

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕЦИДИВІВ ГРИЖ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Хижняк М.В., Красиленко О.П.*, Новакович К.С.

Відділення малоінвазивної та лазерної спінальної нейрохірургії з рентген-операційною,
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», Київ, Україна
ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України», Київ, Україна*

Clinical and Morphological Features of Recurrences Intervertebral Disc Herniations of Lumbar Spine

M.V. Khyzhnyak, O.P. Krasylenko*, K.S. Novakovich

Department of Minimally Invasive and Laser Spinal Neurosurgery with X-ray Operating,
Institute of Neurosurgery named by acad. A.P. Romodanov NAMS of Ukraine, Kiev
Institute of Nuclear Medicine and Diagnostic Radiology NAMS of Ukraine, Kiev*

Received: September 14, 2013

Accepted: September 24, 2013

Адреса для кореспонденції:

Відділення малоінвазивної та лазерної спінальної нейрохірургії
Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України
вул. Платона Майбороди, 32, Київ, 04050
тел.: +38-067-497-00-08
e-mail: katerinanovakovich@gmail.com

Summary

We describe the features of the clinical course of recurrence of hernias of lumbar intervertebral discs, depending on the absence or presence of concomitant unstable spinal-motor segment or spinal stenosis on the operated levels. The clinical course is an important element that determines the amount of preoperative examination and especially surgical treatment in these patients

We have analyzed the results of 229 patients after surgical treatment of recurrence disc herniation. 196 patients had isolated recurrence disc herniation. 22 patients had concomitant instability of spinal-motor segment with recurrence disc herniation. 11 patients had concomitant spinal stenosis with recurrence disc herniation.

Key words: lumbar spine, herniated disc, recurrence, instability, stenosis, neurocompressive syndrome, microdiscectomy.

Вступ

Рецидив грижі міжхребцевих дисків (РГ) розглядається як результат дефекту хірургічної техніки — не усунений фактор компресії, або як нове явище, що виникає повторно після певного періоду ремісії.

При дегенеративних процесах, які закономірно прогресують із часом, поступово порушується біомеханіка хребтово-рухового сегмента, відбувається перерозподіл статичного навантаження, що зумовлює ураження не тільки міжхребцевих дисків, а й інших елементів хребцево-рухового сегменту [4,5]. Повторне утворення грижі міжхребцевого диска, стенозування хребтового каналу і нестабільність хребтово-рухового сегмента — патогенетично тісно пов'язані між собою процеси, які можуть розвиватися після хірургічного лікування і спостерігатися у різних комбінаціях.

Детальне вивчення неврологічної симптоматики у хворих після мікродиссектомії та проведення відповідної кореляції морфологічних і клінічних змін [9] дає можливість оптимізувати тактику повторного хірургічного лікування.

Аналіз наукових джерел [10-13] свідчить про недостатнє висвітлення даної проблеми, що і обумовлює актуальність дослідження.

Мета дослідження: встановити особливості клінічного перебігу рецидивів гриж міжхребцевих дисків

в залежності від морфо-функціональних змін на рівні оперованого хребтово-рухового сегменту.

Матеріали та методи

У 229 хворих проаналізовано перебіг вертеброгенних нейрокомпресійних синдромів, які виникли після мікродискектомії у поперековому відділі хребта і обумовили необхідність реоперації. Вік хворих — від 25 до 65 років (середній — 47+1,5 років). 56% склали особи чоловічої статі (n=130), 44% — жіночої (n=99). Термін між першою і повторною операціями складав 3 періоди: ранній (до 3 місяців), проміжний (від 3 місяців до 1 року) та пізній (після 1 року).

В залежності від неврологічної симптоматики були сформовані 3 клінічні групи хворих, яким в подальшому були проведені відповідні додаткові методи обстеження, з метою оптимізації тактики хірургічного лікування. Таким чином, із 229 хворих з нейрокомпресійною симптоматикою ізольований рецидив грижі міжхребцевого диску (ІРГ) мав місце у 196 спостереженнях, рецидив грижі міжхребцевого диску у поєднанні зі стенозом хребтового каналу (РГ+С) був присутній у 11 пацієнтів, рецидив грижі міжхребцевого диску ускладнений нестабільністю хребцево-рухового сегменту (РГ+Н) спостерігався у 22 хворих.

Результати

Клініко-неврологічні прояви ІРГ аналогічні при грижах, що виникли первинно. Неврологічна симптоматика залежала від розмірів та спрямованості грижі міжхребцевого диску [6]. Найбільш виражені люмбалгічний синдром і стато-динамічні порушення хребта відмічені при центральних та форамінальних грижах. Нейрокомпресійна симптоматика переважно обмежувалась одним корінцем при невеликих (7-8 мм) грижах центрального (65 хворих — 33,2%), параме-

диального (36 хворих — 18,4%) та задньо-бокового (75 хворих — 38,3%) розташування. При форамінальних грижах (15 хворих — 7,6%) компресія відповідного корінця супроводжувалась значно вираженим больовим синдромом. Необхідно відзначити: чим більш латерально у форамінальному отворі компресувався корінець, тим дистальніше концентрувалися біль та чутливі розлади у відповідному дерматомі [1,6,7]

Значно рідше (5 хворих — 2,5%) центральні, парамедіальні та задньо-бокові грижі мали великі розміри (8-10 мм) і формували компресію одночасно декількох корінців та супутніх їм судин. Великі центральні грижі супроводжувались двобічною симптоматикою, нерідко з ознаками компресії всіх корінців кінського хвоста. Кореляція клінічних та морфологічних ознак ізольованого рецидиву грижі міжхребцевого диску представлена у таблиці 1.

Другу групу склали хворі, у яких рецидив грижі міжхребцевого диску супроводжувався вираженим стенозом хребтового каналу (РГ+С). Супутній стеноз хребтового каналу у даній категорії хворих був обумовлений лігаментозом (3 хворих — 27,2%), артрогенними та остеофітозними змінами (5 хворих — 45,5% та 3 хворих — 27,2%, відповідно, що спостерігали переважно у віддаленому періоді); наявністю епідурального спайкового фіброзу (що було характерним для проміжного та віддаленого післяопераційних періодів).

Необхідно відзначити, що навіть невеликих розмірів рецидив грижі міжхребцевого диску в умовах звуженого хребтового каналу може бути пусковим чинником клінічної маніфестації поперекового стенозу [8]. Вона проявлялась судинною корінцевою або корінцево-спінальною симптоматикою.

У таких хворих разом із типовими ознаками радикулярної компресії при зборі анамнезу та проведенні стоп-тесту *Dyck* [4,5] спостерігались елементи нейро-

Таблиця 1. Клініко-морфологічна характеристика ізольованих рецидивів гриж міжхребцевих дисків

Морфологічні ознаки		Нейрокомпресійні синдроми					
		полірадикулярний		монорадикулярний			
розміри	локалізація	n	%	n	%	n	%
Невеликі n=191	центральна	65	34,03	46	70,7	19	29,3
	парамедіанна	36	18,84	20	55,5	16	44,4
	задньо-бокова	75	39,26	0	0	75	100
	форамінальна	15	7,8	0	0	15	100
Великі n=5	центральна	3	60	3	100	0	0
	парамедіанна	1	20	1	100	0	0
	задньо-бокова	1	20	1	100	0	0
	форамінальна	0	0	0	0	0	0

Таблиця 2. Клініко-морфологічна характеристика групи хворих (РГ+С)

Морфологічні ознаки		Клінічні ознаки					
		полірадикулярний синдром		монорадикулярний синдром		нейрогенна клаудикація	
продовгованість стенозування	зона стенозування	n	%	n	%	n	%
		моно-сегментарне	латеральна*	0	0	1	9,1
центральна	0		0	0	0	0	0
комбіноване ураження†	2		18,2	0	0	2	18,2
полі-сегментарне	латеральна*	1	9,1	0	0	2	18,2
	центральна	2	18,2	0	0	0	0
	комбіноване ураження†	5	45,4	0	0	7	63,6

Примітка:

* — в тому числі стеноз корінцевого каналу;

† — стеноз одночасно центральної та латеральної зон.

Таблиця 3. Структура нейрокомпресійної симптоматики в групі хворих (РГ+Н)

Нейрокомпресійні синдроми	n	%
полірадикулярний	18	81,8
монорадикулярний	4	18,2

генної переміжної кульгавості. Радикологенна клаудикація (6 хворих — 54,5%) виявлялась при супутньому стенозі корінцевого каналу; каудогенна (4 хворих — 36,4%) та мієлогенна (1 хворий — 9,1%) — переважно при стенозі центральної зони хребтового каналу або комбінованому стенозі (у центральній та латеральних зонах). Під час ходьби спостерігалось посилення болю і чутливих порушень в одному чи декількох дерматомах, поява чи поглиблення парезів відповідних міотомів (при радикологенній та каудогенній клаудикації), або ж безбольові чутливі та рухові порушення за сегментарним та провідниковим типами (при мієлогенній клаудикації). Вказані неврологічні зміни частково регресували не тільки у спокої, при знятті аксіального навантаження на хребет, але інколи й при продовженні ходьби у положенні зі флексією тулуба.

Слід також відмітити, що у групі РГ+С рідше спостерігали монорадикулярний синдром (3 хворих — 27,3%) зі стенозом корінцевого каналу і частіше — полірадикулярну симптоматику (8 хворих — 72,7%) зі стенозом центральної зони хребтового каналу або з комбінованим стенозом каналу, таблиця 2.

Третю групу склали хворі, у яких рецидив грижі міжхребцевого диску супроводжувався нестабільністю хребтово-рухового сегменту (РГ+Н). Нестабільність оперованого хребтово-рухового сегменту вносить додаткові симптоми у клінічну картину рецидиву грижі міжхребцевого диску. У цій групі хворих відмічали значну люмбалгію (19 хворих — 86,4%), що найбільше турбувала пацієнтів у моменти зміни положення корпусу (підйом з ліжка, вкладання, нахили). Оскільки при нестабільному спонділолітезі змінюється конфігурація міжхребцевих отворів з обох боків, і нерідко спостерігається динамічний стеноз хребтового каналу [5], найчастіше (у 18 хворих — 81,8%) виявляли двобічну полірадикулярну симптоматику: вагому — на боці грижового вип'ячування, та нестійку і неістотну — на протилежній стороні (таблиця 3).

Узагальнюючи отримані нами клінічні дані, значимо, що повторне виникнення монорадикулярного синдрому у хворих, після проведенної мікродискектомії зачасту свідчить про наявність ізольованого рецидиву грижі міжхребцевого диску. В такій ситуації достатньо проведення МРТ-дослідження [2,3]. При наявності у хворих полірадикулярної симптоматики необхідно проводити диференціальну діагностику між рецидивом грижі міжхребцевого диску великих розмірів центральної

або парамедіанної локалізації чи комбінації грижі міжхребцевого диску зі стенозом хребтового каналу або з сегментарною нестабільністю на рівні оперованого попереково-рухового сегменту. У таких хворих, окрім МРТ, необхідно проведення МСКТ та спонділографії з функціональними пробами поперекового відділу хребта.

Висновки

Детальна оцінка клініко-неврологічної симптоматики у хворих в різні терміни після проведенної мікродискектомії дає можливість оптимізувати алгоритм інструментального обстеження. Встановлення супутніх змін на рівні оперованого хребтово-рухового сегменту має важливе значення для розробки диференційованої тактики хірургічної тактики у хворих з рецидивами гриж міжхребцевих дисків.

Література

1. Бразис П.Х. та ін. (2009) Топічна діагностика у клінічній неврології (Москва). «Медпрессінформ». 736 с.
2. Кравцова А.К. (1994) Магнітно-резонансна томографія в діагностиці вертеброневрологічних захворювань. Дис. канд. мед. Наук. (Москва). 165 с.
3. Коновалов А.Н. (1997) Магнітно-резонансна томографія в нейрохірургії. (Москва). «Видар». 472 с.
4. Осна А.И. (1973) Патогенетические основы клинических проявлений остеохондроза позвоночника. (Новокузнецк). 1: 7
5. Осна А.И. (1976) Ортопедические проявления остеохондроза позвоночника и их лечение. Труды III Всесоюзного съезда травматологов-ортопедов. (Москва). «ЦИТО». с. 228
6. Продан А.И., Радченко В.А., Корж Н.А. (2007) Дегенеративные заболевания позвоночника. Семиотика. Классификация. Диагностика. (Харьков). «Контраст». Том 1. 272 с.
7. Продан А.И. (2008) Диагностика поясничного спинального стеноза Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Пирогова. 3: 77-80
8. Продан А.И. (1994) Стеноз поясничного отдела позвоночника. Дис. доктора мед. наук. (Харьков). 421 с.
9. Соков Е.Л., Корнилова Л.Е., Аль-Замиль М.Х., Филимонов В.А., Ноздрюхина Н.В. (2008) Клинико-морфологические корреляции при неврологических проявлениях остеохондроза. Метод. рекомендации кафедры нервных болезней и нейрохирургии РУДН. (Москва). 24 с.
10. Ross J.S. (1998) Epidural fibrosis and recurrent disk herniation in the lumbar spine: MR imaging assessment. 150; 4: 23-32
11. Onesti S.T. (2004) Failed back syndrome. Neurologist. 10; 5: 259-264
12. Sotiropoulos S., Chafetz N.I., Lang P. (1989) Differentiation between postoperative scar and recurrent disc herniation: prospective comparison of MR, KT, and contrast enhanced CT. AJNR. 10: 639-643
13. Wong C.V., Chen W.J. et al. (2002) Clinical outcomes of revision lumbar spinal surgery: 124 patients with a minimum of two years of follow-up. Chang. Gung. Med. J. 25; 3: 175-182