

УДК 617.559-003.4-089

Результати хірургічного лікування кіст крижового каналу

Лешко М.М.

Київська обласна клінічна лікарня

Проведений аналіз результатів хірургічного лікування 36 хворих з кістами крижового каналу та їх порівняння з результатами консервативного лікування. Доведено, що хірургічне лікування кіст забезпечує тривалий ефект. Натомість, ефект від консервативного лікування є тимчасовим.

Ключові слова: кіста крижового каналу, периневральна кіста, кіста Тарлова, арахноїдална кіста, менінгеальний дивертикул, хірургічне лікування, ламінектомія, віддалений післяопераційний період.

Вступ. Кісти крижового каналу – це патологічні утворення, розташовані в крижовому каналі периневралью [5]. Ця патологія зустрічається у 4,6 - 9% дорослого населення [1,3,6]. Tarlov, який вперше описав дану патологію, стверджував, що найчастіше перебіг кіст є безсимптомним [7]. Проте, в деяких випадках вони здатні викликати різноманітні симптоми, зокрема, локальний та корінцевий біль, парестезії, розлади сечовипускання та дефекації, головний біль [1,2,4,5,7]. Симптоми можуть посилюватися при напруженні, піднятті важких предметів та довгому сидінні [4,7]. З появою МРТ випадки діагностики кіст крижового каналу, як причини радикулопатії, значно почастишали [2,3,6]. Тактика лікування кіст досі залишається предметом палких дискусій. Вважають, що нейрохірургічне лікування є обов'язковим у випадку, якщо кіста більше 1,5 см в діаметрі [2,3,5].

Метою дослідження була оцінка безпосередніх та віддалених результатів оперативного лікування кіст крижового каналу в порівнянні з результатами консервативної терапії.

Матеріали та методи дослідження. Оцінено результати оперативного лікування 36 хворих з кістами крижового каналу, що проводилося на базі ДУ «Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова АМН України» та Київської обласної клінічної лікарні в період з 1996 по 2008 р. Контрольною групою були 32 хворих з кістами крижового каналу, які в цей же період лікувалися консервативно.

Хворим виконували клініко-неврологічне дослідження з використанням стандартних опитувальни-

ків, рентгенографію попереково-крижового відділу хребта у 2 проекціях та МРТ цієї ж ділянки, а також МРТ-мієлографію та електронейроміографію з метою верифікації радикулопатії.

Оперативне лікування проводили з використанням заднього доступу шляхом ламінектомії крижової кістки. За технічної можливості кісти видаляли повністю. При наявності нервових волокон корінця в стінці кісти Тарлова здійснювали резекцію її стінок на рівні ганглію, нервові корінці прикривали гемостатичною губкою чи пластинами ТахоКомба. Утворену порожнину заповнювали аутожировою клітковиною.

Безпосередні результати оперативного втручання оцінювали перед виписуванням хворого з стаціонару. Віддалені результати оцінювали при зверненні хворих за консультацією в період від 3 міс до 11,7 року з моменту оперативного втручання.

Дані дослідження оброблені методами математичної статистики з використанням програми Statistica 5,5 for Windows. Вірогідність різниці показників визначали за стандартними формулами з визначенням t-критерію Ст'юдента.

Результати та їх обговорення. Безпосередньо після оперативного втручання покращання неврологічного статусу відзначено у 33 (91,7%) хворих. Повний регрес неврологічних симптомів досягнутий у 26 (72,2%) хворих. Всі пацієнти живі. Дані порівняння неврологічних симптомів до та після оперативного втручання наведені у *табл. 1*.

Таблиця 1. Розподіл хворих з кістами крижового каналу за частотою виявлення клініко-неврологічних симптомів у безпосередньому післяопераційному періоді в порівнянні з доопераційним (n=36; $t_{0,05}=2,028$; $t_{0,01}=2,719$).

Клінічний симптом	Кількість хворих		t-критерій Ст'юдента
	до	після	
Больові симптоми			
Біль в зоні дерматомів іннервації корінців L _{IV} -S _{III}	29 (82,9%)	2 (5,7%)	10,18
Біль в нижніх кінцівках	22 (62,9%)	2 (5,7%)	6,22
Головний біль	15 (42,9%)	1 (2,9%)	4,46
Біль в крижовій кістці	9 (25,7%)	2 (5,7%)	2,36
Біль в прямій кишці	8 (22,9%)	1 (2,9%)	2,57
Біль у куприковій ділянці	4 (11,4%)	1 (2,9%)	1,38
Сенсорні порушення			
Гіперестезія чи парестезія у нижніх кінцівках	27 (77,1%)	5 (14,3%)	6,7
Гіперестезія чи парестезія в ділянці сідниці	8 (22,9%)	3 (8,6%)	1,65
Гіперестезія чи парестезія у періанальній ділянці	6 (17,1%)	1 (2,9%)	2,01
Розлади функції тазових органів			
Нетримання сечі	8 (22,9%)	3 (8,6%)	1,65
Моторні розлади			
Слабкість в нижніх кінцівках	10 (28,6%)	4 (11,4%)	1,82
Порушення рефлексів (здебільшого ахілова)	12 (34,3%)	2 (5,7%)	3,16

На момент контрольного обстеження вірогідно зменшилися частота виявлення сегментарного больового синдрому, болю у нижніх кінцівках, головного болю ($P < 0,01$), болю в крижовій кістці та прямій кишці ($P < 0,05$), а також гіпер- та парестезій в нижніх кінцівках та порушень рефлекторної сфери ($P < 0,01$). Решта показників (куприковий біль, гіперестезія чи парестезія у сідничній та періанальній ділянках, нетримання сечі та слабкість у нижніх кінцівках) змінилися несуттєво ($P > 0,05$).

Порівнюючи отримані дані з результатами консервативного лікування (табл. 2), можна побачити, що позитивна динаміка в групі оперованих виражена більше.

Віддалені результати проаналізовані у 29 (82,9%) оперованих хворих (табл. 3). У віддаленому періоді симптоми повільно регресували у 4 (13,8%) пацієнтів.

Найбільших змін у віддаленому періоді зазнав больовий синдром, найменших — моторні та тазові розлади. Найчастішою скаргою в цьому періоді було порушення чутливості в нижніх кінцівках за типом гіперестезії чи парестезії (у 3 хворих).

Проводячи порівняння з результатами консервативного лікування (табл. 4), можна побачити, що консервативна терапія дає лише тимчасове покращання, натомість хірургічне видалення кісти забезпечує стійкий ефект.

Таблиця 2. Розподіл хворих з кістами крижового каналу за частотою виявлення клініко-неврологічних симптомів до та після курсу консервативного лікування ($n=32$; $t_{0,05}=2,035$; $t_{0,01}=2,733$).

Клінічний симптом	Кількість хворих		t-критерій Ст'юдента
	до	після	
Больові симптоми			
Біль в зоні дерматомів іннервації корінців L _{IV} -S _{III}	22 (66,7%)	9 (27,3%)	3,61
Біль в нижніх кінцівках	20 (60,6%)	7 (21,2%)	3,60
Головний біль	6 (18,2%)	3 (9,1%)	1,07
Біль в крижовій кістці	10 (30,3%)	2 (6,1%)	2,64
Біль в прямій кишці	6 (18,2%)	1 (3,0%)	2,04
Біль у куприковій ділянці	3 (9,1%)	2 (6,1%)	0,45
Сенсорні порушення			
Гіперестезія чи парестезія у нижніх кінцівках	21 (63,6%)	6 (18,2%)	3,99
Гіперестезія чи парестезія в ділянці сідниці	7 (21,2%)	3 (9,1%)	1,37
Гіперестезія чи парестезія у періанальній ділянці	5 (15,2%)	1 (3,0%)	1,74
Розлади функції тазових органів			
Нетримання сечі	6 (18,2%)	5 (15,2%)	0,32
Моторні розлади			
Слабкість в нижніх кінцівках	8 (24,2%)	4 (12,1%)	1,19
Порушення рефлексів (здебільшого ахілова)	11 (33,3%)	4 (12,1%)	2,09

Таблиця 3. Розподіл хворих з кістами крижового каналу за частотою виявлення клініко-неврологічних симптомів безпосередньо після хірургічного втручання та у віддалений період ($n=29$; $t_{0,05}=2,045$; $t_{0,01}=2,756$).

Клінічний симптом	Кількість хворих		t-критерій Ст'юдента
	одразу після лікування	у віддалений період	
Больові симптоми			
Біль в зоні дерматомів іннервації корінців L _{IV} -S _{III}	2 (6,9%)	2 (6,9%)	0
Біль в нижніх кінцівках	2 (6,9%)	2 (6,9%)	0
Головний біль	1 (3,4%)	1 (3,4%)	0
Біль в крижовій кістці	2 (6,9%)	1 (3,4%)	0,6
Болі в прямій кишці	1 (3,4%)	—	—
Біль у куприковій ділянці	1 (3,4%)	—	—
Сенсорні порушення			
Гіперестезія чи парестезія у нижніх кінцівках	4 (13,8%)	3 (10,3%)	0,4
Гіперестезія чи парестезія в ділянці сідниці	2 (6,9%)	1 (3,4%)	0,6
Гіперестезія чи парестезія у періанальній ділянці	1 (3,4%)	—	—
Розлади функції тазових органів			
Нетримання сечі	2 (6,9%)	2 (6,9%)	0
Моторні розлади			
Слабкість в нижніх кінцівках	3 (10,3%)	2 (6,9%)	0,74
Порушення рефлексів (здебільшого ахілова)	2 (6,9%)	2 (6,9%)	0

Таблиця 4. Розподіл хворих з кістами крижового каналу за частотою виявлення клініко-неврологічних симптомів безпосередньо після курсу консервативного лікування та у віддалений період (n=21; $t_{0,05}=2,08$; $t_{0,01}=2,83$).

Клінічний симптом	Частота виявлення, %		t-критерій Ст'юдента
	одразу після лікування	у віддалений період	
Больові симптоми			
Біль в зоні дерматомів іннервації корінців L _{IV} -S _{III}	23,8	57,1	2,28
Біль в нижніх кінцівках	19,0	38,1	2,26
Головний біль	9,5	38,1	2,26
Біль в крижовій кістці	4,8	23,8	1,78
Біль в прямій кишці	4,8	19,0	1,42
Біль у куприковому відділі	—	4,8	—
Сенсорні порушення			
Гіперестезія чи парестезія у нижніх кінцівках	19,0	42,9	1,69
Гіперестезія чи парестезія в ділянці сідниці	9,5	9,5	0
Гіперестезія чи парестезія у періанальній ділянці	—	9,5	—
Розлади функції тазових органів			
Нетримання сечі	14,3	23,8	0,57
Моторні розлади			
Слабкість в нижніх кінцівках	9,5	23,8	1,24
Порушення рефлексів (здебільшого ахілова)	14,3	28,6	1,12

Висновки.

1. Безпосередньо після оперативного лікування кіст крижового каналу відзначено суттєве зменшення вираженості клініко-неврологічних симптомів.

2. У віддаленому післяопераційному періоді рецидивування кіст не спостерігали. Отже, даний вид лікування забезпечує тривалий ефект.

3. Консервативна терапія дає лише тимчасовий ефект і тому не може бути рекомендована хворим з кістами діаметром понад 1,5 см та ознаками радикулопатії.

Список літератури.

1. Chaiyabud P., Suwanpratheep K. Symptomatic Tarlov cyst: Report and review // J Med. Assoc. Thai. — 2006. — V.89. — P.1047-1050.
2. Kulkarni A.G., Goel A., Thiruppathy S.P., Desai K. Extradural arachnoid cysts: a study of seven cases // Br. J Neurosurg. — 2004. — V.18. — P.484-488.
3. Langdown A.J., Grundy J.R., Birch N.C. The clinical relevance of Tarlov cysts // J Spinal. Disord. Tech. — 2005. — V.18. — P.29-33.
4. Markham D.E. Cauda equina syndrome: diagnosis, delay and litigation risk // J Orthop. Med. — 2004. — V.26(3) . — P.103-105.
5. Nishiura I., Koyama T., Handa J. Intracanalicular perineural cyst // Surg Neurol. — 1985. — V.23. — P.265-269.
6. Tanaka M., Nakahara S., Ito Y. et al. Surgical results of sacral perineural (Tarlov) cysts // Acta Med. Okayama — 2006. — V.60. — P.65-70.
7. Wilkins R.H. Prevalence and percutaneous drainage of cysts of the sacral nerve root sheath (Tarlov cysts) // (Commentary) AJNR. — 1994. — V.15. — P.298-299.

Результаты хирургического лечения кист крестцового канала

Лешко М.М.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 36 больных с кистами крестцового канала и их сравнение с результатами консервативного лечения. Доказано, что хирургическое лечение кист обеспечивает длительный эффект, а эффект консервативного лечения является кратковременным.

Results of sacral cysts surgical treatment

Leshko M.M.

The analysis of 36 patients surgical treatment results with the cysts of sacrum channel is conducted and their comparing to the results of conservative treatment performed. It is proved that surgical treatment of cysts gives an effect of long duration. Besides, an effect of conservative treatment is temporal.

Коментар**до статті Лешко М.М. «Результати хірургічного лікування кіст крижового каналу»**

Слід зазначити, що кісти крижового каналу є дуже складною в діагностичному плані і водночас маловідомою патологією. Досить рідко вдається одразу встановити правильний діагноз. А щодо лікування, ще й досі немає одностайності.

В статті висвітлені результати 12-річної праці автора з вивчення результатів лікування хворих з кістами крижового каналу. За цей період прооперовано 36 хворих, що дозволяє застосувати статистичні методи та отримати вірогідні результати. Контрольна група також є репрезентативною.

Автор окремо проаналізував безпосередні результати лікування та віддалені наслідки в кожній групі. Результати як консервативного, так і оперативного лікування виглядають обнадійливими – суттєве покращання за більшістю оцінених показників. Проте, у віддаленому періоді в групі не оперованих хворих відзначено високу частоту рецидивів, натомість, після хірургічного лікування частота рецидивів була незначною.

Отже, з наведених даних можна зробити висновок, що за наявності верифікованої сучасними методами візуалізації кісти крижового каналу діаметром понад 15 мм хворому показане оперативне лікування.

*М.В.Хижняк, доктор мед. наук,
зав. відділенням ендоскопічної і лазерної нейрохірургії
Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України*