

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ У БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Год: 2007, **том** 3 **Номер:** №1 **Страницы:** 92-94

Рубрика: [Травматология и ортопедия](#) **Тип статьи:** [Оригинальная статья](#)

Авторы: В.В.Островский, И.А.Норкин, В.Г.Нинель, В.Н.Иванченко

Организация: [ФГБУ Саратовский НИИ травматологии и ортопедии Минздравсоцразвития России](#)

Резюме:

В настоящей статье представлены результаты хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков у 58 больных, страдающих альгическими синдромами. Введение лекарственной смеси через установленный в эпидуральном пространстве катетер на фоне прямой электростимуляции пораженных спинномозговых корешков даёт возможность оптимизировать результаты лечения у 92,8% больных после повторных хирургических пособий.

Ключевые слова: грыжи межпозвонковых дисков, корешковые болевые синдромы, эпидуральная аппликация; лекарственных препаратов, прямая электростимуляция спинномозговых корешков.

Ключевые слова: [остеохондроз](#)

Дискогенная патология пояснично-крестцового отдела позвоночника, обусловленная дегенеративно-дистрофическими изменениями в нем, является самым распространенным заболеванием в мире. По статистике ВОЗ, на протяжении жизни боли в пояснице испытывают до 80% взрослого населения. Боли в пояснице ведущая причина нетрудоспособности у лиц старше 45 лет, связанная с большими материальными затратами общества, которые, как предполагается, в ближайшем будущем будут лишь возрастать [1, 4]. К этому следует добавить рост в последние годы числа лиц с неудовлетворительными исходами хирургического лечения, из-за чего от 3 до 15% больных вынуждены оперироваться повторно [10].

К причинам возврата вертеброгенных и корешковых болевых синдромов относят прогрессирующую дегенерацию и рецидив грыжи на оперированном межпозвонковом уровне, развитие спаечного процесса в позвоночном канале с на исходом в обширный эпидуральный фиброз, возникновение грыжи диска смежном уровне, нестабильности в позвоночно-двигательного сегмента, формирование фасет-синдрома [8].

Реальность такова [2, 9, 10], что, несмотря на применение щадящих хирургических доступов, микрохирургической и эндоскопической техники, использование методов лазерной дискэктомии и различных видов эндопротезирования дисков, существенно снизить процент рецидива вертеброгенных и корешковых болевых синдромов практически не удастся. Оставляют желать лучшего и результаты стабилизации пораженных позвоночно-двигательных сегментов современными металлоконструкциями.

В связи с этим целью настоящей работы послужила дальнейшая оптимизация лечебной тактики на основе разработки адекватных оригинальных хирургических приемов у больных с дискогенными болевыми синдромами в зависимости от конкретной патогенетической ситуации.

Материалы и методы

В основу данного анализа положено комплексное обследование и хирургическое лечение 58 больных в возрасте от 30 до 60 лет с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника и альгическими синдромами на почве компрессии спинномозговых корешков грыжей межпозвонковых дисков. Из них, 30 больных были госпитализированы после безуспешного консервативного лечения, а 28 — после уже ранее выполненных оперативных вмешательств по поводу грыж межпозвонковых дисков. Лиц мужского пола было 35 (61,7%), женского — 23 (38,3%).

При поступлении в неврологическом статусе у 26 из 58 больных наблюдался монорадикулярный болевой синдром, в большинстве случаев за счет поражения 5-го поясничного и 1-го крестцового корешков. У 16 пациентов с полирадикулярной симптоматикой отмечалось многоуровневое и двустороннее поражение 2-х корешков. Причем 10 из этих больных входили в группу пациентов, поступивших после ранее выполненных операций по поводу грыж межпозвонковых дисков. У 5 пациента выявлен синдром радикуломиелопатии, проявившийся двигательными выпадениями (глубокий парез стоп) и нарушениями функций тазовых органов. У остальных 11 больных в клинической картине преобладал упорный синдром люмбаишалгии.

Интенсивность корешкового болевого синдрома оценивали по шкале Prolo (1999) в баллах у

большинства больных интенсивность болевого синдрома носила умеренно-выраженный характер и равнялась по шкале Prolo 3-4 баллам. При этом учитывались сте-энь неврологического дефицита, нарушений эмоционально-психической сферы и социальной адаптации. 5 больных, которые поступили после ранее выполненных оперативных вмешательств, интенсивность болевых ощущений по шкале Prolo составляла 2 бал-1. Эти больные из-за очень сильных болевых ощущений и неврологического дефицита по сути дела были прикованы к постели. У них выявлялись различные вторичные эмоционально-психические расстройства, которые в отдельных случаях требовали эдикаментозной коррекции.

Для уточнения конкретной патогенетической ситуации и отбора больных на оперативное вмешательство применялся комплекс дополнительных методов обследования (обзорная и функциональная спондилография, позитивная миелография, компьютерная и магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, сочетанная с миелографией). В целях выяснения причин рецидива болевых синдромов и анализа результатов после повторных оперативных вмешательств были изучены 30 историй болезни больных (архивный материал). Среди них лиц жского пола было 17 (56,6%), женского — 13 (43,4%). Возраст больных был от 30 до 65 лет.

Результаты и их обсуждение

Проведенное комплексное обследование 58 боль-х в большинстве случаев позволило уточнить патологическую ситуацию и определить тактику лечения аждого конкретного больного. С появлением современных средств визуализации (компьютерная и магнитно-резонансная томография) заметно уменьшилась агностическая роль обзорной рентгенографии позвоночника. Однако, по нашему мнению, она все же ается первоочередным методом обследования. Так, обзорных и «функциональных» рентгенограммах из

у 19 из 28 больных, поступивших в стационар после ранее выполненных оперативных вмешательств, было обнаружено снижение высоты оперированного диска, которое у 5 сопровождалось реактивными костными разрастаниями, а у 2 — явной нестабильностью в позвоночно-двигательном сегменте. Появление в арсенале клиницистов новых диагностических средств, с различной информативностью и разрешающей способностью, потребовало обоснования их применения в каждом конкретном случае [3, 5]. В связи с этим значительным ориентиром служил предложенный Н. А. Коноваловым (1999) [5] алгоритм обследования больных с остеохондрозом по-яснично-крестцового отдела позвоночника, предусматривающий магнитно-резонансную томографию (МРТ), как метод выбора у больных с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулопатиями. Остальные методы обследования (миелография, компьютерная томография и компьютерная томография, сочетающаяся с позитивной миелографией) следуют применять тогда, когда информации, полученной при МРТ, оказывается недостаточно.

С учетом указанного выше предлагаемого диагностического алгоритма МРТ поясничного отдела позвоночника была осуществлена у 30 наших больных, поступивших в стационар после безуспешного консервативного лечения, и у 25 — обратившихся уже после ранее выполненных оперативных вмешательств. У 3 пациентов МРТ не производилась, поскольку у этих пациентов получена достаточная информация для решения вопросов лечебной тактики поданным спондилографии, компьютерной томографии и миелографии с омнипаком. В результате у 30 из 58 больных была обнаружена грыжа межпозвонкового диска. У 2 больных этой группы для уточнения патогенетической ситуации была произведена компьютерная томография и миелография. В итоге у одного больного выявлена фораминальная, у другого — секвестрированная грыжа межпозвонкового диска. Из 14 пациентов, поступивших после ранее выполненных оперативных вмешательств, только у 8 на магнитно-резонансных томограммах зарегистрировано наличие грыжевого выпячивания. У 6 больных потребовалось выполнение компьютерной томографии и отдельно и в сочетании с миелографией. В результате на фоне выраженного рубцово-спаечного процесса была всё же визуализирована грыжа межпозвонкового диска. Причем в большинстве случаев она локализовалась на оперированном уровне. Анализ 30 историй болезни больных с поясничным остеохондрозом (архивный материал) показал, что в более чем в 69% случаев повторно возникшие болевой синдром и корешковая симптоматика так же были обусловлены рецидивом грыжа межпозвонкового диска, которая у 75% пациентов образовалась на оперированном уровне.

Таким образом, у всех 30 больных оперативные вмешательства были произведены по поводу грыжи межпозвонкового диска. При этом у 16 больных хирургическое лечение предпринималось впервые, а 14 — повторно.

Как показали данные анализа архивного материала, убедительно свидетельствующие о том, что результаты после повторных операций при прочих равных условиях значительно уступают результатам первого оперативного вмешательства, нами был предложен оригинальный способ оптимизации хирургического лечения дискогенных радикулопатий. Суть метода заключалась в том, что после удаления компримирующего субстрата, на пораженный корешок устанавливали 2 электрода (активный и индифферентный). При этом индифферентный электрод располагали на спинномозговом корешке противоположно активному электроду.

Затем эпидурально к этой зоне, где располагаются электроды, подвели микроиригатор (эпидуральный катетер), через который к корешку (корешкам), подавали различные лекарственные препараты на фоне прямой стимуляции пораженного корешка (корешков) электрическим током с амплитудой 10-50 мкА, длительностью импульса 0,1-0,5 мс, частотой 50-60 Гц.

Положительные результаты (хороший и удовлетворительный) были достигнуты у 28 больных основной группы, что составило 93,2%. Эти результаты превышают данные представленные в отечественной и мировой литературе [7,11]. У больных группы сравнения такой же результат достигнут лишь в 78,6% наблюдений. Примечательно, что в группе сравнения в 3 раза больше получено неудовлетворительных исходов.

Сроки пребывания больных в стационаре у больных основной группы после удаления грыж межпозвонковых дисков составлял в среднем $10,9 \pm 1,26$, у больных группы сравнения $21,1 \pm 2,31$ ($p < 0,05$) койко/ дней, т.е. сроки пребывания в стационаре у больных основной группы сократились почти в 2 раза.

Отдаленные результаты были изучены у 49 больных трудоспособного возраста основной группы в сроки от 1 года до 4 лет после проведенного комплексного лечения, и у 30 больных группы сравнения в те же сроки. По характеру клинических проявлений больные основной группы и группы сравнения были идентичными.

Среди обследованных больных основной группы у 24 — были удалены грыжи МД с последующей прямой электростимуляцией спинномозговых корешков и введением в эпидуральное пространство лекарственных препаратов, а у 25 — осуществлялась электростимуляция через электроды и введение лекарственных веществ через катетер установленных пункционным путем. При клинко-неврологическом и инструментальном обследовании этих больных было обнаружено, что у 39 больных сохранялся положительный клинический эффект, а у 9 — хронический болевой синдром возобновился. При этом у 3 пациентов причиной болевого синдрома был рецидив грыжи МД, у остальных 6 — компрессионного механизма выявить не удалось.

Из 30 больных группы сравнения, которым применялись традиционные консервативных и хирургические методы лечения, у 19 — отмечен положительный клинический эффект, а у 11 — наблюдался рецидив хронического болевого синдрома. Причем у 8 пациентов он возник рецидива грыжи межпозвонкового диска и 3 — болевой синдром развился от других причин.

Таким образом, анализируя полученные ближайшие и отдаленные исходы лечения, и сопоставляя их с литературными данными [6,12] можно констатировать, что разработанная оригинальная методика значительно оптимизирует результаты лечения больных с дегенеративно-дистрофическими изменения в межпозвонковых дисках на поясничном уровне.

Выводы

1. Для уточнения патогенетической ситуации у больных с явной или предполагаемой корешковой симптоматикой, помимо тщательного и последовательного изучения неврологического статуса, необходимо использовать комплекс дополнительных методов исследования (обзорная и функциональная спондилография, позитивная миелография, компьютерная и магнитно-резонансная томография).
2. Основным показанием для выполнения первичного либо повторного оперативного вмешательства является выпадение или рецидив грыжи межпозвонкового диска.
3. Оригинальная методика осуществления длительной инфузии через эпидуральный катетер лекарственных препаратов к пораженным спинномозговым корешкам и проведения сеансов прямой электростимуляции позволяет оптимизировать восстановление проводимости в них и добиться положительных исходов у 93,2% повторно оперированных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева О.В. Особенности диагностики и лечения больных с грыжами поясничных межпозвонковых дисков при врожденном стенозе позвоночного канала: Автореф. дис... канд. мед.

- наук /О.В.Васильева: РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А.-Илизарова — Курган, 2002. — 28 с.
2. Васильев А.Ю. Пункционная лазерная вапоризация дегенерированных межпозвонковых дисков / А.Ю.Васильев, В.М.Казначеев. — М., 2005. — 128 с.
3. Ветрилэ СТ. Хирургическое лечение пациентов подросткового возраста с вертеброгенным поясничным болевым синдромом разной этиологии /СТ.Ветрилэ, В.В.Швец //Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. — 2005.-№ 2,- С.16-20.
- Гиоев ГШ. Комплексное лечение заболеваний поясничного отдела позвоночника /П.М.Гиоев.-СПб.: Изд-во «ИПТП»,2003. — 248 с.
5. Коновалов Н.А. Прогнозирование микрохирургического лечения грыж межпозвонковых дисков на пояснично-крестцовом уровне: Автореф. дис ...канд. мед. наук /Н.А.Коновалов /НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко РАМН. — М., 1999.- 23 с.
6. Кривошапкин А.Л. Анализ результатов микродискэк-томии при грыжах межпозвонковых дисков / А.Л.Кривошапкин, В.В.Фонин, А.Д.Некрасов Е.Т.Морданов //Боль. — № 1.-2004. — С.20-23.
7. Лебедев А.С, Отдаленные результаты хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков и пути их улучшения: Автореф. дис. ... канд.мед.наук / А. С. Лебедев — СПб, 2002.- 28 с.
8. Мусалатов Х.А. Хирургическая реабилитация корешкового синдрома при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника (Микрохирургическая и пункционная дискэктомия) /Х.А.Мусалатов, А.Г.Аганесов. — М.: Медицина, 1998.-88 с.
9. Сак Л.Д. Чрескожная эндоскопическая нуклеотомия ниже-поясничных дисков: обзор литературы /Л.Д.Сак, Е.Х.-Зубаиров, А.И.Козель //Хирургия позвоночника. — 2005. С. 74-84.
10. Холодов С.А. Эффективность микрохирургического удаления грыж поясничных дисков / С.А.Холодов, Н.Ю.Ф-ранцева //Журн. неврологии и психиатр. — 2002. — Т.102. -№ 4. — С.18-20.
11. Nygaard O. P. Duration of leg pain is a predictor of outcome after surgery lumbar dick herniation /O.P. Nygaard, R.Kloster, T.Sclberg //Abstract Book. 11-th European Congress of Neurosurgery. — 1999. — P.18, SS 1904.9.
12. Weiner B., Fraser R., Peterson M. Spinosus process to facilitate lumbar decompressive surgery / B.Weiner, R.Fraser, M.Peterson // Spine. -1999.-V.24.-N1 .-p.62-66.