

Влияние рефлекторных синдромов спондилоартроза и остеохондроза на результаты хирургического лечения больных с компрессионными синдромами остеохондроза (диагностика и нейрохирургическое лечение)

Колотов Е.Б., Аминов Р.Р., Елагин С.В., Кельмаков В.В., Колотова Е.В.

The role of reflex-pain syndrome of osteochondrosis and spondyloarthrosis in the results of surgical treatment compressive syndrome offers by disc herniation (diagnostics and neuron-surgical treatment)

Kolotov Ye.B., Aminov R.R., Yelagin S.V., Kelmakov V.V., Kolotova Ye.V.

ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница», г. Кемерово

© Колотов Е.Б., Аминов Р.Р., Елагин С.В. и др.

Представлены результаты хирургического лечения больных с дискогенными компрессионными синдромами. С помощью последовательного использования денервации дугоотростчатых суставов, а затем межпозвонковых дисков у 41 пациента до операции и у 39 пациентов в отдаленном послеоперационном периоде воспроизведены и купированы рефлекторно-болевые синдромы, которые оказывали влияние на результаты оперативного лечения. Отличные и хорошие результаты составили 82,8 и 89,8% ($p < 0,05$) соответственно.

Ключевые слова: спондилоартроз, фасеточный синдром, синдром неудачно оперированного позвоночника, грыжа диска.

To improve the results of surgical treatment the patients with discogenic compressive syndromes. Using the denervation of interbody discs and facet joints in series allow us, first off all, to induce, and then to discontinue the reflex-pain syndrome in 41 patients in preoperational period, and in 39 patients in long-term postoperative period. Good results come to 82,8 and 89,8% ($p < 0,05$) accordingly.

Key words: spondyloarthrosis, facet syndrome, fail-ack syndrome, disc herniation.

УДК 616.8-009.7-021.1:616.72/.721-002-07-089

Введение

Одной из важных проблем хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков на поясничном уровне остается рецидив болевого синдрома в ближайшем и в отдаленном послеоперационном периоде [1, 4]. Сначала в зарубежной [7], а затем и в отечественной литературе [5, 6] все большее распространение получили термины «постдискэктомический синдром», «синдром неудачно оперированного позвоночника» и т.п. К сожалению, ни один из этих терминов не раскрывает этиологию возникновения болевого синдрома и, как

следствие, не может помочь практическому врачу в определении тактики лечения пациента. Одной из причин послеоперационной боли бывает недооценка клинического значения рефлекторно-болевых синдромов остеохондроза и спондилоартроза, которые сочетаются с компрессионным корешковым синдромом в дооперационном периоде и, естественно, не проходят после удаления грыжи межпозвонкового диска. И если в ближайшем послеоперационном периоде клинические проявления рефлекторных синдромов часто «смазаны» в силу естественного течения этого периода (назначение сильных анальгетиков, боль в послеоперационной ране,

ношение корсета и т.п.), то в отдаленном периоде, выходя на первый план в формировании жалоб больного, они могут во многом нивелировать результаты даже отлично выполненной операции.

Поводом для проведения данного исследования послужили многочисленные публикации [8, 9] и собственные наблюдения [2, 3] по лечению постдискэктомического синдрома путем денервации дугоотростчатых суставов (ДС), а также проведенная работа по изучению рефлекторно-болевых синдромов, сопутствующих компрессионным синдромам остеохондроза.

Цель исследования — улучшить результаты хирургического лечения больных с дискогенными компрессионными синдромами.

Материал и методы

Все обследованные больные (140 человек) были разделены на две группы. В первую вошли 69 пациентов, в отдаленном периоде после удаления грыжи межпозвонкового диска (МПД) и регулярно, из года в год, обращающиеся в клинику с рефлекторно-болевыми синдромами. Вторая группа сформирована из 71 пациента, которому перед операцией последовательно проводили дерцепцию сначала ДС, а затем МПД.

В основной подгруппе (39 больных, в том числе 14 мужчин, 25 женщин) первой группы с рефлекторно-болевыми синдромами после декомпрессивной операции последовательно проводили денервацию ДС и дерцепцию МПД спирт-новокаиновой смесью. Корешковый болевой синдром прошел после операции у всех пациентов, что и служило главным критерием отбора в эту группу. Период от момента выполнения операции до появления рефлекторно-болевых синдромов составил от 2 до 18 мес ($7,6 \pm 0,9$ мес). Контрольную подгруппу составили 30 больных (12 мужчин, 18 женщин), которым провели курс консервативного реабилитационного лечения, ничем не отличающийся от проводимого основной группе, за исключением денервации ДС и МПД. Подгруппы были статистически однородными по полу, возрасту, локализации ранее проведенного оперативного вмешательства.

Во второй группе оперирован 41 больной основной подгруппы (27 женщин, 14 мужчин) с сочетанием рефлекторно-болевых (некомпрессионных) синдромов с компрессией корешков, обусловленной грыжей МПД на поясничном уровне. В контрольную под-

группу вошли 30 человек (16 женщин и 14 мужчин). Срок катамнестического наблюдения составил от 6 мес до 1,2 года. По возрасту, полу и локализации грыжевого выпячивания группы были статистически однородны ($p < 0,05$). Всем больным основной и контрольной подгрупп выполнено оперативное вмешательство по удалению грыж МПД из заднего межпозвонкового доступа с применением микрохирургической техники. Отличие состояло в том, что в основной подгруппе перед выполнением оперативного вмешательства дополнительно проводили лечебно-диагностические блокады ДС, а затем, при сохранении рефлекторно-болевых синдромов, и дерцепцию межпозвонковых дисков на смежных с оперируемым уровнях.

Для доказательства зависимости рефлекторно-болевых синдромов от спондилоартроза либо от остеохондроза больным перед операцией выполняли денервацию выше- и нижележащих от оперируемого межпозвонковых дисков и ДС с предварительным воспроизведением каждого характерного для больного рефлекторно-болевого синдрома.

Лечебно-диагностические блокады ДС с последующей дерцепцией МПД проводили с промежутком 2—3 дня в первой группе в начале курса консервативной терапии, а во второй группе в процессе предоперационной подготовки. Осложнений после проведения подобных процедур в до- и послеоперационном периодах не наблюдали. Кардинального увеличения продолжительности предоперационного койко-дня во второй группе не отмечено. В основной подгруппе он составил 3,8 дня против 3,1 дня в контрольной ($p < 0,05$).

Метод ранговой корреляции Спирмена и критерий Пирсона χ^2 , описательные статистики для количественных признаков вычислены с применением пакета программ «Биостатистика» 4.03 (лицензия ЛР № 065635 от 19.01.1998). При этом критический уровень значимости p принимался равным 0,05. В качестве нулевых гипотез использованы предположения об отсутствии статистически значимого различия в сравниваемых группах (для критерия χ^2) и об отсутствии согласованности изучаемых признаков (для корреляционного анализа). Средние значения M количественных признаков с нормальным распределением приводятся с величиной, характери-

зующей разброс признака (среднеквадратичным отклонением σ).

Результаты и обсуждение

Для анализа результатов лечебно-реабилитационных мероприятий и выраженности клинических проявлений использовали индекс Освестри. Применяли также пятиступенную градуальную оценку симптомов заболевания, позволяющую характеризовать приспособительную активность пациента, т.е. способность к труду, само- и взаимообслуживанию и контакту с окружающими (Шмидт И.Р., 1992). Хорошими считаются результаты, при которых больной переходит на 2—3 степени приспособительной активности в сторону улучшения.

Проведенные лечебно-диагностические процедуры позволили выявить закономерность локализации рефлекторно-болевого синдрома остеохондроза и спондилоартроза в зависимости от уровня клинически актуальных позвоночных двигательных сегментов (ПДС). Подобная схема детально разработана для остеохондроза позвоночника и до настоящего времени не удалось выявить принципиальных отличий в распределении рефлекторно-болевого синдрома в зависимости от того, поражен ли МПД или ДС. По всей видимости, это объясняется общностью иннервации межпозвоночных дисков и дугоотростчатых суставов.

В отдаленном послеоперационном периоде у больных первой группы рефлекторно-болевые синдромы, выявленные в результате денервации ДС и МПД, проходили после проведения этих процедур. Клиническое выздоровление и значительное улучшение достигнуто после дерезеции (денервации) в 89,8% случаев ($p < 0,05$). Для выявления статистически значимого различия по признаку «результаты лечения» вычислен критерий χ^2 . Установленные в группах различия были статистически значимыми ($p = 0,041$). Отдаленные результаты лечения оказались стойкими (табл. 1).

Во второй группе помимо местных болевых синдромов, обнаруженных у всех пациентов в процессе проведения предоперационной пункционной диагностики, имели место псевдоррадикулярные боли в ноге, синдром широкой фасции бедра и симптом Эпштейна. Опоясывающая боль, которую у части пациентов при-

нимали как признак нестабильности поясничного отдела позвоночника, спровоцирована у трех больных из ПДС L3—L4, у двоих — из L5—S1.

Кроме того, что особенно обращает на себя внимание, при проведении предоперационной диагностики у 2 больных отпала необходимость оперативного вмешательства вследствие полного купирования болевого синдрома. Естественно, что боль в этих случаях оказалась псевдоррадикулярной, но отличить ее лишь по клиническим признакам не представлялось возможным из-за наличия грыжи диска на совпадающем по данным МРТ уровне. Катамнез прослежен у обоих пациентов в течение 5 и 7 мес — возобновления болевого синдрома не отмечено.

У 39,8% больных, которым выполнялись обе процедуры, при проведении дерезеции сначала межпозвоночных дисков, а затем и дугоотростчатых суставов, рефлекторно-болевые синдромы воспроизводились как из МПД, так и из соответствующих ему ДС. Подобное перекрестное воспроизведение рефлекторно-болевого синдрома свидетельствует о формировании сопутствующих рефлекторно-болевого синдрома у некоторых больных как в связи с остеохондрозом, так и спондилоартрозом.

Статистически достоверных различий в ближайших результатах хирургического лечения в основной и контрольной группах не было (индекс Освестри составил $87, \pm 6,3$ и $85, \pm 5,9$ соответственно). Болевой синдром, обусловленный компрессией корешка спинно-мозгового нерва, исчез у всех больных и с течением времени не рецидивировал. Местные рефлекторно-болевые синдромы присутствовали у всех пациентов.

Отличия появились в отдаленном послеоперационном периоде спустя 6 мес и более в связи с формированием рефлекторно-болевого синдрома остеохондроза и спондилоартроза. Установлено, что у больных контрольной группы, которым до операции не проводилась дерезеция МПД и ДС, отмечается значительное преобладание выявленных некомпрессионных синдромов спондилоартроза и остеохондроза (табл. 2), что в значительной степени нивелирует результаты оперативного вмешательства в отдаленном периоде.

Исходы лечения пациентов через 6 мес и более после лечения, %

Таблица 1

Исход	Первая группа (диагностика в отдаленном послеоперационном периоде)			Вторая группа (диагностика перед операцией)		
	Основная подгруппа (39 человек)	Контрольная подгруппа (30 человек)	<i>p</i>	Основная подгруппа (41 человек)	Контрольная подгруппа (30 человек)	<i>p</i>
Клиническое выздоровление	25,6	13,3	<0,05	21,9	6,7	<0,05
Значительное улучшение	64,2	46,7	<0,05	60,9	46,7	<0,05
Незначительное улучшение	7,6	30,0	<0,05	12,3	33,3	<0,05
Без перемен	2,6	10,0	<0,05	4,9	13,3	<0,05

Таблица 2

Сравнительная оценка динамики выявленных рефлекторно-болевых синдромов остеохондроза и спондилоартроза в до- и послеоперационном периоде у больных второй группы, %

Синдром	До операции			Через 12 мес и более после операции		
	Основная подгруппа	Контрольная подгруппа	<i>p</i>	Основная подгруппа	Контрольная подгруппа	<i>p</i>
Рефлекторный отраженный	33	29	<0,05	7	19	<0,05
Рефлекторный миосклеротомный	34	35	<0,05	9	25	<0,05
Рефлекторный миодистонический	23	11	<0,05	3	11	<0,05
Пато-биомеханический	100	100	<0,05	51	100	<0,05

Выводы

1. Рефлекторно-болевы́е синдромы остеохондроза и спондилоартроза формируются вследствие патологической импульсации из смежных с оперируемым ДМП и ДС и часто сопутствуют компрессионным синдромам остеохондроза.

2. Рефлекторно-болевы́е синдромы остеохондроза и спондилоартроза могут играть важную роль в формировании постдисэктомического синдрома.

3. Последовательное применение лечебно-диагностических блокад ДС и дерцепции МПД у больных с компрессионными синдромами в до- и послеоперационном периоде позволяет не только расшифровать весь комплекс клинических проявлений остеохондроза и спондилоартроза, но и купировать их. Подобная тактика позволяет в дальнейшем предупредить развитие рефлекторно-болевых синдромов в отдаленном послеоперационном периоде, что улучшает результаты хирургического лечения.

Литература

1. Гюев П.М., Давыдов Е.А. Повторные хирургические вмешательства при дегенеративных заболеваниях поясничного отдела позвоночника // Травматология и ортопедия России. 2009. № 1. С. 91—95.

2. Колотов Е.Б., Луцки А.А. Сочетание дискогенных болей и рефлекторных синдромов спондилоартроза (диагностика и лечение) // Невролог. журн. 2009. № 3 С. 26—28.

3. Луцки А.А., Шмидт И.Р., Колотов Е.Б. Спондилоартроз. Новосибирск: «Издатель», 2003. 290 с.

4. Левзнер К.Б., Егоров О.Е., Евзиков Г.Ю., Розен А.И. Чрескостная радиочастотная деструкция дугоотростчатых суставов в лечении постдисэктомического синдрома на поясничном уровне // Хирургия позвоночника 2007. № 3. С. 45—49.

5. Продан А.И., Грунтовский Г.Х., Волков Е.Б. и др. Причины неудач хирургического лечения поясничного остеохондроза и анализ результатов повторных операций // Ортопедия, травматология и протезирование. 1987. № 8. С. 39—44.

6. Федянин С.А., Шумахер Г.И., Маликов А.С., Быкодаров А.В. Основные причины возникновения клинических проявлений отдаленного послеоперационного этапа после удаления грыж межпозвонковых дисков // Невролог. вестн. (журн. им. В.М. Бехтерева) 2008. С. 16—19.

7. Bogduk N, Macintosh J, Malsland D. Technical limitations to the efficacy of radiofrequency neurotomy for spinal pain // Neurosurgery. 1987. V. 20. P. 529—535.

8. Komick C, Kramarich S.S, Lamer T.J, et al. Complication of lumbar facet radiofrequency denervation // Spine. 2004. V. 29. P. 1352—1354.

9. Niemisto L, Kalso E, Malmivaara A, et al. Radiofrequency denervation for neck and back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group // Spine. 2003. V. 28. P. 1877—1888.

Поступила в редакцию 06.12.2010 г.

Утверждена к печати 21.02.2011 г.

Сведения об авторах

Страничка практического врача

Е.Б. Колотов — канд. мед. наук, зав. отделением нейрохирургии ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» (г. Кемерово).

Р.Р. Аминов — врач-нейрохирург отделения нейрохирургии ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» (г. Кемерово).

С.В. Елагин — врач-нейрохирург отделения нейрохирургии ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» (г. Кемерово).

В.В. Кельмаков — врач-нейрохирург отделения нейрохирургии ГУЗ «Кемеровская областная клиническая больница» (г. Кемерово).

Е.В. Колотова — врач-рентгенолог рентгенологического отделения № 1 «ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница» (г. Кемерово).

Для корреспонденции

Колотов Егор Борисович, тел: 8-906-920-5699; e-mail: klt75@mail.ru