

УДК 616.711 – 089.166/.168.1 -06

© М. В. ХИЖНЯК, К. С. НОВАКОВИЧ

Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України

Хірургічне лікування рецидивів гриж міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта із застосуванням різних систем фіксації ПРС

M. V. KHYZHNYAK, K. S. NOVAKOVCYCH

Institute of Neurosurgery by acad. A. P. Romodanov of NAMS of Ukraine

SURGICAL TREATMENT OF RECURRENCE DISK HERNIATION OF LUMBAR ZONE USING VARIETY FIXATION SYSTEMS OF LMS

У статті висвітлено результати хірургічного лікування 32 пацієнтів, у яких після виникнення рецидиву грижі було проведено оперативне втручання – мікродискектомія та встановлення стабілізуючих систем фіксації. Пацієнти поділені на 2 групи. 1-ша група: пацієнти, які перенесли один рецидив і яким проведено встановлення міжкостистих систем фіксації, 2-га група: оперовані 2 та більше разів – проведено встановлення транспедикулярної системи фіксації. У пацієнтів обох груп спостерігали добрі результати: регрес болю, регрес неврологічної симптоматики, відсутність рецидивів.

The article summarizes the results of surgical treatment on 32 patients, who had a recurrence disk herniation and underwent treatment using microdiscectomy and fixation systems. The patients were divided into 2 groups. Group 1: patients with 1 recurrence disk herniations and has an interspinous fixation systems and microdiscectomy, group 2: patients who has more than 2 operations and has a transpedicular fixation systems. All patients were achieved excellent outcomes: reducing of pain and neurological symptoms, no relapses.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. За даними літератури, виникнення клініко-неврологічної симптоматики після стандартних мікродискектомій поперекового відділу хребта коливається у межах від 4 до 30 % [2, 3]. Серед великої кількості таких відомих причин, як рубцево-спайковий процес, епідурит, варикоз вен, утворення лікворних кіст у ділянці операції, дисцит, стеноз поперекового каналу, формування нестабільності в оперованому попереково-руховому сегменті, рецидив грижі диска зустрічається із високою частотою [3]. Необхідно відмітити, що рецидив грижі диска варто оцінювати як результат дефекту хірургічної техніки (не усунений фактор компресії) або повторну появу грижі, що виникла на фоні певного періоду ремісії. Відомо, що при дегенеративних процесах має місце порушення біомеханіки попереково-рухового сегмента, в результаті чого відбувається перерозподіл статичного навантаження із передніх опорних стовпів на задні [2]. У зв'язку з цим необхідно розуміти, що навіть найуспішніша бездоганно виконана мікродискектомія не завжди гарантує стабільно добрий результат у післяопераційному періоді. Розробка і впровадження сучасних методик фіксації ПРС дозволяють оптимізувати тактику хірургічного лікування пацієнтів із

рецидивами гриж міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта.

Мета роботи: покращити результати хірургічного лікування пацієнтів із рецидивами гриж міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 32 хворих із рецидивами гриж міжхребцевих дисків поперекового відділу хребта, яких було прооперовано в період із 2010 до 2012 р. Всім пацієнтам проводили повторні оперативні втручання, спрямовані на видалення рецидиву грижі міжхребцевого диска із наступною стабілізацією відповідного попереково-рухового сегмента (ПРС). Необхідно відмітити, що із 32 раніше оперованих пацієнтів 9 хворим виконували операції два рази та більше.

Ми виділили 2 групи пацієнтів: 1-ша група – видалення рецидиву грижі міжхребцевого диска із застосуванням систем динамічних міжкостистих стабілізацій ПДС-23, 2-га група – повторні оперативні втручання з приводу гриж міжхребцевих дисків із встановленням ригідних систем фіксації ПДС-9. Всі пацієнти переважно молодого та зрілого віку із анамнезом рецидиву захворювання від 3 тижнів до 2 років.

Показання до повторних оперативних втручань визначали на основі кореляції рецидиву нейрокомпресійного синдрому та отриманих відповідних даних методів нейровізуалізації.

Тактика хірургічного лікування рецидиву грижі диска залежала від функціонального стану ПРС та передбачала усунення грижової компресії із наступною стабілізацією ПРС [2, 4].

Для об'єктивізації взаємовідношення структур в ураженому ПРС, оцінки функціонального стану та анатомічної форми ПРС при рецидивах гриж міжхребцевих дисків застосовується модифікований метод рентгенометричного аналізу, запропонований К. Я. Оглезневим, І. І. Каган, Л. І. Лєвошко [6]. Оптимальними кандидатами 1-ї групи були пацієнти молодого та зрілого віку, у яких на фоні вираженої радикулопатії відмічався помірно виражений люмбалгічний синдром та, за даними рентгенометрії, виявляли гіперлордозування на рівні попередньо оперованого ПРС. Цим пацієнтам була виконана реінтерламінектомія із подальшим встановленням імпланта потрібного розміру. Хірургічне втручання проводили у положенні лежачи на боці під внутрішньовенним комбінованим наркозом. Для встановлення імпланта висікали міжостисту зв'язку. Проведення distraкції остистих відростків сприяло відновленню біомеханіки ПРС та правильному встановленню імпланта у міжостистому проміжку [4]. У наших спостереженнях вибір імпланта "Coflex" та "Diam" залежав від побажань пацієнта. До другої групи увійшли пацієнти, яким оперативне втручання з приводу рецидиву гриж міжхребцевих дисків виконували 2 рази і більше. У клінічній картині на фоні моно- та бірадикулярної компресійної симптоматики відмічали грубо виражений люмбалгічний синдром, що посилювався під час статично-

го навантаження. Дані проведеної рентгенометрії свідчили про наявність ознак функціональної нестабільності на рівні раніше оперованого ПРС. Хірургічне втручання проводили у положенні лежачи на животі під ендотрахеальним наркозом. Після видалення рецидиву грижі міжхребцевого диска із метою мінімізації хірургічної травми під контролем ЕОП транскутанним доступом із використанням канюльованих шурупів встановлювали систему транспедикулярної ригідної фіксації [5].

Результати досліджень та їх обговорення. Результати хірургічного лікування оцінювали на основі скарг хворого, регресу клініко-неврологічної симптоматики, а також взаємовідношення структур в оперованому ПРС за допомогою методики рентгенометрії.

Проведені рентгенографічні обстеження в обох групах спостереження відмічали збільшення висоти міжтілового простору в задніх відділах ПРС, що свідчило про правильність проведення операції.

Необхідно відмітити, що рентгенометричні показники в 1-й групі хворих не залежали від структури імплантів ("Coflex" чи "Diam"). Інструментальні дослідження, які ми виконали в обох групах хворих у різні проміжки часу (3 міс. – 1,5 року), показали, що відновлена після хірургічного втручання біомеханіка ПРС суттєво не змінилась.

Порушення функціональної активності хворих оцінювали за індексом Освестрі від 0 до 50 балів. При показниках ODI від 0 до 10 балів порушення активності було мінімальним, від 10 до 20 балів – помірним, від 20 до 30 балів – вираженим, від 30 до 40 балів – інвалідизуючим, від 40 до 50 балів – грубо інвалідизуючим (пацієнт прикутий до ліжка) (табл. 1).

Таблиця 1. Оцінка функціональної активності хворих, оперованих із приводу рецидивів гриж міжхребцевих дисків у різні проміжки часу спостережень

Індекс Освестрі	Період дослідження		
	до операції	через 3 міс.	більше 1 року
Від 0 до 10 балів		19	27
Від 10 до 20 балів		6	2
Від 20 до 30 балів	23	3	1
Від 30 до 40 балів	7	4	2
Від 40 до 50 балів	2	0	0

Варто відмітити, що після реоперацій із приводу рецидиву гриж міжхребцевих дисків, які проведені із застосуванням систем фіксації, відмічали значне поліпшення функціональної активності хворих в обох групах спостережень (табл. 1.) Однак у пацієнтів 2-ї групи, які були неодноразово раніше оперовані (2 і

більше разів) і функціональний стан їх за індексом Освестрі оцінювали від 30 до 50 балів, післяопераційний період відновлення функціональної активності проходив значно повільніше, ніж у 1-й групі хворих.

Ускладнень, в тому числі ознак резорбції кістки після проведення реоперацій із застосуванням

різних видів імплантів, у наших спостереженнях не відмічали.

Висновки. 1. Застосування динамічних міжостистих імплантів типу (“Coflex” або “Diam”) при проведенні повторних операцій у хворих із рецидивом гриж міжхребцевого диска поперекового

відділу хребта та наявністю гіперлордозу відповідного ПРС дозволяє значно покращити результати хірургічного лікування.

2. Використання ригідних систем фіксації у пацієнтів, які були раніше оперовані 2 та більше разів, дозволяє покращити функціональний стан, а також профілакувати подальше грижоутворення.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Зозуля Ю. А. Хірургічне лікування нейрокомпресійних попереково-крижових больових синдромів / Ю. А. Зозуля, Є. Г. Педаченко, Є. І. Слинько. – К., 2006.
2. Педаченко Є. Г. Найближчі та віддалені результати лікування хворих з післяопераційним рубцево-спайковим епідуритом / Є. Г. Педаченко, О. М. Тарасенко // Український нейрохірургічний журнал – 2006. – № 3.
3. Computed Tomography of the Spine and Spinal Cord / J. C. Mall, J. A. Kaiser, K. B. Heithoff / Eds T. N. Newton, D. G. Potts. – San Anselmo, 1983. – P. 187–204.
4. Failed back surgery syndrome : 5-year follow-up in 102 patients undergoing repeat operation / R. B. Nort, J. N. Cfmpbell, C. S. James [et al.] // J. Neurosurg. – 1991.
5. Selection of surgical procedures for treatment of failed back surgery syndrome (FBSS) / Chrobok., Vrba., Stet., Karvoa. – Chir Narzadow Ruchu ortop Pol. – 2005.
6. Оглезнёв К. Я. Морфологические обоснования использования навигационной системы “view point” в хирургии позвоночника / К. Я. Оглезнёв, А. В. Кузнецов, Г. И. Журавлёв // Материалы II съезда нейрохирургов Российской Федерации, 16–19 июня 1998 г. – Нижний Новгород, 1998. – С. 325.

Отримано 28.09.12