

© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.721.1-007.43-089.168-06:616.721.1-009.7-089

О.Н. Тюлькин, В.В. Щедренюк, К.И. Себелев, О.В. Могучая

■ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНО- КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

ФГУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова
Росмедтехнологий» (дир. — д-р мед. наук И.В. Яковенко), Санкт-Петербург

Ключевые слова: поясничный остеохондроз, межпозвонковый диск, рецидив болевого синдрома, результаты лечения.

Введение. Несмотря на существенные достижения в хирургии позвоночника с развитием современных технологий, внедрением щадящих доступов и микрохирургической техники, примерно у 15% оперированных больных по поводу грыж межпозвонковых дисков (МПД) на пояснично-крестцовом уровне не отмечается существенного регресса болевого синдрома; а не менее чем у 5–20% — возникают рецидивы болевого синдрома [1–5, 9]. Эти пациенты лечатся в амбулаторной сети, неврологических или нейрохирургических отделениях по стандартным схемам, нередко не учитывающим всех клинических особенностей оперированного больного. Многообразие и вариабельность болевых проявлений определяют необходимость тщательного обследования и точного определения ведущих патогенетических факторов, воздействуя на которые можно получить необходимый положительный результат. Основные лечебные мероприятия существенно зависят от уровня, характера и объема оперативного вмешательства, выраженности неврологического дефицита и интенсивности болевого синдрома. Целью восстановительного лечения является ликвидация болевых ощущений, коррекция неадаптивных изменений двигательного стереотипа и явлений психологической дезадаптации, что, в конечном итоге, приводит к восстановлению привычного образа жизни и трудоспособности [1, 6–12].

Материал и методы. Проведен анализ лечения 42 пациентов (24 мужчины и 18 женщин) в возрасте от 41 до 62 лет после удаления грыж МПД пояснично-крестцового отдела позвоночника. Пациенты поступали в стационар с рецидивом болевого синдрома в сроки от 2 мес до 3 лет после оперативного лечения. Применяемый клинико-диагностический

комплекс, наряду с оценкой неврологических данных и ортопедического статуса, включал проведение функциональных спондилограмм, рентгенологического исследования крестцово-подвздошных сочленений, магнитно-резонансную и спиральную компьютерную томографию пояснично-крестцового отдела позвоночника. Оценку интенсивности боли проводили с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты и обсуждение. Болевой синдром являлся ведущей причиной обращения за медицинской помощью у всех пациентов. У большинства больных (38 человек, 90,5%) боли той или иной степени выраженности сохранялись непосредственно после операции. По своему характеру болевой синдром был представлен корешковыми болями в виде радикулопатии, оболочечным болевым синдромом, миотоническими и суставными болями, а также проявлениями нестабильности в оперированном или смежных позвоночно-двигательных сегментах (ПДС). Интенсивность болевого синдрома по ВАШ составляла 50–70%, и только у одного больного с рецидивом грыжи диска болевые ощущения оценивались на 80%. Распределение пациентов по характеру болевого синдрома после удаления грыж МПД на пояснично-крестцовом уровне и установленным причинам их возникновения представлено в табл. 1.

Из 4 пациентов с рецидивом болевого синдрома, возникшим спустя 1 год и более после операции, при обследовании были выявлены рецидив грыжи МПД (3 наблюдения) и остеофит с деформацией межпозвонкового отверстия и компрессией корешка спинномозгового нерва (1 наблюдение).

Следует отметить, что нередко в основе болевого синдрома было несколько причин. Практически у всех пациентов установлено сочетание двух факторов и более, но при детальном анализе патогенетической ситуации удавалось

Таблица 1

Распределение больных по характеру и причине болевого синдрома (n=42)

Характер и причина болевого синдрома	Число больных
Корешковая боль (радикулалгия):	
рубцовая компрессия корешка	8
рецидив грыжи МПД	2
воздействие остеофита на корешок	6
спондилоартроз	2
Оболочечные боли:	
рубцово-спаечный процесс	6
Миотонический синдром:	
миофасциальные узлы	30
мышечный гипертонус	26
Артралгический синдром:	
спондилоартроз	20
крестцово-подвздошный артроз	4
Биомеханический синдром:	
нестабильность ПДС	2

выявить ведущий компонент болевого синдрома. К факторам, влияющим на отсутствие регресса болевого синдрома после хирургического лечения грыж МПД на пояснично-крестцовом отделе позвоночника, относится, прежде всего, поясничный стеноз. Его признаки в различной степени выраженности были установлены у 36 пациентов (85,7%), при этом преобладали смешанные формы стеноза. Существенное значение имело и наличие спондилоартроза, что было выявлено в 22 наблюдениях (52,4%). Это совпадает с известными данными о том, что значительный удельный вес среди дегенеративных заболеваний позвоночника занимает поражение его задних структур — дугоотростчатых суставов с клиническим развитием фасет-синдрома [1, 6–8].

Лечебные мероприятия проводили в зависимости от ведущей причины болевого синдрома. Повторное хирургическое лечение предпринято у 5 пациентов, из них у 2 — в связи с рецидивом грыжи МПД на уровне ранее выполненной операции, а у 3 — показанием к повторной операции служил стойкий болевой синдром, обусловленный рубцово-спаечным процессом, вызывающим компрессию корешка спинномозгового нерва. Объем хирургического лечения заключался в проведении повторного вскрытия позвоночного канала, ревизии зоны предшествующей операции, декомпрессии дурального мешка и корешка спинномозгового нерва. В 2 наблюдениях при наличии нестабильности в ПДС дополнительно осуществляли стабилизацию позвоночника. Для этого использовали ламинарные петельные фиксаторы

с эффектом термомеханической памяти формы и дозированной компрессии.

Консервативное лечение предпринято у 37 больных. Использовали стандартный набор физиотерапевтических процедур, медикаментозную поддержку с обязательным применением нестероидных противовоспалительных препаратов, сосудистых средств, витаминных комплексов и иногда — гормонов. В обязательном порядке применяли лечебные блокады с введением лекарственных веществ эпидурально, в миофасциальные узлы и полость суставов. Больные получали массаж и ЛФК. Результаты лечения (табл. 2) в целом можно расценивать как положительные. У 29 (69%) больных достигнуто полное исчезновение или существенное уменьшение болевого синдрома с восстановлением их трудоспособности. У 12 (28,6%) больных боли значительно регрессировали, увеличилась двигательная активность, они полностью себя обслуживают.

Таблица 2

Распределение больных по исходу лечения болевого синдрома (n=42)

Характер болевого синдрома	Результат лечения		
	отличный	хороший	удовлетворительный
Радикулалгия	3	8	5
Оболочечный синдром	—	2	4
Миотонический синдром	26	4	—
Артралгический синдром	2	15	3
Биомеханический синдром	—	1	1

Контрольный осмотр пациентов осуществляли через 6 мес, 1 и 2 года после проведенного лечения. С учетом выполнения рекомендаций, курсов восстановительного лечения у всех больных отмечен стойкий положительный результат лечения. При выписке отмечали практически полное купирование болевых ощущений (по ВАШ не более 10%), при осмотре в динамике отмечено некоторое усиление болевых ощущений, но их интенсивность не превышала 15–20%.

Таким образом, болевой синдром после операций по поводу грыжи МПД пояснично-крестцового отдела позвоночника встречается достаточно часто. Для успешного лечения необходимо установить характер и основные факторы, играющие ведущую роль в формировании болевого синдрома, а также определить способы воздействия на них.

Выводы. 1. Для выбора адекватной тактики лечения болевого синдрома у больных, опериро-

ванных по поводу грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника, необходимо установить основные факторы, которые его обуславливают.

2. Комплексное и адресно-направленное лечебное воздействие позволяет добиться регресса болевого синдрома и достичь стойкой ремиссии.

3. Поясничный стеноз и спондилоартроз относятся к основным факторам, способствующим сохранению болей после хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гиоев П.М. Комплексное лечение заболеваний поясничного отдела позвоночника.—СПб.: ИПТП, 2003.—248 с.
2. Доценко В.В. Повторные операции при дегенеративных заболеваниях позвоночника //Хирургия позвоночника.—2004.—№ 4.—С. 63–67.
3. Истрелов А.К. Рецидив болевого синдрома после удаления грыж поясничных межпозвонковых дисков: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Н. Новгород, 1998.—26 с.
4. Лебедев А.С. Отдаленные результаты хирургического лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков и пути их улучшения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—СПб., 2002.—18 с.
5. Мартынов В.А., Доценко В.В., Загородний Н.В. и др. Хирургическое лечение синдрома неудачных оперативных вмешательств на позвоночнике // Материалы III съезда нейрохирургов России.—СПб., 2002.—С. 266.
6. Назаренко Г.И., Героева И.Б., Черкашов А.М. и др. Вертеброгенная боль в пояснице.—М.: Медицина, 2008.—456 с.
7. Прошутинский С.Д., Коновалов Н.А. Применение метода радиочастотной денервации в лечении фасеточного болевого синдрома при спондилоартрозе пояснично-крестцового отдела позвоночника // Материалы V съезда нейрохирургов России.—Уфа, 2009.—С. 159–160.
8. Рынков И.П. Болевые синдромы при спондилоартрозах пояснично-крестцового отдела позвоночника: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—М., 2000.—32 с.
9. Тринитатский Ю.В., Острова К.А. Причины рецидива болевого синдрома после оперативного лечения на поясничных межпозвонковых дисках // Сб. научных трудов «Актуальные вопросы неврологии и нейрохирургии».—Ростов н/Д, 2008.—С. 145–148.
10. Шустин В.А., Парфенов В.Е., Топтыгин С.В. и др. Диагностика и хирургическое лечение неврологических осложнений поясничного остеохондроза.—СПб.: ФОЛИАНТ, 2006.—168 с.
11. Щедренок В.В., Олейник А.Д., Могучая О.В. Поясничный остеохондроз.—СПб.: изд. РНХИ им. проф. А.Л.Поленова, 2003.—264 с.
12. Parizel, P.M., Van Goethem J.W., van den Hauwe L. et al. Degenerative disc disease.—Spinal imaging. Diagnostic imaging of the Spine and Spinal Cord.—Springer-Verlag: Berlin; Heidelberg; New York, 2007.—P. 127–156.

Поступила в редакцию 18.12.2009 г.

O.N.Tyulkin, V.V.Shchedrenok, K.I.Sebelev, O.V. Moguchaya

THE DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PAIN SYNDROME AFTER OPERATION FOR HERNIAS OF THE INTERVERTEBRAL DISCS OF THE LUMBOSACRAL AREA OF THE BACKBONE

The results of treatment of 42 patients after eradication of hernias of intervertebral discs of the lumbosacral area of the spine with a recurrent pain syndrome were analyzed within the period from 2 months to 3 years after surgery. Almost all the patients were found to have a combination of two or more factors, responsible for the development of pain syndrome. Lumbostenosis and spondyloarthrosis were noted more often. Complex and specially directed medical actions allow getting regress of the pain syndrome and stable remission in 69% of the patients.