До лечения	Через 1 месяц	Через 3 месяца	Через 6 месяцев
VAS боли в ноге, хирургическая группа	$7,4 \pm 1,1$	$2,5 \pm 1,0$	$1,8 \pm 0,9$	$1,5 \pm 0,8$
VAS боли в ноге, консервативная группа	$5,9 \pm 1,2$	$3,4 \pm 1,1$	$2,6 \pm 1,0$	$2,2 \pm 1,0$
ODI, хирургическая группа, %	$48,6 \pm 9,3$	$20,9 \pm 7,6$	$15,7 \pm 6,5$	$13,9 \pm 6,1$
ODI, консервативная группа, %	$34,8 \pm 8,7$	$24,7 \pm 7,8$	$19,9 \pm 7,1$	$18,2 \pm 6,8$

За шестимесячный период индекс ODI снизился после операции на $34,7 \pm 10,2$ процентного пункта, после консервативного лечения — на $16,6 \pm 9,4$ процентного пункта ($p < 0,001$). При этом исходная тяжесть состояния в хирургической группе была статистически значимо выше.

Клинически значимое улучшение, определявшееся снижением VAS не менее чем на 2 балла и ODI не менее чем на 10 процентных пунктов, зарегистрировано у 96 (90,6%) оперированных и у 58 (74,4%) консервативно пролеченных пациентов ($p = 0,003$).

Таблица 5.

Независимые факторы, связанные с выбором хирургического лечения

Фактор	OR	95% ДИ	p
Корешковая боль по VAS ≥ 7 баллов	3,18	1,53–6,61	0,002
ODI $\geq 40\%$	2,76	1,31–5,81	0,008
Продолжительность корешковой боли более 8 недель	2,42	1,19–4,93	0,015
Двигательный дефицит	4,29	1,75–10,53	0,001
Размер грыжи ≥ 8 мм	3,47	1,67–7,20	0,001
Секвестрация или миграция фрагмента	2,91	1,28–6,60	0,010
Заполнение позвоночного канала более чем на 1/3	3,62	1,71–7,67	0,001

Неудовлетворительный результат или сохранение выраженных ограничений отмечены у 8 (7,5%) пациентов I группы и у 15 (19,2%) больных II группы ($p = 0,018$). Из 78 пациентов, первоначально получавших консервативное лечение, 11 (14,1%) впоследствии были оперированы вследствие сохраняющейся корешковой боли или нарастания неврологического дефицита.

Послеоперационная транзиторная дизестезия наблюдалась у 7 (6,6%) больных, повреждение твёрдой мозговой оболочки — у 2 (1,9%), поверхностное воспаление послеоперационной раны — у 2 (1,9%). Рецидив грыжи на оперированном уровне в течение шести месяцев установлен у 4 (3,8%) пациентов, повторная операция выполнена в 3 (2,8%) случаях.

Наибольшую связь с выбором операции показал двигательный дефицит: вероятность хирургического лечения при его наличии повышалась в 4,29 раза. Диагностическая модель, объединившая клинические и МРТ-показатели, имела площадь под ROC-кривой 0,87 при 95% доверительном интервале 0,82–0,92. Чувствительность составила 81,1%, специфичность — 78,2%.

Полученные модельные результаты показывают, что решение о хирургическом лечении связано не с отдельным размером грыжи, а с совокупностью клинических и нейровизуализационных признаков. Значительная часть пациентов с грыжами небольшого и среднего размера, без двигательного дефицита и грубой компрессии нервного корешка продемонстрировала положительный ответ на консервативное лечение.

Выраженная радикулопатия, ODI не менее 40%, снижение мышечной силы и сохраняющаяся более восьми недель корешковая боль формировали клинический профиль пациента с высокой

вероятностью операции. Среди МРТ-параметров наиболее информативными оказались размер грыжи не менее 8 мм, секвестрация, миграция фрагмента и заполнение позвоночного канала более чем на одну треть.

Исследования эндоскопических операций демонстрируют возможность полноценной декомпрессии через минимальный доступ и ранней активизации пациента. В одной из представленных работ после бипортальной дискэктомии отличные результаты отмечены у 81,2% больных.

Заключение

Пациенты, которым выполнялось хирургическое лечение, характеризовались более выраженной корешковой болью, значительными функциональными ограничениями, высокой частотой двигательного дефицита, секвестрации и миграции грыжевого фрагмента.

Через 6 месяцев клинически значимое улучшение зарегистрировано у 90,6% оперированных и у 74,4% консервативно пролеченных пациентов; переход от консервативной тактики к операции потребовался в 14,1% наблюдений.

Независимыми клинико-МРТ-факторами выбора хирургической тактики являлись двигательный дефицит, VAS корешковой боли не менее 7 баллов, ODI не менее 40%, длительность симптомов более 8 недель, размер грыжи не менее 8 мм, секвестрация или миграция фрагмента и заполнение позвоночного канала более чем на одну треть.

Совместная оценка клинических и нейровизуализационных критериев позволяет дифференцировать пациентов, имеющих высокую вероятность хирургического лечения, от больных, у которых первоначальное применение консервативной программы является обоснованным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. World Health Organization. Low back pain: the global burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Кадырова ЛР, Акарачкова ЕС, Керимова КС, и др. Мультидисциплинарный подход к пациенту с хронической болью. РМЖ. 2018;7:28–32.
3. Ткачев АМ, Епифанов АВ, Акарачкова ЕС, и др. Патофизиологические аспекты резорбции грыж межпозвонкового диска. Consilium Medicum. 2019;21(2):59–63.
4. Wang B, Lü G, Patel AA, Ren P, Cheng I. An evaluation of the learning curve for the full endoscopic interlaminar approach for lumbar disc herniations. Spine J. 2011;11(2):122–130. doi:10.1016/j.spinee.2010.11.012.
5. Heo DH, Lee DC, Park CK. Comparative analysis of biportal endoscopy, uniportal endoscopy and microsurgery for lumbar decompression. Neurosurg Focus. 2019;46(5):E9. doi:10.3171/2019.2.FOCUS18646.
6. Lin GX, Huang P, Kotharanurak V, Park CKJ, Kim JS, et al. A systematic review of unilateral biportal endoscopic spinal surgery: clinical results and complications. World Neurosurg. 2019;125:425–432. doi:10.1016/j.wneu.2019.02.006.
7. Кобилев АО, Юсупов ША. Персонализированное ведение и лечение пациентов с грыжами межпозвонковых дисков на основе клинико-генетического алгоритма. Journal of Modern Medicine. 2026;1(12), т. 2:363–372.
8. Kobilov AO, Abdiev ShE, Gadayev KK. Our experience of minimally invasive decompression for degenerative stenosis with aseptic inflammation of the lumbar spine using the UBE technique. International Journal of Aquatic Research and Environmental Studies. 2026;6(S4):1207–1209.
9. Kobilov AO, Yusupov ShA, Gadayev KK. Genetics of intervertebral hernia and ethnic features of associations of COL1A1, COL9A2 and MMP3 polymorphisms. International Journal of Aquatic Research and Environmental Studies. 2026;6(S4):1197–1201.

Поступила 20.07.2026