

РУБЦОВО-СПАЕЧНЫЙ ЭПИДУРИТ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА (КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

ГУНЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)

Цель исследования — изучить клинические проявления и провести оценку эффективности лечения пациентов с рубцово-спаечным эпидуритом в поясничном отделе позвоночника, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении клиники НЦРВХ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены ближайшие и отдалённые результаты обследования и лечения 44 больных с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулитами, поступившими на повторное оперативное лечение за 2000 — 2007 гг. Методы исследования включали клиническо-неврологическое обследование, локальный статус, рентгенологическое обследование, МРТ поясничного отдела позвоночника, ЭНМГ, тепловидение, иммунологические методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Женщин было 27 (61,4 %), мужчин — 17 (38,6 %). Возраст больных был от 21 до 66 лет. 74 % больных были в возрасте от 31 до 50 лет. У всех пациентов при поступлении имелся болевой синдром разной степени выраженности. По данным МРТ у всех пациентов имелись грыжи диска от 6 до 11 мм или признаки эпидурального фиброза. По локализации процесса в большинстве случаев грыжа диска располагалась в сегменте L_{IV} — L_V). Рубцово-спаечные изменения располагались на этих же уровнях. Неврологический дефицит у пациентов оценивали по классификации Иргера. 1 фазу (локальная боль) имели 24 (54,5 %) пациента, 2 фазу (корешковая боль) — 21 (47,7 %) больной, 3 фазу (моторные и сенсорные нарушения) — 30 (68,2 %) больных, 4 фазу (паралич, анестезия) — 8 пациентов (18,2 %). Выраженный неврологический дефицит наблюдали у 7 (15,9 %) человек (3 и 4 фазы). У всех больных были положительными симптомы натяжения, а в 58 % случаев — резко выраженные. Нами анализировались сроки повторного поступления больных в стационар после удаления грыжи диска в связи с выраженными болевыми проявлениями и сопутствующим неврологическим дефицитом. В среднем больные обращались за помощью через 2,5 года.

Абсолютными показаниями для проведения повторной операции считали нарастающий неврологический дефицит, синдром компрессии конского хвоста, явления миелорадикулоишемии, некупируемый болевой синдром. Относительные показания включали: недостаточный эффект от консервативной терапии, повторные эпизоды ишиалгии, неврологический дефицит. Хирургическое лечение больных проводилось на фоне уже имеющихся спаечных изменений. Трансламинарный доступ был применен у 7 (15,9 %) больных, гемиламинэктомия выполнена 18 (40,9 %), ламинэктомии выполнены 19 (43,2 %) пациентам.

В консервативной терапии послеоперационного рубцово-спаечного процесса мы использовали в/в введение вазоактивных препаратов (Трентал, Актовегин), витамины группы В, алоэ, НПВП, физиолечение (ДДТ, амплипульс, электрофорез с димексидом, новокаином), иглорефлексотерапию, массаж. Пациенты в течение 2 — 3 недель носили ортопедический пояс, спали на жёстком матрасе и получали эпидуральные блокады с новокаином, лидазой и дипроспаном. Оценку ближайших результатов производили по следующей схеме:

- 1) хорошие результаты — отсутствие болей в пояснице и ногах, полное или почти полное восстановление движений и чувствительности, хороший тонус и сила мышц нижних конечностей, восстановление нарушенных функций тазовых органов, трудоспособность сохранена полностью;
- 2) удовлетворительные результаты — значительный регресс болевого синдрома, неполное восстановление движений и чувствительности, хороший тонус мышц ног, значительное улучшение функций тазовых органов, трудоспособность сохранена почти полностью или снижена;
- 3) неудовлетворительные результаты — неполный регресс болевого синдрома, двигательные и чувствительные нарушения сохраняются, тонус и сила мышц нижних конечностей снижены, функции тазовых органов не восстановлены, трудоспособность снижена или инвалидность не восстановлена.

В результате исследования выявлено, что при консервативном лечении чаще (в 40,9 % случаев) встречаются неудовлетворительные результаты, что является показанием для проведения повторных оперативных вмешательств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, учитывая недостаточно высокий процент хороших и удовлетворительных результатов лечения рубцово-спаечного эпидурита оперативными и консервативными методами, мы пришли к выводу, что для предотвращения рубцовых изменений в области патологических изменений при пер-

вичных операциях следует применять хирургические методы профилактики, а в раннем послеоперационном периоде применять терапию, предотвращающую образование рубцов (возможно, различные иммунокорректирующие методики).

Л.В. Сорокина, И.Е. Голуб, А.С. Воробьев, Е.С. Нетесин, Е.С. Паршукова

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет Росздрава (Иркутск)
МУЗ КБ № 1 (Иркутск)**

Цель исследования — разработать новый вариант общей анестезии, направленный на достижение всех необходимых ее компонентов на центральном, сегментарном и периферическом уровне.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное рандомизированное («метод конвертов») контролируемое исследование проведено с января 2003 г. по декабрь 2006 г. у 60 больных с острой кишечной непроходимостью. Критерии включения: верифицированный диагноз острой кишечной непроходимости, возраст 38 — 90 лет, определение концентрации кортизола, пролактина, диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), антиокислительной активности (АОА), отсутствие у больного инкурабельного сопутствующего заболевания. Критерии исключения — гипотензия, непереносимость местных анестетиков. В зависимости от способа проводимого анестезиологического пособия больные с ОКН были распределены на 2 группы. Группу клинического сравнения-1 составили 30 (50 %) больных, которым проводилась многокомпонентная НЛА (МНЛА). Группа клинического наблюдения состояла из 30 (50 %) пациентов, оперированных в условиях МНЛА в сочетании с эпидуральной анестезией (МНЛА + ЭА). Методика анестезии: больные всех групп получали стандартную премедикацию. У больных группы клинического сравнения-1 при проведении МНЛА общая доза фентанила составила $4,5 \pm 0,6$ мкг/кгч., дроперидола — $0,12 \pm 0,02$ мкг/кгч., ГОМКа — $65,0 \pm 12,0$ мг/кг, дипривана — $4,3 \pm 0,6$ мг/кгч., кетамина — $5,7 \pm 1,2$ мг/кг, ардуана — $0,04 \pm 0,003$ мкг/кгч. У больных группы клинического наблюдения (МНЛА + ЭА) общая доза фентанила составила $2,1 \pm 0,01$ мкг/кгч., дроперидола — $0,09 \pm 0,001$ мкг/кгч., ГОМКа — $44,0 \pm 8,4$ мг/кг, дипривана — $2,9 \pm 0,9$ мг/кгч., кетамина — $4,7 \pm 1,2$ мг/кг, ардуана — $0,02 \pm 0,004$ мкг/кгч., наропина (10 мг/мл) — $1,4 \pm 0,9$ мг/кг. Изучали показатели гемодинамики, концентрацию кортизола, пролактина, продуктов ПОА, АОА за 40 мин. до операции, в травматичный период операции, после окончания операции и наркоза, через 24 часа. У больных группы клинического сравнения-1 послеоперационное обезбоживание проводили наркотическими анальгетиками в общепринятых дозах. В группе клинического наблюдения послеоперационное обезбоживание осуществляли введением наропина инфузионно в перидуральное пространство (2 мг/мл) 50 мг/час в сочетании с фентанилом 0,1 мг. Значимость различий количественных показателей между группами и этапами исследования определяли по критерию Крускала-Уоллиса, различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты наших исследований показали, что при сравнительном анализе МНЛА + ЭА и МНЛА у пациентов второй группы в травматичный этап операции отмечается значимое снижение АДс на 18,8 % ($p < 0,001$), АДд — на 15,8 % ($p < 0,001$), частоты сердечных сокращений — на 5,3 % ($p = 0,002$), АДср — на 18,9 % ($p < 0,001$), УО увеличился на 12,5 % ($p < 0,001$), МОК — на 6,0 % ($p < 0,001$), СИ — на 9,5 % ($p = 0,009$), ОПСС снизилось на 21,4 % ($p < 0,001$).

После операции и наркоза показатели гемодинамики были в пределах нормальных значений. Отмечалось дальнейшее значимое повышение ударного объема на 21,8 % ($p < 0,001$), минутного объема кровообращения — на 10,6 % ($p = 0,003$), СИ — на 10,7 % ($p = 0,030$), ОПСС значимо снизилось на 19,2 % ($p < 0,001$).

В раннем послеоперационном периоде через 24 часа систолическое, диастолическое, среднее артериальное давление и частота сердечных сокращений были в пределах нормальных значений. Ударный объем повысился на 24,1 % ($p < 0,001$), МОК — на 22,3 % ($p = 0,003$), СИ — на 29,8 % ($p = 0,011$), ОПСС снизилось на 24,5 % ($p < 0,001$).

В травматичный этап операции при проведении МНЛА + ЭА по сравнению с МНЛА отмечалось значимое снижение концентрации кортизола на 8,8 % ($p = 0,015$), пролактина — на 63,5 % ($p < 0,001$), после операции и окончания наркоза уровень кортизола и пролактина снизился, соответственно, на 33,0 % ($p < 0,001$) и 63,1 % ($p < 0,001$). Через 24 часа после операции концентрация кортизола снизилась на 45,5 % ($p_1 < 0,001$), пролактина — на 63,5 % ($p_1 < 0,001$).