

ИСТОЧНИК: <https://sibac.info/conf/med/iii/26446>

ШПАГИН М.В., ЧИЧАЕВ А.В., ПАВЛОВ С.А. ПЕРКУТАННАЯ ДИСКЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДИСКОГЕННЫХ ДОРСАЛГИЙ // СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ: СБ. СТ. ПО МАТЕР. III МЕЖДУНАР. НАУЧ.-ПРАКТ. КОНФ. – НОВОСИБИРСК: СИБАК, 2012.

ПЕРКУТАННАЯ ДИСКЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДИСКОГЕННЫХ ДОРСАЛГИЙ

Шпагин Максим Владимирович

канд. мед. наук, врач НУЗ ДКБ ОАО «РЖД», г. Н. Новгород

Чичаев Алексей Владимирович

врач НУЗ ДКБ ОАО «РЖД», г. Н. Новгород

Павлов Сергей Александрович

канд. мед. наук, зав. НХО НУЗ ДКБ ОАО «РЖД», г. Н. Новгород

E-mail: shpagin-maksim@rambler.ru

Спондилогенные поражения нервной системы — самые распространенные хронические заболевания человека. В структуре неврологической заболеваемости взрослого населения нашей страны поясничный остеохондроз составляет 48—52 %, занимая первое место, в том числе и по количеству дней нетрудоспособности. Боль в нижней части спины в течение жизни возникает у 70—90 % людей. Обострение данного заболевания составляет 32—161 дней на 100 работающих в год, что ведет к значительным экономическим потерям. По данным страховых компаний в США затраты на диагностику и лечение поясничных болей составляют 8 млрд. долл. в год, на компенсацию нетрудоспособности работающим, инвалидность и судебные издержки — около 14 млрд. долл. в год. Можно утверждать, что синдром боли в пояснице является третьим наиболее дорогостоящим заболеванием после болезней сердца и рака [1].

В настоящее время достигнуты значительные успехи в разработке консервативных методов лечения этого заболевания. Однако не всегда консервативное лечение приносит желаемые результаты. В этом случае наиболее эффективным и патогенетически обоснованным методом лечения является удаление измененного межпозвонкового диска или его фрагментов, сдавливающих корешки спинного мозга. Однако результаты лечения остаются далеки от желаемых. В связи с этим постоянно происходит совершенствование хирургических методик, предлагаются новые виды хирургического воздействия на межпозвонковый диск.

В 2002 г. компания Stryker предложила декомпрессор («Декомпрессор») для механического чрескожного удаления пульпозного ядра [3, 4, 5]. Это является одной из самых современных опций лечения боли в спине и ноге, вследствие проблем, связанных с патологией межпозвонкового диска — чрескожная пункционная поясничная дискэктомия (нуклеотомия). Декомпрессор — зонд для поясничной дискэктомии одноразового использования, который используется совместно с вводной канюлей, диаметром 1.5 мм, для удаления ткани nucleus pulposus межпозвонкового диска. Декомпрессор предназначен для аспирации ткани диска во время чрескожной поясничной дискэктомии.

Процедура проводится под местной анестезией или в/в обезболиванием для того, чтобы возможно было контролировать появление знаков раздражения корешка спинно-мозгового нерва. Общий наркоз противопоказан. Обязательным является визуальный контроль (С-дуга) процедуры на всех ее этапах.

Цель исследования — изучение ближайших и отдаленных результатов чрескожной пункционной поясничной дискэктомии (ЧППД).

Материалы и методы. Начиная с сентября 2009 г., 57 пациентам выполнена чрескожная пункционная поясничная дискэктомия (ЧППД).

Большим проведены: клинико-неврологическое, клинико-алгическое, клинико-рентгенологическое и нейровизуализационное обследование.

При неврологическом обследовании выявляли уплощенный поясничный лордоз (37 человек), сколиоз (18) и кифосколиоз (2) в различной степени выраженности, ограничение движений в поясничном отделе вперед и в стороны, чаще в одну. Симптом Ласега был умеренно выражен у больных с хронической болью (45 человека) и у 12 больных с менее выраженным корешковым синдромом, он был резко положительным. Чувствительные расстройства в виде гипестезии наблюдались у 35 пациентов с корешковыми болями.

У всех больных болевой синдром был обусловлен компрессией спинномозговых корешков. По данным рентгенологического исследования в переднезадней и боковой проекциях, а также функциональной спондилограммы в положении максимального сгибания и разгибания, компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) пояснично-крестцового отдела позвоночника признаки дегенеративно-дистрофического поражения выявлены у всех пациентов: при МРТ исследовании выявлены

грыжи межпозвонкового диска, размерами не более 6 mm. Следует также отметить наличие гипертрофии фасеточных суставов у 15 пациентов.

Длительность радикулярного анамнеза (период времени от впервые возникшей корешковой боли) от 3 недель до 7 лет. При этом у 19 человек, в среднем, анамнез составил 6,5 недель, а у 38 человек — 5,3 года.

Сразу после поступления 38 пациентам была выполнена ЧППД и после операции проводилась только профилактика воспалительных осложнений. Эти больные объединены в группу А. Оставшимся 19 пациентам сразу после поступления также была выполнена ЧППД, однако после операции сохранялся болевой синдром и им дополнительно был проведен курс эпидуральной фармакотерапии. Эти больные объединены в группу В. Важным необходимо отметить, что у 15 пациентов группы В при МРТ исследовании выявлялась гипертрофия фасеточных суставов.

Для эпидуральной фармакотерапии использовался нестероидный противовоспалительный препарат группы оксикамов «Тексамен». Длительность радикулярного анамнеза в группе А составила в среднем $2,4 \pm 1,2$ года, в группе В — $8,2 \pm 3,2$ года.

Известно, что нестероидные противовоспалительные средства в целом хорошо ингибируют циклооксигеназу (простогландинсинтазу), фермент, катализирующий конверсию арахидоновой кислоты в циклический эндопероксид — предшественник простагландинов [2]. Все нестероидные противовоспалительные средства в той или иной мере, помимо действия на простагландины, способны ингибировать миграцию нейтрофилов и реактивность лимфоцитов, что также объясняет их благоприятное противовоспалительное и анальгезирующее действие. У теноксикама (Тексамен) эти свойства проявляются наиболее ярко, поэтому в случае эпидурального введения происходит весьма эффективное воздействие на асептическое воспаление, представляющее в известном смысле развернутую иммунологическую реакцию в ответ на попадание антигенов (которые образуются при дегенеративно-деструктивных процессах в позвоночнике и окружающих структурах) в эпидуральное пространство, что имеет место при протрузии межпозвонкового диска, спаечном процессе в эпидуральном пространстве и др.

Результаты. Для оценки результатов лечения использовались: визуально-аналоговая шкала (ВАШ), метод качественно-количественной оценки болевого синдрома [2], и шкала MacNab. При поступлении больные оценивали свою боль в среднем в $6,46 \pm 1,3$ баллов по ВАШ. В 6 баллов боль оценили 19 человек (33,3 %), такое же число пациентов оценили боль в 7 баллов. Шесть (10,5 %) пациентов поставили 8 баллов по ВАШ и 13 (22,8 %) больных 5 баллов.

При поступлении больные оценивали свою боль в среднем в $6,46 \pm 0,3$ баллов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). В 6 баллов боль оценили 19 человек (33,3 %), такое же число пациентов оценили боль в 7 баллов. Шесть (10,5 %) пациентов поставили 8 баллов по ВАШ и 13 (22,8 %) больных 5 баллов.

Проведенная качественно-количественная оценка болевого синдрома показала, что при поступлении в обеих группах значение острой простреливающей боли сравнимы: $6,7 \pm 0,8$ баллов и $6,7 \pm 0,9$ баллов соответственно.

После оперативного вмешательства отмечалось отсутствие острой простреливающей боли в обеих исследованных группах. Больных группы А после операции беспокоила легкая болезненность в точке введения декомпрессора. В группе В после операции больные испытывали тупую боль силой в среднем $4,9 \pm 0,6$ балла. Значения вегето-сосудистых показателей болевого синдрома после операции уменьшились, но в группе В они были выше.

Согласно шкале MacNab: у 29 (76 %) пациентов группы А результат лечения оценен как «хороший», у 9 (23,6 %) пациента группы А как «посредственный» (определенное ограничение физической активности, обусловленное болевыми ощущениями при отсутствии симптомов выпадения, нет зависимости от лекарственных препаратов (противовоспалительных, анальгетиков), «плохие» результаты получены в группе В.

В группе В в связи с сохранением болевого синдрома проведена эпидуральная фармакотерапия препаратом «Тексамен». В результате фармакотерапии тупая боль регрессировала, но сохранился вегето-сосудистый компонент, хотя и на меньшем уровне: покалывание $1,2 \pm 0,5$ баллов, гипеоанальгезия $0,8 \pm 0,2$ баллов, мышечные спазмы $1,2 \pm 0,5$ баллов.

Обсуждение. Учитывая данные литературы и результаты собственных исследований, можно прийти к заключению, что отбор больных для перкутанной дискэктомии должен быть строгим и тщательным. При этом необходимо учитывать длительность заболевания, так как длительное существование протрузии диска практически всегда приводит к возникновению рубцового спаечного процесса вокруг дуральной воронки, соприкасающейся с диском, подвергнувшегося дегенерации. Этим можно объяснить часть неудовлетворительных результатов в ближайшем послеоперационном периоде. На результаты оперативного лечения повлияло наличие гипертрофии фасеточных суставов, которые также были источником боли.

Заключение. Необходимо дальнейшее изучение данного вида лечения, а именно, уточнение показаний и противопоказаний к ЧППД, выработка объективных критериев определения главенствующей роли патологии межпозвонкового диска в структуре болевого синдрома, оценка результатов лечения через продолжительный период времени.

Список литературы:

1. Назаров В. М., Кипарисова Е. Д., Трошин В. Д. Неврология и нейрохирургия. Учебное пособие для ВУЗов. М.: Академия — 2009. — 336 с.
2. Назаров В. М., Богомолов С. Д. и др. Эпидуральная фармакотерапия боли. Издательство НГМА, 2001. — 227 с.
3. Wright R., Fu Z. J. Open human torso laboratory dissection with annular and nuclear lumbar disc analysis pre and post Dekompressor®. University of Colorado Health Sciences Center College of Medicine, Department of Anatomy. Denver, Colorado; January 19/20, 2003. — 89 с.
4. Wright R. First human Dekompression: Case report of 2-year follow-up. Poster and oral presentation at the European Society of Regional Anesthesia meeting—Spanish chapter, Oviedo, Spain; October 2, 2003. — 98 с.
5. Wright R. Preclinical laboratory analysis of Dekompressor® percutaneous decompression in sheep and human cadaver discs: internal data. CO: Colorado State University, Fort Collins; 2000. — 117 с.

Пожалуйста, не забудьте правильно оформить цитату:

Шпагин М.В., Чичаев А.В., Павлов С.А. ПЕРКУТАННАЯ ДИСКЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДИСКОГЕННЫХ ДОРСАЛГИЙ // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. III междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2012.