

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ СИСТЕМ МЕЖОСТИСТОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ

*Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины
Клиника спинальной малоинвазивной и лазерной нейрохирургии, г. Киев*

М. V. Hizhnyak, K.S Novakovich

SURGICAL TREATMENT OF RECURRENCE OF HERNIAS OF MEZHPOZVONKOVY DISKS OF LUMBAR DEPARTMENT OF A BACKBONE WITH USE OF SYSTEMS OF INTERSPINAL STABILIZATION

Первые сообщения о повторных операциях после неудачно выполненных дискэктомий в поясничном отделе позвоночника появились в 50-х годах прошлого века. Хирургическое лечение нейрокомпрессионных форм остеохондроза поясничного отдела позвоночника в большинстве случаев приводит к объективному улучшению состояния больных. Однако, болевой синдром после операции не всегда устраняется полностью, а в отдельных случаях отмечается усугубление неврологической симптоматики, приводящее к ухудшению качества жизни пациентов, снижению их работоспособности и необходимости в дальнейшем проведении длительного реабилитационного лечения [1,2,11]. По обобщенным данным мировой литературы количество неудовлетворительных результатов после проведенных дискэктомий различными хирургическими методиками составляет 8-23% [9,10,11]. Частота проводимых повторных оперативных вмешательств 5-18% [2,8]. Наиболее частыми причинами неудачных микродискэктомий является образование рецидива грыжи диска, появление сегментарной нестабильности, формирование рубцово-спаечного процесса и т.д. Неудовлетворительные результаты после поясничных дискэктомий в зарубежных литературных источниках объединены в термин FBSS (failed back surgery syndrome). FBSS или ЧЮП (синдром неудачно оперированного позвоночника) - это клиническое состояние пациента, у которого несмотря на проведенную одну или несколько операций в поясничном отделе позвоночника отмечается стойкий радикулопатический синдром [1,2,8,9].

Необходимо отметить, что рецидив грыжи межпозвоночного диска необходимо расценивать как результат дефекта хирургической техники (неустраненный фактор компрессии) или повторное грыжеобразование, возникшее на фоне нарушения ортопедического режима [5]. Дегенеративные процессы зачастую сопровождаются нарушением биомеханики ПДС, в результате чего происходит перераспределение статической нагрузки с передних опорных столбов на задние. Это, как правило, приводит к стенозированию позвоночного канала на уровне соответствующего позвоночно-двигательного сегмента [2,3,8,10]. Подобная картина наиболее часто встречается при рецидивах грыж межпозвоночных дисков. Проведение привычных реопераций не обеспечивает восстановление биомеханики ПДС и поэтому не гарантирует стабильно хороший результат в послеоперационном периоде. Внедрение современных методик фиксации ПДС

позволяют оптимизировать тактику хирургического лечения пациентов с рецидивами грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения пациентов с рецидивами грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника.

Проанализированы результаты хирургического лечения 24 больных с рецидивами грыж межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника, которые были оперированы с применением систем межостистой динамической стабилизации. Все пациенты преимущественно молодого и зрелого возраста, которые повторно обратились в клинику в период от 2 месяцев до 1,5 лет с момента от предыдущей операции. Показания к повторным оперативным вмешательствам определялись на основании жалоб пациента, корреляции клинико-неврологической симптоматики и полученных соответствующих данных методов нейровизуализации. Тактика хирургического лечения была направлена на устранения рецидива грыжи диска и предусматривала последующую стабилизацию ПДС с применением систем межостистой фиксации. Хирургическое вмешательство проводилось в положении лежа на боку под внутривенным комбинированным наркозом. Разрез мягких тканей над остистыми отростками до 4 см, односторонняя скелетизация остистых и дуг на стороне грыжевого выпячивания с последующей двусторонней скелетизацией межостистой связки. После выполнения стандартной микродискэктомии, для установки импланта иссекалась межостистая связка, и после определения расстояния между остистыми отростками подбирался имплант нужного размера. Проведение дистракции остистых отростков способствовало правильной установке импланта в межостистом промежутке. Обязательным условием установки систем межостистой стабилизации является сохранение целостности надостной связки для предотвращения миграции импланта дорзально. Применялись импланты типа Soflex или Diam, которые имеют одинаково высокое качество и надежность, несмотря на различия их по форме и структуре. Поэтому в наших наблюдениях, учитывая тождественность показаний к применению, выбор импланта зависел от пожеланий пациента.

Распределение больных в зависимости от уровня оперативного вмешательства и использования систем межостистой стабилизации представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от уровня оперативного вмешательства и использования систем межостистой стабилизации

| Уровень | Таблица № 1. L3 –L4 | L4 –L5 | L5-S1 |
|---------|------------------------|--------|-------|
| Coflex | 2 | 9 | 2 |
| Diam | 3 | 6 | 2 |

В помощь практикующему врачу

Таблица 2.

Результаты рентгенометрических исследований, проведенные в различные сроки наблюдений

| Высота межтелового пространства в области задней трети позвонка (до операции) | Высота межтелового пространства в области задней трети позвонка (сразу после операции) | Высота межтелового пространства в области задней трети позвонка (через 3 мес. после операции) | Высота межтелового пространства в области задней трети позвонка (через 1 год после операции) |
|---|--|---|--|
| Coflex 0,19±0,06 | 0,24±0,05 | 0,23±0,05 | 0,23±0,05 |
| Diam 0,20±0,07 | 0,25±0,06 | 0,24±0,06 | 0,24±0,06 |

Результаты хирургического лечения оценивали комплексно. Оценку биомеханических изменений выполненной межостистой стабилизации на основе рентгенометрических исследований проводили сразу же после установки импланта в операционной при помощи ЭОПа. Увеличение высоты межтелового пространства в задних отделах ПДС свидетельствовало о правильном подборе и установке импланта. Необходимо отметить, что рентгенометрические показатели не зависели от структуры имплантов, в данном случае (Coflex или Diam)[5,6,7]. Инструментальные исследования у оперированных нами больных, проведенные в различные сроки наблюдений (3 мес., и свыше 1 года), показали, что установившаяся в результате непосредственно после хирургического вмешательства биомеханика ПДС существенно не изменялась. Результаты рентгенометрических исследований, проведенные в различные сроки наблюдений, представлены в таблице 2.

Нарушения функциональной активности больных оценивали по индексу Освестри от 0 до 50 баллов. При показателях ODI от 0 до 10 баллов нарушение активности было минимальным, от 10 до 20 баллов - умеренное, 20- 30 баллов - выраженное, 30-40 баллов- инвалидизирующее, и от 40 до 50 баллов- грубо- инвалидизирующее (приковывающее к постели).

Следует отметить, что установка межостистых имплантов достаточно проста и существенно не продлевает длительность самой микродискэктомии.

Осложнений, связанных с проведением данного вида оперативных вмешательств, в наших наблюдениях не было. По результатам инструментальных методов исследования также отсутствовали признаки резорбции кости. Необходимо также отметить, что вид использованного импланта принципиально не влиял на

результаты хирургического лечения.

Таким образом, применение динамических межостистых имплантов типа (Coflex или Diam) при проведении микродискэктомии у больных с рецидивом грыжи межпозвонкового диска позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения и сократить сроки послеоперационной реабилитации.

Ни в одном из наших наблюдений в течение года не отмечалось случаев повторного рецидивирования грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела.

Литература

1. *Международный конгресс, посвященный лечению хронического болевого синдрома после операций на поясничном отделе позвоночника «rainmanagement 98» (FAILID BACK SURGERY SYNDROM) / / М. С. Гельфенбейн / Нейрохирургия - 2000. - № 1-2 С.65.*
2. Зозуля, Ю.А., Педаченко Е.Г., Слинько Е.И. Хирургическое лечение нейрокompрессионных пояснично-крестцовых болевых синдромов / / Киев. - 2006.
3. Педаченко, Е. Г., Тарасенко О.М. Ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с послеоперационным рубцово-спаечным эпидуритом / / Украинский нейрохирургический журнал - № 3. - 2006г.
4. *Bundschuh, C. V., Modic M. T., Ross J.S., et al / / Amer. J / Neuroradiol.-1985.-Vol. 6. -P. 607-612.*
5. *Heindel, W., Friedmann G., Bunkes J., et al. / / J. Comput. Assist. Tomogr.-1986/-Vol. 10.-P.596-599.*
6. *Mall, J. C., Kaiser J. A., Heithoff K. B., / / Computed Tomography of the Spine and Spinal Cord / Eds T. N. Newton, D. G. Potts. - San Anselmo, 1983. - P. 187-204.*
7. *Ross, J. S., Masaryk T. J., Modic M. T., et al. / / Radiology. - 1987.-Vol. 164.-P. 851-860.*
8. *Nort, R.B., Cfmppbell J.N., James C.S. et al. Failed back surgery syndrome: 5-year follow-up in 102 patients undergoing repeat operation / / J. Neurosurg. - 1991.*
9. *Chrobok, Vrba., Stet., Karvoa / / Selection of surgical procedures for treatment of failed back surgery syndrome (FBSS). - ChirNarzadongRuchuortop Pol. - 2005.*
10. *Long, D. M. / / Failed back surgery syndrome. Neurosurg.Clin N Am. - 1991.*
11. *Guyer, Patters, Onmeiss / / FBSS: Diagnostic evaluation. J. Am. Acad. Orthop. Surg. - 2006.Sept.*

Поступила 13.01.2013 г.