

УДК 616.711.9:616.76-007.43-089:618.2

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У БЕРЕМЕННЫХ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМ ДЕФИЦИТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Крутько А.В., Пелеганчук А.В.

*ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России, Новосибирск, e-mail: APeleganchuk@mail.ru*

Авторы представляют успешный случай хирургического лечения грыжи диска поясничного отдела позвоночника, осложненный синдромом полирадикулярной компрессии во время беременности. В период с 01.01.2005 по 01.12.2015 в Новосибирском НИИТО проконсультировано 67388 пациентов с болями в поясничном отделе позвоночника, из них у 38087 были обнаружены грыжи дисков поясничного отдела позвоночника. За 10 лет выполнено 9376 операций по поводу дегенеративных поражений межпозвонковых дисков. Из них 5174 пациентам выполнено микрохирургическое удаление грыжи диска. Всего обратилось в Новосибирский НИИТО 257 беременных, и только двум из них было выполнено хирургическое лечение – микродискэктомия. При болевом синдроме у беременных женщин, не поддающемся консервативному лечению, необходимо выполнять МРТ исследование. В случае выявления кауда-синдрома или полирадикулярной компрессией необходимо экстренное хирургическое лечение без прерывания беременности. Своевременное хирургическое лечение грыжи межпозвонкового диска у беременных эффективно, безопасно и не сказывается отрицательно на вынашивании, родоразрешении и здоровье плода.

Ключевые слова: беременность, грыжа диска поясничного отдела позвоночника, дискэктомия, кауда синдром, полирадикулопатия

SURGICAL TREATMENT OF LUMBAR HERNIATED DISCS IN PREGNANT FEMALES WITH NEUROLOGICAL DEFICIT: A CLINICAL CASE

Krutko A.V., Peleganchuk A.V.

*Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopedics n.a. Ya.L. Tsivyan, Novosibirsk,
e-mail: APeleganchuk@mail.ru*

We present a case of successful surgical treatment of lumbar herniated discs complicated by polyradicular compression syndrome during pregnancy. In the period from 01.01.2005 to 12.01.2015, 67,388 patients with lumbar spine pain were consulted at the Novosibirsk Research Institute of Traumatology and Orthopedics (NRITO). Of these, 38,087 patients were diagnosed with lumbar herniated discs. For 10 years, 9,376 operations for degenerative disc diseases were performed. Of these, 5,174 patients underwent microsurgical removal of herniated discs. A total of 257 pregnant females applied to NRITO, and only two of them underwent surgical treatment – microdiscectomy. A MRI study should be conducted in the case of intractable pain in pregnant females. If cauda syndrome or polyradicular compression is detected, urgent surgery without pregnancy termination is required. Timely surgical treatment of herniated discs in pregnancy is efficient and safe and has no adverse effect on gestation, delivery, and fetal health.

Keywords: pregnancy, lumbar herniated disc, discectomy, cauda equina syndrome, polyradiculopathy

Боли в поясничном отделе позвоночника сопровождают 56% беременных в разные сроки вынашивания [1]. Встречаемость клинически проявляющихся грыж дисков у беременных очень низкая и составляет 1:10000 [2]. Синдром полирадикулярной компрессии корешков спинного мозга с развитием слабости и нарушения чувствительности в ногах и кауда-синдром, сопровождающийся нарушением функции тазовых органов, является показанием к экстренному хирургическому лечению на позвоночнике. В мировой литературе описано всего несколько случаев хирургического лечения позвоночника у беременных [3, 4, 7]. Мы представляем один клинический случай хирургического лечения беременной пациентки с грыжей поясничного межпозвонкового диска, проявляющиеся синдромом полира-

дикулярной компрессии корешков спинного мозга.

Материалы и методы исследования

В период с 01.01.2005 по 01.12.2015 в Новосибирском НИИТО проконсультировано 67388 пациентов с болями в поясничном отделе позвоночника, из них у 38087 были обнаружены грыжи дисков поясничного отдела позвоночника. За 10 лет выполнено 9376 операций по поводу дегенеративных поражений межпозвонковых дисков. Из них 5174 пациентам выполнено микрохирургическое удаление грыжи диска. Всего обратилось в Новосибирский НИИТО 257 беременных, и только двум из них было выполнено хирургическое лечение – микродискэктомия.

Клинический случай

Пациентка Б., 36 лет, обратилась в НИИТО 09.07.2014 г. на 20 неделе второй беременности. Боли в поясничном отделе беспокоили на протяжении 1 года. Наблюдались периодические обострения с удовлетворительным эффектом от консервативной

терапии. С июня 2014 года появились боли невысокой интенсивности и онемение в ногах. 09.07.2014 г. пациентка стала отмечать существенное увеличение интенсивности болей в ногах,росло онемение, появилась слабость в нижних конечностях. Консервативная терапия положительного эффекта не дала.

Жалобы при поступлении: на боли в области пояснично-крестцового отдела позвоночника с двух сторон, а также по задней поверхности обеих бедер; приходящее онемение в аногенитальной зоне; постоянное онемение по задней поверхности обеих голей, наружному краю обеих стоп; слабость в обеих стопах.

Травматолого-ортопедический статус: поясничный лордоз сглажен, напряжение паравертебральных мышц симметричное, пальпация межостистых промежутков и паравертебральных точек болезненна в ниже-поясничном отделе позвоночника.

Неврологический статус: Сила в подошвенных сгибателях с двух сторон снижена до 3 баллов, в остальных группах мышц сила сохранена; брюшные рефлексы равные, живые; коленные рефлексы D=S; ахилловы рефлексы abs с двух сторон; подошвенные рефлексы abs с двух сторон; гипестезия по S1, S2, S3 корешкам с двух сторон; симптом Лассега с двух сторон 30°; ФТО – N.

Данные обследования.

– МРТ поясничного отдела позвоночника: дегенеративные изменения поясничного отдела позвоночника, грыжа диска L5-S1 с правосторонней латерализацией, дегенеративный стеноз L5-S1 (рис. 1);

Положение тела на операционном столе – на левом боку – для защиты плода во время операции.

Тип анестезии: эпидуральная (позволяет без отрицательного воздействия на плод выполнить полный объем хирургического вмешательства).

Осложнений в периоперационном периоде со стороны плода не зарегистрировано.

В послеоперационном периоде отмечался регресс корешковой симптоматики – болевой синдром купирован полностью, сила в подошвенных сгибателях восстановилась через 2 недели до 5 баллов, существенный регресс гипестезии с двух сторон (нарушений чувствительности в аногенитальной зоне не отмечает, легкое онемение по наружной поверхности правой стопы).

На шестые сутки после выполненной операции пациентка выписана под наблюдение невролога и акушера-гинеколога по месту жительства.

В срок 39 недель беременности наша пациентка родила здоровую девочку. Тип родоразрешения – естественный; без осложнений.

Через 1 год после операции был выполнен контрольный осмотр пациентки.

Отмечает непостоянный умеренный дискомфорт в области правой ягодичной области. Указанных ранее в анамнезе дооперационных болей в ногах нет.

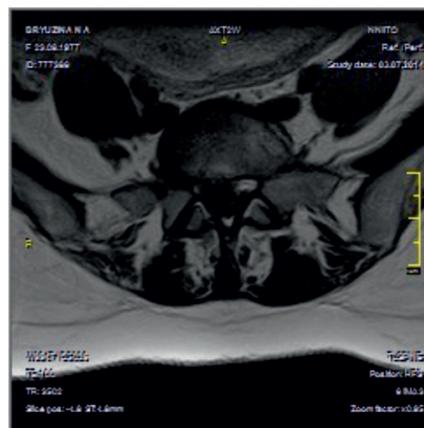
Результаты опросника Освестри – 8.

Боль по ВАШ: в спине – 0 баллов, в ноге – 2 балла.

На послеоперационном МРТ контроле выявлены послеоперационные изменения на уровне L5-S1 справа. Признаков рецидива грыжи диска не выявлено (рис. 2).



а



б

Рис. 1. МРТ поясничного отдела позвоночника до операции

– рентгенография поясничного отдела позвоночника не проводилась для профилактики тератогенного действия излучения.

Диагноз клинический: Остеохондроз поясничного отдела позвоночника, грыжа диска L5-S1 с правосторонней латерализацией, дегенеративный стеноз L5-S1, синдром полирадикулярной компрессии, выраженный болевой синдром. Беременность 20 недель.

Результаты опросника Освестри – 82.

Боль по ВАШ в спине – 9 баллов, в ногах – 9 баллов. 10.07.2014 г. была выполнена операция: интерламинаэктомия L5-S1 справа, удаление грыжи диска.

Особенности хирургического лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

По нашим данным частота встречаемости клинически проявляющихся и требующих хирургического лечения грыж дисков у беременных очень низкая и составляет 1:20000. Частота беременных среди оперированных пациентов с грыжами дисков 1:3000, среди всех оперированных в отделении по поводу остеохондроза составляет 1:4500. В мировой литературе удалось найти только 40

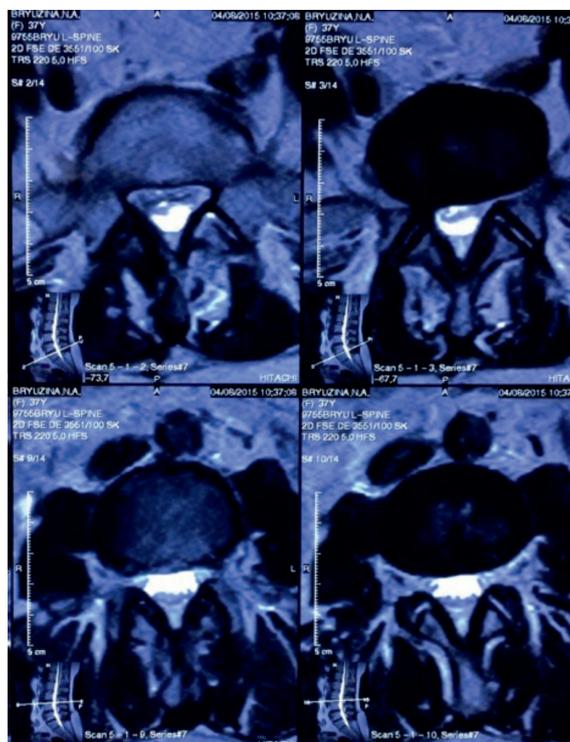
случаев хирургического лечения патологии позвоночника беременных, таким образом, описанный клинический случай является достаточно редким, несмотря на часто встречающиеся боли в пояснице при беременности.

Основными факторами, которые вызывают болевой синдром в поясничном отделе позвоночника у беременных, являются механические и позиционные перегрузки. К этому присоединяются существенные изменения гормонального фона женщины. Если у беременной появились выраженный боле-

вой синдром в поясничном отделе позвоночника и/или нижней конечности, клиницисту необходимо заподозрить грыжу поясничного межпозвоночного диска, и ни в коем случае не расценить это как нормальное явление [6]. У пациентов с онемением в аногенитальной зоне и нарушением мочеиспускания необходимо проведение ректального пальцевого исследования для исключения постановки ошибочного диагноза [5], поскольку нарушение мочеиспускания может быть и при нормальном течении беременности.



а



б

Рис. 2. МРТ поясничного отдела позвоночника после операции

Кауда-синдром и синдром полирадикулярной компрессии корешков спинного мозга являются клиническими диагнозами. Имеющиеся противопоказания для выполнения рентгенографии поясничного отдела позвоночника с функциональными снимками существенно затрудняет оценку сегментарной нестабильности. Однако визуализировать причину таких поражений нервной ткани помогает МРТ исследование. Магнитно-резонансная томография позволяет проводить детальное изучение позвоночника у беременных без тератогенных воздействий рентгеновского излучения и без биологического риска для развивающегося плода [2, 4].

Основная масса беременных женщин с грыжами поясничных межпозвоночных дисков получают консервативное лечение с положительным эффектом, без необходимости хирургического лечения. Но хирургическое лечение позвоночника требуется в том случае, если у пациента имеются гипералгический болевой синдром, не купирующийся консервативными методами, нарастающий неврологический дефицит или нарушение функции тазовых органов [4, 8]. В таких случаях кауда-синдром может развиваться в течение нескольких часов. Появление слабости в нижних конечностях с нарушением функции тазовых органов является показанием к экстренному хирургическому лечению на позвоночнике в любом сроке вынашивания беременности [4, 9]. Гупта сообщил, что при быстром остром решении проблемы неврологические проявления у пациенток регрессируют [6]. Затягивание выполнения операции приводит к сохранению неврологического дефицита и более длительному сроку реабилитации [5].

Ключевыми моментами в хирургии позвоночника у беременных являются положение тела на операционном столе и тип анестезии. Эти две составляющие ни в коем случае не должны нанести вред здоровью плода, но в тоже время дать возможность хирургу выполнить адекватную декомпрессию корешков спинного мозга. В связи с этим положение тела матери было выбрано неслучайно – на боку, чтобы отсутствовало давления на плод, как могло бы быть при коленно-грудном положении. Спирер отметил, что после операции на позвоночнике в положении на животе у беременной женщины произошел аборт

Эпидуральная анестезия без осложнений позволила выполнить полный запланированный объем вмешательства.

Однако на результат лечения могут повлиять не только положение тела на операционном столе и тип анестезии, но и выбор объема хирургического вмешательства. Хан опубли-

ковал результаты лечения беременной женщины декомпрессивно-стабилизирующим методом, а именно задний межтеловой спондилодез с декомпрессией корешков спинного мозга [10]. В данном случае после успешно проведенной операции на шестой день все же случился выкидыш. Учитывая данный опыт, мы минимизировали объем хирургического вмешательства, а соответственно ятрогенную травму, и выполнили микрохирургическую декомпрессию корешков спинного мозга.

В нашем случае после выполнения хирургического лечения на позвоночнике отмечается полный регресс болевой и неврологической симптоматики, сохраняющийся во всех сроках наблюдения. Осложнений со стороны плода не было зафиксировано. Родоразрешение естественным путем произошло в стандартные сроки. Наша пациентка воспитывает здоровую девочку, не испытывая ограничений со стороны позвоночника и периферической нервной системы.

Заключение

При болевом синдроме у беременных женщин, не поддающемся консервативному лечению, необходимо выполнять МРТ исследование. Таким пациенткам с кауда-синдромом или полирадикулярной компрессией необходимо экстренное хирургическое лечение без прерывания беременности. Своевременное хирургическое лечение грыжи межпозвоночного диска у беременных эффективно, безопасно и не сказывается отрицательно на родоразрешении и здоровье плода.

Список литературы

1. Fast A., Shapiro D., Ducommun E.J., et al. Low back pain in pregnancy. *Spine*. 1987;12:368–71.
2. LaBan M.M., Perrin J.C., Latimer F.R. Pregnancy and the herniated lumbar disc. *Arch Phys Med Rehabil*. 1983;64:319–21.
3. Curtin P., Rice J. Cauda equina syndrome in early pregnancy: A case report. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86:758–9.
4. Kim H.S., Kim S.W., Lee S.M., Shin H. Endoscopic discectomy for the cauda equina syndrome during third trimester of pregnancy. *J Korean Neurosurg Soc*. 2007;42:419–20.
5. Timothy J., Anthony R., Tyagi A., Porter D., van Hille P.T. A case of delayed diagnosis of the cauda equina syndrome in pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1999;39:260–1.
6. Gupta P., Gurumurthy M., Gangineni K., Anarbasu A., Keay S.D. Acute presentation of cauda equina syndrome in the third trimester of pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;140:279–81.
7. Fahy U.M., Oni M., Finlay D., Sell P. Surgical management of herniated lumbar disc in pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1998;18(6):544–545.
8. Hamed Reihani-Kermani. Cauda equina syndrome in pregnancy. *Arch Iranian Med*. 2003;6(2):146–148.
9. Tayfun Hakan. Lumbar disk herniation presented with cauda equina syndrome in a pregnant woman. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2012;3(2):197–199.
10. Han I.H., Kuh S.U., Kim J.H. et al. Clinical approach and surgical strategy for spinal diseases in pregnant women: a report of ten cases. *Spine*. 2008;33:E614–E619.