

Нейрохирургическое лечение болевых проявлений радикулопатии при дегенеративных компрессионных поражениях шейного отдела позвоночника

Золотоверх А.М., Слынько Е.И.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
8044 5921909
eu_slinko@yahoo.com

Цель: повысить эффективность лечения болевых проявлений радикулопатии у больных с дегенеративным компрессионным синдромом шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы: Клинические проявления радикулопатии у больных с ДКС позвоночного канала выявлены почти у каждого третьего больного с ДКС, в 67 наших наблюдениях. Тяжесть неврологических проявлений радикулопатии оценивалась по разработанной нами 5-бальной шкале шейной радикулопатии. Собранные данные свидетельствуют о преобладании больных с выраженными клиническими проявлениями радикулопатии (IV-V степени).

Результаты. Все 67 больных с радикулопатией были прооперированы. У 57 больных была применена передняя микродискэктомия, из них у 5 без стабилизации, у 52 операция завершалась стабилизацией титановым полым имплантатом. У 10 больных применен задний вид декомпрессирующих операций – задняя микрофораминотомия. В послеоперационном периоде значительное улучшение отмечено у 25 больных, улучшение отмечено у 37, у 4 изменений отмечено не было, у одного больного отмечено ухудшение.

Выводы. Наши данные свидетельствуют о преобладании больных с выраженными клиническими проявлениями радикулопатии (IV-V степени), и преобладании больных с монорадикулярным характером поражения, чаще поражались С5 и С7 корешки, реже в процесс вовлекались С4, С6 и С8 корешки. Это говорит о том, что оперативному лечению чаще подвергались пациенты с более выраженной симптоматикой, а также косвенно свидетельствует о том, что при ДКС шейного отдела чаще поражается нижнешейный отдел. Методом выбора при оперативном лечении радикулопатий шейного отдела позвоночника является передняя дискэктомия с передней фораминотомией и последующей стабилизацией.

Медикаментозные блокады с КТ ассистенцией в лечении вертеброгенных болевых синдромов

Зорин Н.А., Зорин Н.Н.

Государственная медицинская академия,
Центр Эндоскопической нейрохирургии
Днепропетровск
Украина
80562 398649
nzorin@i.ua

Эффективность медикаментозной блокады (МБ) при лечении вертеброгенного болевого синдрома (ВБС) во многом зависит от точности попадания иглы в нервную структуру, подвергающуюся блокированию.

Цель исследования – изучить возможность и эффективность МБ с КТ ассистенцией у больных с ВБС.

Материал и методы – пролечено 26 больных с ВБС: у 17 причиной боли была дискогенная патология, не требующая хирургического лечения, у 5 – фасеточный синдром, у 4 – дегенеративный стеноз межпозвонкового отверстия. Все манипуляции проводились на спиральном компьютерном томографе фирмы Toshiba, Asteion Super 4, оснащенном специальной программой КТ-флюороскопии. Для проведения блокады использовали 1% лидокаин в дозе 6-10 мл и суспензию Дипроспан в дозе 1 мл. Выраженность болевого синдрома определяли по Визуальной аналоговой шкале, а эффективность блокады – по процентной шкале боли.

Результаты и их обсуждение. Проведение МБ под контролем КТ флюороскопии во всех случаях позволило установить иглу в заданной точке с точностью ± 1 мм. У больных с дискогенными корешковыми болями игла вводилась через нижнюю половину межпозвонкового отверстия в диск. Затем игла медленно извлекалась, и анестетик вводился как только сопротивление его введению исчезало. Одновременно вводился дипроспан. При фасеточном синдроме блокировался фасеточный нерв, расположенный у корня верхнего суставного отростка. В двух случаях препарат введен в полость сустава в дозе 0,1 мл. При дегенеративном стенозе препарат вводился непосредственно в область межпозвонкового отверстия. О правильности выбора структуры, подвергающейся блокированию, говорило полное или частичное исчезновение боли в течение 10-15 минут. Полное исчезновение боли отметили 20 больных, а у 6 боль уменьшилась на 75% по визуальной аналоговой шкале. У них потребовалось блокирование дополнительно других структур спустя 5-6 дней. У 18 больных достаточно было одной процедуры для получения стойкого терапевтического эффекта. 5 больным потребовалось 2 процедуры с интервалом в 6-8 дней, а 3 – три процедуры. У двух больных с дегенеративным стенозом межпозвонковых отверстий терапевтический эффект оказался не стойким.

Выводы: Медикаментозные блокады, проведенные под контролем КТ-флюороскопии, являются эффективным методом лечения вертеброгенных болевых синдромов, не требующих хирургического лечения.