УДК 616.721.1-089-009.7-08:616.711.6

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТАТОЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ДИСКЭКТОМИИ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ

С.А. Павлов, М.В. Шпагин, Д.Н. Ястребов, Д.А. Степанов,
НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Горький ОАО «РЖД», г. Н. Новгород
Шпагин Максим Владимирович *– e-mail: shpagin-maksim@rambler.ru*

Статья посвящена проблеме лечения так называемого синдрома неудачной операции на позвоночнике. Представлена динамика болевого синдрома у пациентов с синдромом неудачной операции на позвоночнике в процессе сочетания региональной фармакотерапии и КВЧ-терапии низкоинтенсивным шумовым излучением. Установлено положительное влияние сочетанной регионарной фармакотерапии и КВЧ-терапии на вегетативный компонент болевого синдрома.
Ключевые слова: синдром неудачной операции на позвоночнике, КВЧ-терапия.

The article deals with the problem of the socalled «failed back surgery syndrome» (FBSS) treatment. It represents the dynamics of pain syndrome in the process of combined regional pharmacotherapy and EHF-therapy with low-intensity noise radiation. Positive influence of EHF-therapy on the vegetative component of pain has been revealed.
Key words: «failed back surgery syndrome» (FBSS), EHF-therapy

Введение

Одной из проблем хирургии позвоночника является синдром неудачных операций на поясничном отделе позвоночника (Failed Back Surgery Syndrome – FBSS). Этот синдром имеет место, когда, несмотря на проведение одной или нескольких операций на позвоночнике, нацеленных на уменьшение болей, они сохраняются в прежней интенсивности, что существенно снижает качество жизни и трудовую активность пациента. Частота этого синдрома колеблется от 5 до 10% всех операций.

Анализ данных литературы по проблеме поясничных болей показывает, что информационная структура болевого синдрома весьма сложна и обусловлена многими ноциогенными структурами. Многие ноциогенные структуры пояснично-крестцовой области генерируют ноциальный (болевой) код, обуславливая полиморфность клинической картины поясничной боли. Люмбодискэктомия приводит к устранению ряда ноциогенных структур, что изменяет боль, но полного устранения боли не происходит. В результате этого формируется остаточный болевой синдром [1].

Цель исследования: оценить эффективность комплексного применения региональной фармакотерапии препаратом «Теноксикам» и КВЧ-терапии в лечении боли при синдроме неудачных операций на поясничном отделе позвоночника.

Материалы и методы

Изучены результаты лечения 30 больных с синдромом неудачных операций на поясничном отделе позвоночника. Средний возраст пациентов составил 40,75±10,5 лет. Все пациенты имели радикулярный анамнез более 10 лет. Интенсивность болевого синдрома оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и методу качественно-количественной оценки структуры болевого синдрома. Проводилась скрининговая оценка тревоги и депрессии при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Для оценки качества жизни больных использовался освестровский опросник нарушения жизнедеятельности при поясничной боли.

В 26 случаях пациентам была выполнена гемиламинэктомия, в 4 случаях – чрескожная пункционная поясничная дискэктомия (ЧППД). У всех исследованных больных в послеоперационном периоде сохранялся выраженный болевой синдром.

Для купирования остаточного болевого синдрома применялась региональная фармакотерапия с использованием НПВС группы оксикамов. В данном случае проводились паравертебральные блокады препаратом «Теноксикам». В 19 случаях (исследуемая группа) в комплексном лечении остаточного болевого синдрома использовалась КВЧ-терапия низкоинтенсивным шумовым излучением. Остальные пациенты (n=11) составили группу сравнения. КВЧ-терапии осуществлялась на биологические активные точки.

Обработка данных проводилась с помощью пакета статистических программ STATISTICA 6.0.

Результаты и их обсуждение

В процессе регионарной фармакотерапии существенным было снижение уровня тревоги и депрессии у пациентов исследуемой группы. Также установлено положительное влияние на степень нарушения жизнедеятельности при дорсалгии.

Получена прямая корреляционная зависимость между уменьшением выраженности болевого синдрома и уровнем тревоги и депрессии (r=0,79, p=0,0379), а также между уменьшением выраженности болевого синдрома и уменьшением степени нарушения жизнедеятельности (r=0,91, p=0,0402).

В результате применения регионарной фармакотерапии и КВЧ-терапии тупая боль регрессировала, но сохранился вегетососудистый компонент, хотя и на меньшем уровне: покалывание 1,2±0,5 балла, гипоанальгезия 0,8±0,2 балла, мышечные спазмы 1,2±0,5 балла. При выписке в группе сравнения сохранялись все компоненты болевого синдрома: острая боль сохранялась силой до 2,2±0,5 балла, тупая боль – 3,2±0,2 балла, жжение – 2,2±0,2 балла, покалывание 3,2±0,8 балла, гипоанальгезия 2,2±0,8 балла, мышечные спазмы 0 баллов.

Сроки госпитализации в исследуемой группе составили 5,2±0,2 койко-дня, в то время как группе сравнения длительность лечения составила 10,2±1,3 койко-дня.

Изучен катамнез болевого синдрома с использованием разработанного нами метода оценки информационно-структурной динамики боли. Результатом применения

теноксикама является более стойкая ремиссия болевого синдрома. Приступы острой боли возникали у незначительного числа пациентов через 1,5–2 года при грубом нарушении режима (обычно резкий подъем тяжести). Полного устранения тупой боли (ТБ) не отмечалось ни в одной группе наблюдения. Однако уровень ТБ в группе, где использовался «Теноксикам», значительно ниже. Аналогичные изменения отмечаются и при анализе вегетососудистого компонента болевого синдрома (жжения, покалывания, мышечный спазм). Эти болевые проявления уменьшались, но полностью за период наблюдения до 3 лет не исчезали.

При поступлении больные оценивали свою боль в среднем в 6,46±1,3 балла по ВАШ. Проведенная качественно-количественная оценка болевого синдрома показала высокий уровень вегето-сосудистого компонента болевого синдрома.

При выписке отмечалось отсутствие острого компонента болевого синдрома в обеих группах. Вегето-сосудистый компонент болевого синдрома в исследуемой группе также был ниже, чем в группе сравнения.

В процессе регионарной фармакотерапии остаточного болевого синдрома существенным было снижение уровня тревоги и депрессии, установлено положительное влияние на степень нарушения жизнедеятельности. Однако в группе, где использовалась КВЧ-терапия, данные показатели были ниже.

В процессе лечения больных с болевым синдромом использовался метод крайне высокочастотной терапии (КВЧ-терапия) – лечебный способ воздействия электромагнитным излучением миллиметрового (ММ) диапазона (1–10 мм) крайне высокой частоты (30–300 ГГц), низкой интенсивности (менее 10 мВт/см^2).

Использование ММ-излучений в терапии и профилактике целого ряда болезней человека является одним из активно развивающихся направлений современной клинической медицины. Электромагнитные волны ММ-диапазона успешно применяются для лечения болезней органов кровообращения, дыхания, пищеварения, мочеполовой, эндокринной и нервной систем, детских болезней, а также в акушерстве и гинекологии.

Сегодня широко используется вариант КВЧ-терапии – информационно-волновая терапия (КВЧ-ИВТ), при которой используется низкоинтенсивное (0,01–0,8 мкВт) широкополосное шумовое излучение (30–325 ГГц), а воздействие осуществляется на биологически активные точки, с помощью аппаратов «Порог», «Порт», и др.

Метод ИВТ исключает необходимость настройки, навязывания определенной частоты, т. к. любой организм, следуя принципу локатора с активным поиском, сам «выбирает» из предложенного непрерывного спектра частот необходимую лечебную длину волны, а гомеопатические (10-18-10-17 Вт/см^2) дозы ЭМИ выполняют синхронизирующую и корректирующую роль, восстанавливая физиологическое равновесие пораженных органов. В настоящее время ни одно лекарственное средство столь широким нормализующим спектром воздействия не обладает [2].

Анализ результатов хирургического лечения дискогенных дорсалгий дает основания утверждать, что у большинства больных дискэктомия приводит к исчезновению или уменьшению болевого синдрома, нивелированию неврологических расстройств, но наряду с этим появляются условия существенных структурных изменений в позвоночнике, являющихся у многих больных причиной остаточного болевого синдрома.

Все методы лечения поясничных болей, в том числе хирургические, имеют ограниченную эффективность. Mooney и Robertson (1976) в Швеции анализировали 2500 последовательных дискэктомий. Полное устранение боли отмечалось в 60,2% случаев. Причины поясничных болей и болей с иррадиацией в ногу столь многочисленны, что ни один из способов лечения не является абсолютно эффективным. По мере изучения дискогенных болей в результате смещения диска, разрывов оболочки, болей в поясничной области с иррадиацией в ногу продолжается выделение различных вариантов болевых синдромов [3].

U. Schmidt (2000) провел мета-анализ 69 проспективных исследований различных хирургических методик, используемых при лечении грыж диска поясничного отдела позвоночника. Мета-анализ включал стандартную дискэктомию (5080 больных), микродискэктомию (5354 больных). Результаты обеих техник сравнивались с хемонуклеолизисом (2729 больных), лазерной вапоризацией (881 больной), эндоскопической нуклеотомией (3506 больных). Оценка проводилась по Mac Nab критериям. Открытые операции (стандартная дискэктомия и микродискэктомия) статистически достоверно дали лучшие результаты, нежели чрескожные методики: 90% отличных и хороших исходов при стандартной дискэктомии, 95% – при микродискэктомии, с 4% рецидивов; хемонуклеолизис и лазерная вапоризация – 69% и 70%, соответственно, с рецидивами в 17% и 18%; эндоскопическая нуклеотомия оказалась успешной в 84% случаев, с 14% рецидивов [4].

В патогенезе остаточного болевого синдрома после удаления грыж поясничных межпозвонковых дисков немалую роль играет не только механический фактор, но и изменения в спинномозговом корешке и оболочках спинного мозга, капсулах суставов, эпидуральной клетчатке, развитие эпидурального фиброза. Эффект оперативного вмешательства обеспечивается удалением не только части выпавшего диска, но и реактивно измененного края тел позвонков и прилежащей части фиброзного кольца, являющихся потенциальными факторами возможного формирования ноциогенных структур.

Отсутствие в ряде случаев положительного эффекта после операции или появление в отдаленном периоде дополнительных болевых ощущений свидетельствует в большей степени о недоучете сопутствующей патологии и необходимости более углубленного изучения патогенеза, клинических проявлений в каждом случае заболевания. Возникновение остаточного болевого синдрома у оперированных больных обусловлено совокупностью гетерогенных дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, прогрессирующих при явлениях дезорганизации функции организма. Неточное предоперационное планирование является важным фактором формирования остаточного болевого синдрома.

Выводы

1. Использование нестероидных противовоспалительных препаратов группы оксикамов при региональной фармакотерапии достоверно снижает показатели воспалительного

компонента болевого синдрома на 2,3±0,5 балла, что повышает эффективность терапии и снижает возможность перехода дискогенных дорсалгий в хроническую форму.

2. Применение региональной фармакотерапии и КВЧ-терапии в едином комплексе лечения дискогенных дорсалгий вызывает стойкий регресс болевого синдрома, сопровождается уменьшением воспалительного и вегетососудистого компонентов. Высокая эффективность комплекса региональной фармакотерапии препаратом теноксикам и КВЧ-терапии в купировании болевого синдрома позволяет рекомендовать его для широкого применения в схемах лечения вертеброгенных дорсалгий как в стационаре, так и в поликлинике.

3. Наличие вегетативного компонента болевого синдрома требует применения физиотерапии с использованием КВЧ-терапии низкоинтенсивным шумовым излучением.

4. В нейрореабилитации больных с остаточным болевым синдромом важна совместная работа нейрохирургов и неврологов для выработки более ранних показаний к хирургическому лечению, особенно у пациентов тяжелого физического труда, с частыми обострениями заболевания. Раннее определение показаний к хирургическому лечению будет способствовать меньшей выраженности остаточного болевого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Назаров В.М., Богомолов С.Д., Трошин В.Д., Жиляев Е.А. Эпидуральная фармакотерапия боли. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001. 208 с.

2. Микроволновая резонансная терапия (информационно-волновая терапия). Под ред. Е.С. Курочкиной. Н. Новгород: Елень, 1994. 196 с.

3. Дривотинов Б.В. Патогенез рецидивов корешкового болевого синдрома после хирургического лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков. Периферическая нервная система. 1981. № 4. С. 129-134.

4. Послеоперационная боль. Руководство. Под ред. Ф. Майкла Ферранте, Тимоти Р. Вейд Бонкора. М.: Медицина, 1998. 640 с.