

**C.А. Федягин, Г.И. Шумахер, А.С. Федягин, А.С. Маликов, А.В. Быкодаров**

**ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ  
ОТДАЛЕННОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЭТАПА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГРЫЖ  
МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ**

*Алтайский государственный медицинский университет,  
Краевая клиническая больница, г. Барнаул*

**Реферат.** Проведено обследование 206 больных с рецидивом болевого синдрома в отдаленном периоде после операции по поводу грыж межпозвонковых дисков. Выявлено, что рецидив болевого синдрома у этих пациентов развивается вследствие грыж межпозвонковых дисков в прооперированных и смежных с ними позвоночно-двигательных сегментах, спондилеза и спондилоартроза, стеноза позвоночного канала. Выявлены клинические особенности рецидива болевого синдрома в зависимости от причины его развития.

**Ключевые слова:** синдром неудачной операции на спине, грыжа межпозвонкового диска, спондилез, спондилоартроз, стеноз позвоночного канала.

С.А. Федягин, Г.И. Шумахер, А.С. Федягин,  
А.С. Маликов, А.В. Быкодаров

УМЫРТКААРА ДИСКЛАРДАГЫ БҮСЕРНЕ АЛЫП  
ТАШЛАГАННАН СО• БУЛГАН ЕРАКТАГЫ  
ОПЕРАЦИЯД•Н СО•ГЫ ЭТАПНЫ• КЛИНИК  
БИЛГЕЛ•РЕ ХАСИЛ БУЛУНЫ• ТӨП С•Б•ПЛ•РЕ

Умырткаара дискларындагы бүсерг• операция ясалғаннан со• ерактагы чорда авырту синдромы кабатлаулы булган 206 кеше тикшерелг•н. • леге пациентларда авырту синдромыны• кабатлануы (рецидив) операция алды умырткаара дискларындагы h•м алар бел•н катнаш умыртка-  
х•р•к•т сегментларындагы бүсер, спондилёз, спондилоартроз, умыртка каналы стенозы аркасында үсеш ала. Авырту синдромы рецидивиыны• аны• үсеш с•б•п•р•ен• бйлье булган клиник үзенч•лекл•ре ачыкланган.

Төп төшөнч•л•р: аркага у•ышсыз ясалған операция синдромы, умырткаара диск бүсере, спондилёз, спондилоартроз, умыртка каналы стенозы.

S.A. Fedyanin, G.I. Schumacher, A.S. Fedyanin,  
A.S. Malikov, A.V. Bykodarov

**MAIN REASONS OF EMERGING CLINICAL  
MANIFESTATIONS IN RETARD POST-SURGERY  
STAGE AFTER DISCAL HERNIA REMOVAL**

206 patients with pain syndrome recidivation in retard period after surgery of intervertebral disk herniation were investigated. It was revealed that pain syndrome recidivation in these patients is developed as a result of intervertebral disk herniation in operated and adjacent vertebral-motor segments, as well as of spondylosis, spondyloarthrosis and spinal canal stenosis. Clinical peculiarities of pain syndrome recidivation were revealed due to a cause of its development.

**Key words:** syndrome of unsuccessful spinal surgery intervertebral disk herniation, spondyloarthrosis, spinal canal stenosis.

**Н**айболее частыми причинами болей в пояснице являются грыжи межпозвонковых дисков (ГМПД). На пути постоянных поисков возможности избавиться от этого страдания возникают бесчисленные методы лечения. Однако панацеи, позволяющей излечить такие заболевания, не существует. Одним из методов лечения ГМПД является оперативное вмешательство. В настоящее время техника выполнения операции по поводу ГМПД во многом усовершенствована за счет применения эндоскопических методов, хемонуклеолиза и т.д. [2]. Однако, несмотря на появление новых технологий оперативного лечения, менее травматичных в ряде случаев (многоуровневое поражение, фораминальная и экстрафораминальная ГМПД, рецидивы ГМПД), операции проводят по прежним методикам [6, 7]. Рецидивы болевого синдрома у пациентов, перенесших данную операцию, встречаются с частотой от 5 до 67% [4, 8, 11, 12, 13]. Среди оперированных больных к прежней работе возвращаются только 66,2% [1]. В Алтайском крае результаты оперативного лечения через 1-2 года после проведения классической операции задним доступом (ламинэктомия, гемиламинэктомия) следующие: отличные — 20,4%, хорошие — 22,4%, удовлетворительные — 38,3%, неудовлетворительные — 18,9% [2]. В зарубежной литературе рецидив болевого синдрома после операции по поводу ГМПД выделен как «синдром неудачной операции на поясничном отделе позвоночника» (FBSS — Failed Back Surgery Syndrome). Причины неудовлетворительного оперативного лечения разнообразны, к ним относят рецидив грыжи межпозвонкового диска, рубцово-спаечный процесс, варикозное расширение позвоночных вен и др. [3, 4]. Вопросы

## ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОТДАЛЕННОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЭТАПА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

диагностики причин рецидивов болевого синдрома в отдаленном периоде операций, проведенных традиционным, задним доступом, остаются открытыми. С учетом многообразия факторов, вызывающих рецидив болей у таких больных, возникает необходимость выявления диагностических критериев этих состояний. Решение данного вопроса является не только теоретическим, но и имеет важное практическое значение для выбора тактики и методов лечения больных в отдаленном периоде классических оперативных вмешательств по поводу ГМПД.

Целью работы являлось выявление причин рецидива болевого синдрома у больных, оперированных традиционным способом, посредством ламинэктомии и гемиламинэктомии по поводу ГМПД.

Обследовано 206 больных в отдаленном периоде операций, проведенных по традиционной методике. В клинической картине до операции у данных пациентов развивались корешковые и полирадикулярные синдромы. Больные обращались к неврологу в связи с сохранением или рецидивом болевого синдрома. Среди обследованных было 113 (54,9%) мужчин и 93 (45,1%) женщины. Средний возраст больных составлял  $45,6 \pm 0,6$  года. Время, прошедшее после операции, варьировало от 1,5 до 28 лет (в среднем  $7,4 \pm 0,4$  года). У всех обследованных тщательно анализировали жалобы и анамнез. Исследование неврологического и вертебрологического статусов проводилось по общепринятой методике [9]. Выраженность болевого синдрома определяли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Всем больным производились стандартная спондилография в прямой и боковой проекциях с оценкой по классификации Зекера и магнитно-резонансная томография (МРТ) поясничного отдела позвоночника.

В зависимости от причин рецидива болевого синдрома обследованные были подразделены на 4 группы. 1-ю группу составили 84 пациента с рецидивом ГМПД на уровне прооперированного сегмента, 2-ю (48) — в рядом лежащих позвоночно-двигательных сегментах (ПДС), 3-ю (38) — с болевым синдромом в результате развития и прогрессирования спондилоартроза и спондилеза, 4-ю (36) — со стенозом позвоночного канала. Данные о численности больных каждой группы представлены на рис. 1.

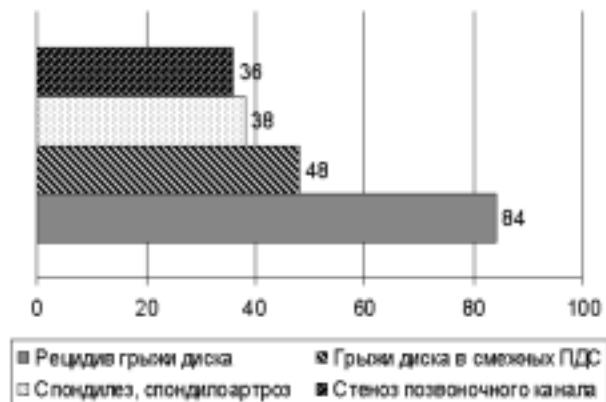


Рис. 1. Причины рецидива болевого синдрома у больных в отдаленном послеоперационном периоде.

Больные 1-й группы жаловались на боли в пояснице с иррадиацией в нижние конечности: у 73 — в одну, у 11 — в обе. Интенсивность болей по ВАШ составляла в среднем  $6,0 \pm 0,7$  балла. При объективном обследовании у всех больных этой группы выявлялись корешковые синдромы, проявлявшиеся снижением или выпадением сухожильных рефлексов с конечностями, нарушением чувствительности в соответствующих дерматомах, трофическими нарушениями (табл.1).

Таблица 1  
Распределение больных с корешковым синдромом вследствие рецидива ГМПД

Число больных	Корешковый синдром				
	S1	L5	L3—S1	L5—S1	Итого
Абс.	44	18	11	11	84
%	52,4	21,4	13,1	13,1	100

Во всех случаях диагностировали ирритативную или ирритативно-дефицитарную стадии корешкового синдрома.

Неврологическая симптоматика у больных этой группы была подобна дооперационной, т.е. корешковый и полирадикулярный синдромы имели локализацию, подобную развившейся в предоперационном периоде.

По данным классической рентгенографии и нейровизуализационных методов обследования на уровне прооперированного сегмента были выявлены дегенеративно-дистрофические изменения 2-й стадии у 70 больных, 3-й у 12 и 4-й у 2. Во всех случаях, по данным МРТ, визуализировались ГМПД на уровне прооперированного ПДС. Больные 2-й группы

жаловались на ноющие, распирающие боли в поясничном отделе позвоночника, иррадиирующие в нижние конечности. Интенсивность болей по ВАШ составляла в среднем  $5,7 \pm 0,8$  балла. При объективном осмотре у больных данной группы были обнаружены корешковые и полирадикулярные синдромы L3, L4, L5, S1 (табл. 2). Так же, как у больных 1-й группы, стадия корешковых и полирадикулярных синдромов была ирритативная и ирритативно-дефицитарная. Корешковые и полирадикулярные синдромы не соответствовали дооперационным по локализации или стороне поражения.

Таблица 2

**Распределение больных с корешковым синдромом вследствие ГМПД в смежных с прооперированным ПДС**

Число больных	Корешковый синдром				
	S1	L5	L4	L3—S1	Итого
Абс.	9	8	8	23	48
%	18,7	16,7	16,7	47,9	100

Во 2-й группе при рентгенологическом исследовании у 35 больных была выявлена 2-я стадия остеохондроза, у 13 — 3-я. Во всех случаях диагноз ГМПД в смежных с прооперированным ПДС был подтвержден данными МРТ. 3-ю группу составляли пациенты со спондилезом и спондилоартрозом поясничного отдела позвоночника, обусловливающих рецидив болевого синдрома. Пациенты жаловались на ноющую, стягивающую и ломящую боль в поясничном отделе позвоночника. У 14 больных эти боли иррадиировали в близлежащие области. Интенсивность по ВАШ составляла  $4,6 \pm 0,4$  балла. Рентгенологическое исследование позволило выявить признаки 2-й стадии остеохондроза у 3 пациентов, 3-й у 21 и 4-й у 14. По данным МРТ также были выявлены дегенеративно-дистрофические изменения поясничного отдела позвоночника. 4-ю группу составляли больные со стенозом позвоночного канала. Жалобы: постоянные боли в поясничном отделе позвоночника, иррадиирующие в обе или в одну нижнюю конечность. У 19 (52,8%) пациентов боли усиливались после непрерывной ходьбы на расстояние от 100 до 200 метров, у 11 (30,6%) — от 200 до 500 метров и у 6 (16,6%) — более 500 метров. Уменьшение болевого синдрома у 29 (80,6%) больных было связано с остановкой

и вынужденной позой (больным приходилось садиться или сгибаться вперед). У 7 (19,4%) больных боли ослабевали в положении лежа на спине. Интенсивность болей по ВАШ составляла  $7,9 \pm 0,9$  балла. У всех больных стеноз позвоночного канала приводил к полирадикулярному синдрому (табл. 3). Рентгенография показала наличие дегенеративно-дистрофического процесса, соответствующего 2-й стадии остеохондроза у 9 больных, 3-й — 16 и 4-й у 11. При проведении МРТ выявлялся стеноз позвоночного канала.

**Таблица 3**  
**Распределение больных с корешковым синдромом вследствие стеноза позвоночного канала**

Число больных	Корешковый синдром			
	L3—S1	L4—S1	L5—S1	Итого
Абс.	27	6	3	36
%	75	16,7	8,3	100

Таким образом, наиболее частой причиной рецидива болевого синдрома в отдаленном периоде оперативного лечения ГМПД, проведенного традиционным методом, является рецидив грыжи на уровне прооперированного сегмента. Клинически он выражается рецидивом корешковых синдромов, аналогичным дооперационным. Рецидив ГМПД обычно связан с неполным удалением пульпозного ядра пораженного межпозвонкового диска [5].

Второй причиной возобновления болевого синдрома является образование ГМПД в смежных с прооперированным ПДС. В этом случае у больных также развивается корешковый синдром. Однако симптоматика у таких больных отличается от дооперационной, что связано с компрессией других корешков. Развитие ГМПД в смежных с прооперированным ПДС обычно связано с перераспределением нагрузки на межпозвонковые диски, лежащие рядом с прооперированным [10].

Третья по частоте причина рецидива болевого синдрома — прогрессирование и (или) развитие спондилеза и спондилоартроза. Такие изменения возникают как следствие дальнейшего течения дегенеративных изменений в прооперированном позвоночнике. В неврологическом статусе развивается или прогрессирует вертебральный синдром.

Четвертой по частоте причиной рецидива болевого синдрома у больных в отдаленном

## ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ВОЗНИКОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОТДАЛЕННОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЭТАПА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

периоде оперативного лечения являлся стеноз позвоночного канала, который клинически проявлялся перемежающейся хромотой и не имел каких-либо существенных отличий от стеноза у неоперированных больных. Полученные результаты исследования необходимо учитывать при диагностике причин рецидива болевого синдрома у пациентов в отдаленном периоде оперативного лечения и для разработки схем лечения.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Асс Я.К. Пояснично-крестцовый радикулит (клиника и хирургическое лечение). — М., 1971.
2. Аул Ш.А., Долженко Д.А. / Актуальные вопросы неврологии. — Новосибирск, 2002. — С. 42—44.
3. Ахадов Т.А., Оноприенко Г.А., Шантырь В.Ю., Кравцов А.К. // Нейрохирургия. — 1999. — №3. — С. 19—25.
4. Гельфенбейн М.С. // Нейрохирургия. — 2000. — № 1—2. — С.65.
5. Дривотинов В.Б. Неврологические нарушения при поясничном остеохондрозе. — Минск, 1979.
6. Коробова А.Н., Степанян М.А., Онопченко Е.В. и др. Эндоскопическая микродискэктомия в лечении грыж поясничных межпозвонковых дисков. Поленовские чтения. — Мат. конф. — СПб, 2006. — С.102.
7. Омар Р.О., Борода Ю.И., Драгун В.М. и др. Результаты повторного хирургического лечения больных, ранее оперированных по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника. Поленовские чтения. — Мат. конф. — СПб, 2006. — С. 106—107.
8. Левзнер К.Б., Гельфенбейн М.С., Васильев С.А. // Нейрохирургия. — 1999. — №3. — С. 59—64.
9. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (Вертеброневрология): Руководство для врачей. — М., 2003.
10. Шульман Х.М., Данилов В.И., Дюдин Л.П. и др. // Неврол. вестн. — 1998. — № 1—2. — С. 7—9.
11. Юмашев Г.С., Фурман М.Е. Остеохондрозы позвоночника. — М., 1973.
12. Dowd G.C., Rusich G.P., Connolly E.E. // Neurosurg. Quart. — 1998. — Vol. 8. — P. 415—421.
13. Mobbs J., Newcombe R., Chandran K. // J. Clin. Neurosci. — 2001. — №1. — P. 10—13.

Поступила 03.12.07.

