

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ГРЫЖ.

Исаков Б.М, Исаков К.Б

Андижанский государственный медицинский институт.

Резюме. В работе проанализированы проявления поясничных межпозвоночных грыж у 426 пациентов, подвергнутых хирургическому лечению по этому поводу. Основным определяющим показанием к операции являлся выраженный корешковый болевой синдром. Выявлены некоторые половые и возрастные особенности локализации и клинических проявлений поясничных грыж, а также достаточно частое сочетание последних с явлениями нестабильности соответствующего позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) - почти у трети больных с дискрадикулярным конфликтом. Операция выбора при данной патологии является междузвонковое микрохирургическое удаление грыжи диска.

Ключевые слова: поясничные межпозвоночные грыжи, мини доступ, интерламинарный доступ, аркотомия, позвоночно-двигательный сегмент, хирургическое удаление межпозвоночных грыж.

Summary. The paper analyzes the manifestations of lumbar intervertebral hernias in 426 patients undergoing surgical treatment for this reason. The main defining indication for surgery was severe radicular pain syndrome. Some gender and age-related features of localization and clinical manifestations of lumbar hernias were revealed, as well as a fairly frequent combination of the latter with the phenomena of instability of the corresponding spinal motion segment (SMS) - in almost a third of patients with discradicular conflict. The operation of choice for this pathology is interarticular microsurgical removal of a disc herniation.

Key words: lumbar intervertebral hernias, mini access, interlaminar access, arcotomy, spinal motion segment, surgical removal of intervertebral hernias. Целью данной работы являлся анализ клинических проявлений и выработать на основе анализа оптимальных показаний и тактику оперативного лечения больных с поясничными межпозвоночными грыжами.

Известно, что большинство пациентов с проявлениями межпозвоночных поясничных грыж лечатся консервативными методами, однако при III и IV стадиях межпозвоночных грыж требуется хирургическое вмешательство. В нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2016 по 2019 гг. по поводу корешковых синдромов поясничного остеохондроза пролечено 724 пациента. Из этого числа 426 пациентов (58,8 %) были прооперированы в нейрохирургическом отделении.

Было выявлено незначительное преобладание пациентов-мужчин (55,3 %), женщин (44,7 %). Среди них, при распределении по возрасту преобладали пациенты 30–49 лет — 64,9 %. Средний возраст оперированных мужчин составил 44,5 года, женщин — 41,2 года.

У всех пациентов с поясничными межпозвоночными грыжами, подвергнутых хирургическому вмешательству, в клинической картине преобладал радикулярный болевой синдром. Интенсивность болей мы оценивали по визуально-аналоговой шкале (VAS-100 %). Интенсивность боли на момент поступления больных колебалась в пределах от 30 до 100 % и в среднем составляла 67,4 %. Причем выраженный болевой синдром (90–100 %) отмечался у 9,2 % пациентов (среди них мужчин было в 2 раза больше, чем женщин).

У 58,3 % пациентов, помимо радикулярных болей, регистрировалась боль в поясничной области. При этом 27,7 % пациентов имели поясничные боли

с признаками нестабильности в поясничном отделе позвоночника. Несколько чаще нестабильность в поясничном отделе отмечена среди женщин — 33,3 % случаев против 23,1 % у мужчин.

Нарушения чувствительности были зарегистрированы у 92,4 % пациентов. Снижение силы в индикаторных мышцах отмечалось у 47,2 % (снижение силы сопровождалось также снижением или выпадением соответствующих рефлексов).

Каудомедуллярный синдром отмечен у 2,1 % пациентов исследуемой группы. Среди этих больных явно преобладали женщины — 3 пациентки из 4 больных с отмеченным синдромом.

Рецидивные грыжи встречались у 6,9 % оперированных пациентов.

В отношении локализации поясничных межпозвоночных грыж, согласно нашим данным, на уровне L4-L5 грыжи были у 43,1 % пациентов; L5-S1 — у 46,3 % больных; на уровне L3-L4 — у 5,3 %; L1-L2 — у 0,5 % и на уровне L2-L3 — у 0,5 % пациентов. В отношении стороны расположения грыж распределение в исследуемой группе было таково: срединное направление грыж межпозвоночных дисков отмечено у 4,9 % пациентов с уровнем поражения L4-L5 и у 8,0 % пациентов с уровнем L5-S1.

Фораминальная локализация поясничных межпозвоночных грыж зарегистрирована нами у 6,9 % больных.

Для нейровизуализации у всех больных использовали МР-томограф Magnetom С фирмы Siemens, оснащенный С-образным низкопольным 0,35-тесловым магнитом. Естественно, у всех оперированных пациентов исследуемой группы на МРТ были получены объективные признаки межпозвоночных грыж. У 57,4 % пациентов были зарегистрированы 2 и более грыжи межпозвоночных дисков. При этом грыжи полисегментарной

локализации, которые клинически проявлялись одновременно, отмечены лишь у 3,7 % больных. Размеры межпозвоночных поясничных грыж, по данным МРТ, среди оперированных пациентов колебались в пределах от 7 до 12 мм. Средние размеры грыжи у подвергнутых оперативному лечению составили 7,8 мм.

При удалении поясничных межпозвоночных грыж использован междузвонковый (интерламинарный) и аркотомный доступ с применением операционного микроскопа. Междузвонковое микрохирургическое удаление грыж проведено у 283 пациентов (66,5 % всех удалений поясничных межпозвоночных грыж). Распределение по уровням было следующим: L5-S1 — 60 % случаев, L4-L5 — 55 % случаев, L3-L4 — 5,6 % случаев, L1-L2 — 1,6 % случаев и на уровне L2-L3 — 0,8 % случаев. В остальных 143 случаях объем операции был расширен.

Вмешательство на двух уровнях сразу проведено у 16 пациентов (3,7 % от общего числа прооперированных). Из них у 8 пациентов было выполнено микрохирургическое удаление грыж.

К расширению доступа при удалении грыжи до гемиламинэктомии мы прибегли у 11 пациентов (2,6 % от общего числа прооперированных): у 8 пациентов была проведена гемиламинэктомия дужки L5 и у трех пациентов — дужки L4.

У 12 пациентов операция удаления грыжи была дополнена радикулолизом (2,8 % от общего числа прооперированных пациентов). Чаще всего требовался радикулолиз L5.

ВЫВОДЫ

1. Основным показанием к операции у больных с поясничными межпозвоночными грыжами, сопровождающимися дискорадикулярным конфликтом, следует считать выраженный и не купирующийся корешковый болевой синдром. Оптимальным сроком оценки эффективности консервативного лечения болевого корешкового синдрома следует считать 5 недель.
2. Более интенсивный болевой синдром в случае дискорадикулярного конфликта при поясничном остеохондрозе чаще встречается у мужчин.
3. Операцией выбора должно быть микрохирургическое междужковое удаление грыжи.
4. При наличии радикуломиелоишемических симптомов у больных с поясничными межпозвоночными грыжами операция удаления грыжи диска должна выполняться как можно быстрее.

Список литературы:

1. Арестов С. О. и др. Современные подходы к лечению грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника //Нервные болезни. – 2017. – №. 3.
2. Жучков Н. А., Куташов В. А. Взгляд на проблему оперативного лечения межпозвоночных грыж //Молодой ученый. – 2015. – №. 20. – С. 122-125.
3. Клишин Д. Н., Древаль О. Н., Кузнецов А. В. Топографо-анатомические особенности обоснования хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков верхнепоясничного уровня //Российский нейрохирургический журнал им. профессора АЛ Поленова. – 2012. – Т. 4. – №. 1. – С. 16-21.

4. Deyo R. A., Mirza S. K. Herniated lumbar intervertebral disk //New England Journal of Medicine. – 2016. – Т. 374. – №. 18. – С. 1763-1772.
5. Kim C. H. et al. Reoperation rate after surgery for lumbar herniated intervertebral disc disease: nationwide cohort study //Spine. – 2013. – Т. 38. – №. 7. – С. 581-590.
6. Mathews H. H., Long B. H. Minimally invasive techniques for the treatment of intervertebral disk herniation //JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. – 2002. – Т. 10. – №. 2. – С. 80-85.