

Саидов С.С., Перфильев С.В., Мирзабаев М.Д.

Профилактика остаточных болевых синдромов после дискэктомий

Отделение «Патология позвоночника и спинного мозга» Республиканского Научного Центра Нейрохирургии, г. Ташкент

Saidov S. S., Perfilov S. V., Mirzabaev M. D.

Prevention of residual pain after discectomy

Резюме

Проанализированы результаты обследования, хирургического лечения и наблюдений 132 пациента с опухолями головного мозга супратенториальной локализации. Анализ данных ДТ-трактографии позволил выбрать оптимальный хирургический подход к опухоли, определить доступные для удаления участки и выполнить резекцию в адекватном объеме с сохранением проводящих путей белого вещества головного мозга, что позволило минимизировать хирургическую травму, снижение риска возникновения и усугубления неврологического дефицита, что предопределяет эффективность операции и хорошее качество жизни больных.

Ключевые слова: диффузионно-тензорная трактография, проводящие пути, головного мозг, опухоли, качество жизни

Summary

The aim of our study was: to evaluate the results of surgical treatment of patients with herniated intervertebral discs, who were made prevention of radiculopathy and spondylarthrosis interoperatively. We analyzed the results of 52 patients, reoperated on hernias of intervertebral discs and recurrent pain syndromes divided into two groups: in group I patients underwent discectomy, meningeoradiculolysis, blockade of facet joints (FJ) and applique of nerve roots with medicinal mixture, in group II was made a standard discectomy and meningeoradiculolysis. Preventive inside joint blockade with hormone and local anesthetic, and also the local appliques of nerve roots influence favourably upon results of the treatment of patients with intervertebral disc hernia.

Keywords: disc herniation, spondylarthrosis, postoperative residual pain

Введение

Не смотря на значительные успехи в хирургии межпозвонковых дисков проблема остаточных послеоперационных болевых синдромов остается актуальной и далеко нерешенной.

Из многофакторности причин остаточных болевых синдромов наименее изучено значение дистрофических изменений в суставах позвонков. Спондилоартроз развивается в той же последовательности, как и остеоартроз периферических суставов [1,2]. В зарубежной литературе спондилоартроз терминологически называют «фасеточным синдромом» (ФС) [5,6]. Информация по клиническим проявлениям ФС скудна и не специфична. Считают, что ФС проявляется хронической люмбалгией, усиливающейся при физических нагрузках, ротации, разгибаниях, особенно по утрам [3,4]. Предлагаются схемы консервативного и промежуточного лечения вплоть до химической, радиочастотной, лазерной и ультразвуковой денервации [7,8]. Информации по интраоперационной профилактике постоперационных радикулопатий, кроме лекарственной терапии, практически нет.

Целью нашего исследования было: изучить результаты повторного хирургического лечения больных с грыжами межпозвонковых дисков, которым во время операции проведена профилактика радикулопатий и спондилоартроза.

Материалы и методы

Изучены результаты повторных хирургических вмешательств у 52 больных, оперированных по поводу грыж межпозвонковых дисков и рецидивов болевых синдромов. Среди оперированных больных было 32 (61,5%) мужчин и 20 (38,5%) женщин в возрасте от 22 до 61 лет, средний возраст 40,03±11,83. Всем пациентам до операции было произведено МРТ поясничного отдела. Явления спондилоартроза были практически у всех больных с рецидивами грыж дисков. Все больные были разделены на 2 группы: в I группе (32 больных) пациентам была произведена дискэктомия, менингоградикулолиз с последующей блокадой дугоотростчатых суставов (ДС) (Кеналог (KRKA-Slovenia)- 40мг(1,0)+Лидокаин 2%-3,0 с аппликацией нервного корешка этим же раствором), во II группе (20 больных) была произведена стандартная дис-

эктомия. Операции выполнены на следующих уровнях: VL3-VL4 (7%), VL4-VL5 (50 %), VL5-VS1 (36,4 %) на двух уровнях (6,6%).

Показаниями к хирургическому лечению были: наличие стойкой люмбалгии, корешковых и локальных болей, обусловленных грыжей межпозвонкового диска и спондилоартрозом.

Диагностический комплекс включал: общеклинические, анамнестические, неврологические обследования, обзорную и функциональную рентгенографию поясничного отдела позвоночника, а также КТ, МРТ, МСКТ и ЭНМГ. Клинические примеры спондилоартрозов и грыж дисков по данным МРТ представлены на рис.№1 и рис.№2.

Планирование уровня хирургического вмешательства и его вида базировалось на принципе клинкоморфологического соответствия, согласно которому операция должна быть направлена на устранение патоморфологического субстрата развившейся клинической симптоматики.

В неврологическом статусе отмечались корешковые боли у всех больных I и II группы. Люмбалгия, особенно по утрам беспокоила 21 больного I группы и 8 больных II группы, что свидетельствовало о клинических признаках спондилоартроза. Спондилоартрозы подтверждались и нейровизуальными обследованиями.

Всем больным произведено удаление грыжи дисков интерламинарным доступом, с последующим блокадой ДС и аппликацией нервного корешка для эффективного купирования корешковых и локальных болей (группа I, 32 больных) и обычное удаление грыжи дисков интерламинарным доступом (группа II, 20 больных). В I группе

при выполнении удаления грыжи дисков интерламинарным доступом и блокады ДС предпочтение отдавалось после дискэктомии блокаде ДС и муфтообразному окутыванию нервного корешка аппликацией пропитанной Кенолог+Лидокаиновой смесью.

Результаты и обсуждение

Результаты хирургического лечения изучены в сроки после операции на первые сутки, при выписке и через 3 мес. после операции. Произведена оценка боли по ВАШ больным обеих групп. Данные представлены в таблице №1.

В дооперационном периоде оценка боли у больных составила в I группе: у 5 больных 7 баллов, у 6 - 8 баллов, у 6 - 9 и у остальных 10 баллов. После операции: в первые сутки у 13 больных 1 балл, у 15 - 2 балла, у 4 - 3 балла соответственно. Перед выпиской оценка боли имела следующие показатели: у 16 больных 1 балл, у 13 - 2 балла, у 3 - 3 балла соответственно. Через 3 месяца у 10 - 0 баллов, у 18 - 1 балл, у 4 - 2 балла соответственно.

В дооперационном периоде оценка боли у больных II группы: у 9 больных 7 баллов, у 5 - 8 баллов, у 4 - 9 и у остальных 10 баллов. После операции на первые сутки: у 6 больных 1 балл, у 5 - 2 балла, у 3 - 3 балла, у 4 - 4 балла и у 2х отмечались выраженные боли рефлекторного характера до 5 баллов. Перед выпиской оценка боли имела следующие показатели: у 6 - 1 балл, у 7 - 2 балла, у 5 - 3 балла и у 2 - 4 балла соответственно. Через 3 месяца: у 6 - 0 баллов, у 6 - 1 балл, у 6 - 2 балла и 2 - 3 балла соответственно.

При сравнении оценки боли у больных обеих групп достоверно отмечено, что у больных I группы, ко-

Таблица 1. Показатели оценки боли пациентов по группам

Оценка боли по ВАШ	Оценка боли у больных I группы по шкале ВАШ	Оценка боли у больных II группы по шкале ВАШ	P=
До операции	8,96±1,14	7,95±1,05	0,0024
После операции в 1-е сутки	1,71±0,68	2,55±1,39	0,0053
Перед выпиской	1,59±0,66	2,15±0,98	0,0172
Через 3 месяца	0,84±0,62	1,25±1,01	0,0351

Статистика была произведена программой MedCalc.



Рис1. Больной С. 41. Грыжи диска на уровне VL5-VS1 слева и с той же стороны спондилоартроз.



Рис2. Больной А. 45 г. Грыжи диска на уровне VL5-VS1 центральная и двусторонняя спондилоартроз.

торым была сделана блокада ДС и аппликация нервного корешка, после операции боли практически купировались, что позитивно влияло на общее состояние больных и процесс послеоперационной реабилитации.

Всем больным в послеоперационном периоде проведено одинаковое реабилитационное лечение, кроме 2х больных из II группы, которым, в связи с сохранением рефлекторно-миотонического синдрома, дважды пришлось выполнить блокады грушевидных мышц.

Динамика интенсивности болевого синдрома до и после операции у больных по группам показала достоверные отличия и лучшие результаты у больных I группы.

Повторный рецидив болевого синдрома, потребовавший блокады, возник у двух больных из II группы (10 %), а у больных I группы, за время наблюдения, рецидива болевого синдрома не было. Причинами повторных рецидивов болевого синдрома явились: локальная люмбагия и компрессионно-ирритативный радикулярный синдром.

Заключение

Таким образом, наши данные показали, что профилактические внутрисуставные блокады с гормонами и местными анестетиками, а так же местные аппликации с гормонами и местными анестетиками нервных корешков на завершающем этапе операции благоприятно влияют на результаты лечения больных с грыжами межпозвоноковых дисков со спондилоартрозами, особенно при повторных операциях и длительном вертеброгенном анамнезом.

Одной из причин хронических болевых синдромов, а в отдельных случаях и причин требующих хирургического лечения, является дегенеративный спондилоартроз дугоотросчатых суставов, поддерживающий остаточный болевой синдром и после операции. ■

Саидов С.С., Перфильев С.В., Мирзабаев М.Д., Отделение «Патология позвоночника и спинного мозга» Республиканского Научного Центра Нейрохирургии, г. Ташкент; Автор, ответственный за переписку - Саидов Сохиб Саидмуродович, dr_sssnan@mail.ru, +998935447549.

Литература:

1. Алгузбаев Р. А., Каманин И. И. Современная концепция клинко-лучевой диагностики дистрофической патологии позвоночника. // Вертеброневрология.- 1998-г1-С. 10-13. (FS-20).
2. Антонов И.П. Периферическая нервная система // Наука и техника. — 1990.—Вып. 3. —С. 158 — 165.
3. Бобровникова Т.Н. К клинике болевых синдромов в области грудной клетки // Остеохондроз позвоночника. — Новокузнецк, 1973. — 4.1. — С. 249 — 253.
4. Боговяленский В.Ф., Веселовский В.П., Попелянский А.Я. и др. Вопросы дифференциальной диагностики вертеброгенных заболеваний нервной системы: методические рекомендации. —Казань, 1980. — 32 с.
5. Bogduk N. Long D. M. Lumbar medial branch neurotomy: A modification of facet denervation. Spine 5:P. 193-201, 1980. (FS-14)
6. BogdukN., Long D. M. The anatomy of the so called articular nerves and their relationship to facet deviation in the treatment of low-back pain. J Neurosurg51: P. 172-177, 1979.(FS-13).
7. Hilderbrandt J., Argyrakakis A. Percutaneous nerve block of the cervical facets: a relatively new method in the treatment of chronic headache and neck pain // Manual Med1986.-V.2.-P.48-52.(3-6)
8. Hull L. Retroperitoneal disc fenestration in low back pain and sciatica// Acta OrlapScand.-1951.-2-P.342-348. (2-5)