

М.В. Квасніцький

ПУНКЦІЙНІ МЕТОДИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ДЕГЕНЕРАТИВНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами (Київ)

Ключові слова: дегенеративне ураження поперекового відділу хребта, спондилоартроз, радіочастотна денервація фасеткових суглобів, епідуральна стероїдна ін'єкція.

ВСТУП

Висока частота розповсюдження дегенеративно-дистрофічного ураження хребта при варіабельності результатів досліджень відносно ефективності ін'єкцій стероїдів в епідуральний простір та радіочастотної денервації фасеткових суглобів для лікування хронічного нижньопоперекового болю та корінцевого синдрому роблять актуальним дослідження стосовно лікування цього болю епідуральними стероїдними ін'єкціями та радіочастотною денервації фасеткових суглобів. Термін дегенеративно-дистрофічне ураження хребта включає в себе остеохондроз міжхребцевого диску (у вузькому розумінні терміна), грижу міжхребцевого диску, деформуючий спондиліоз, спондилоартроз, та ускладнення остеохондрозу – стеноз хребтового каналу, спондилолітез.

В арсеналі сучасної медицини немає достатньо ефективних, універсальних та безпечних методів лікування дегенеративно-дистрофічних уражень хребта. Методика введення в епідуральний простір ліків займає проміжне положення між хірургічними та терапевтичними методиками, яку в однаковій мірі можна віднести, як до мікроінвазивної хірургії, так і до активної терапії.

Незважаючи на різноманітність неврологічних проявів дегенеративного ураження хребта, домінантним в клінічній картині є больовий синдром. Оскільки в механізмі розвитку больового синдрому ключовим виявляється фактор запалення, то медикаментозна речовина (кортикостероїди) введена епідурально викликає позитивний результат шляхом блокування рецепторів уражених хребцевих сегментів, а також через дію в зоні диско-радикулярного конфлікту, призводить до зниження чи

ліквідації запальної реакції, яка відіграє важливу роль у формуванні больового синдрому.

У 70% пацієнтів дискогенний больовий синдром поєднується з фасетковим синдромом, у зв'язку з чим усунення диск-радикулярного конфлікту часто не вирішує проблему поперекового больового синдрому. Тому застосування інноваційної методики радіочастотної денервації фасеткових суглобів, що впливає на блокування передачі больового імпульсу, відкриває нові можливості у вирішенні проблеми болю в нижній частині спини.

Ці дослідження присвячено малоінвазивному лікуванню дегенеративних захворювань хребта на основі пункційних методів лікування, що спрямовані в епідуральний простір та на міжхребцеві суглоби.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Покращити ефективність лікування пацієнтів з больовими синдромами зумовленими дегенеративно-дистрофічним ураженням хребта шляхом розробки науково обґрунтованих показань до епідуральних стероїдних ін'єкцій та радіочастотної денервації фасеткових суглобів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений аналіз ранніх та віддалених результатів лікування 76 пацієнтів віком від 38 до 82 років з корінцевим синдромом з використанням винятково епідуральних стероїдних ін'єкцій. Контрольну групу склали 30 пацієнтів віком від 42 до 79 років з корінцевим синдромом, що лікувались консервативно.

А також проведений аналіз ранніх та віддалених результатів лікування 120 пацієнтів віком від 39 до

86 років з хронічним нижньопоперековим болем з використанням винятково епідуральних стероїдних ін'єкцій. Контрольну групу склали 36 пацієнтів віком від 45 до 80 років з нижньопоперековим болем, що лікувались консервативно.

Пацієнтам обох основних груп проводилось 1 чи 2 разове введення в епідуральний простір на рівні L4-L5 чи L3-L4 кортикостероїдного препарату з інтервалом 7–14 днів. Кількість епідуральних ін'єкцій залежала від клінічних проявів (регресу больового синдрому). Середня кількість епідуральних стероїдних ін'єкцій в одного пацієнта складала $1,64 \pm 0,12$ (49 пацієнтам проведено по дві блокади та 27 пацієнтам по одній). Окрім епідуральних стероїдних блокад пацієнтам основної групи інших лікувальних процедур не проводилось та не рекомендувались медичні препарати. Пацієнти обох контрольних груп лікувались терапевтичними методиками з використанням нестероїдних протизапальних препаратів, судинної, відновної та дегідратаційної терапії, а також фізіотерапії, ЛФК, масажу, голкотерапії.

Частині пацієнтів з обох груп (136), при наявності спондилоартрозу, була проведена радіочастотна денервація фасеткових суглобів. Методом радіочастотної денервації фасеткових суглобів за допомогою апарату RFG-1A/RFG-1B фірми Radionics нами прооперовано 136 пацієнтів (73 чоловіки та 63 жінки у віці від 44 до 81 років) з нижньопоперековим больовим синдромом, де ведучим клінічним проявом був артроз дуговідросткових суглобів.

Методи дослідження: рентгенографія і функціональна рентгенографія, КТ, МРТ хребта та статистична обробка результатів. Основою клінічного

обстеження пацієнтів з дегенеративними ураженнями хребта є оцінка больового синдрому. Оскільки даний синдром є виключно суб'єктивним, застосовувались спеціально розроблені шкали і опитувальники для оцінки болю. Вони дають змогу не тільки зменшити суб'єктивність оцінки, а і прослідкувати кількісні зміни больового синдрому у динаміці. Нами використовувалась візуальна аналогова шкала (ВАШ) болю та опитувальник індексу непрацездатності Освестрі, що використовується для оцінки якості життя, пов'язаної саме із остеохондрозом. Обстеження та оцінка больового синдрому за вказаним опитувальником та шкалою проводилась тричі в обох групах пацієнтів: вперше безпосередньо перед проведенням епідуральної блокади, вдруге – через тиждень після мініінвазивного втручання, втретє – через півроку після блокади.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній термін лікування пацієнтів з **хронічним больовим синдромом** в нижній частині спини методом монотерапії склав 9,4 днів. Тоді як середні терміни лікування пацієнтів консервативним методом – 21,8 дні. Оцінка усереднених показників больового синдрому та функціонального стану пацієнтів в основній та контрольній групах наведено відповідно в таблицях 1 та 2.

Як видно, з наведених таблиць 1 та 2 достовірної різниці в результатах лікування між основною та контрольною групою в ранній період не виявлено, хоча показники, як за шкалою непрацездатності Освестрі, так і за візуальною аналоговою шкалою болю були кращими в основній групі. Водночас, є чітка достовірна різниця в віддалених результатах

Таблиця 1

Оцінка усереднених показників (за ВАШ) больового синдрому пацієнтів в основній та контрольній групах

Групи хворих	До лікування	Після лікування	Через 0,5 року
Основна	$7,12 \pm 0,14$ (n=120)	$2,43 \pm 0,11$ (n=120)	$3,42 \pm 0,12^*$ (n=96)
Контрольна	$6,61 \pm 0,21$ (n=36)	$3,10 \pm 0,18$ (n=36)	$5,67 \pm 0,18$ (n=30)

Примітка: * - $p < 0,05$, достовірна відмінність в віддалених результатах лікування між основною та контрольною групою за візуальною аналоговою шкалою.

Таблиця 2

Оцінка функціонального стану пацієнтів (за шкалою Освестрі) в основній та контрольній групах (у балах)

Групи хворих	До лікування	Після лікування	Через 0,5 року
Основна	$49 \pm 0,6$ (n=120)	$23 \pm 0,5$ (n=120)	$30 \pm 0,5^*$ (n=96)
Контрольна	$51 \pm 0,5$ (n=36)	$31 \pm 0,4$ (n=36)	$47 \pm 0,4$ (n=30)

Примітка: * - $p < 0,05$, достовірна відмінність в віддалених результатах лікування між основною та контрольною групою за шкалою Освестрі.

Усереднені показники больового синдрому у пацієнтів з корінцевим синдромом за ВАШ в основній та контрольній групах

Групи хворих	До лікування	Після лікування	Через 0,5 року
Основна	8,36±0,14 (n=76)	1,53±0,11* (n=76)	3,13±0,12* (n=67)
Контрольна	7,92±0,21 (n=30)	2,66±0,18 (n=30)	4,93±0,18 (n=26)

Примітка: * - $p < 0,05$, достовірна відмінність в результатах лікування в ранньому та віддаленому періодах між основною та контрольною групами.

Оцінка функціонального стану пацієнтів (за шкалою Освестрі) в основній та контрольній групах (у балах)

Групи хворих	До лікування	Після лікування	Через 0,5 року
Основна	60±0,6 (n=76)	19±0,5* (n=76)	29±0,5* (n=67)
Контрольна	54±0,5 (n=30)	34±0,4 (n=30)	43±0,4 (n=26)

Примітка: * - $p < 0,05$, достовірна відмінність в ранніх та віддалених результатах лікування між основною та контрольною групами.

лікування між основною та контрольною групою, як за шкалою Освестрі, так і за ВАШ на користь методу монотерапії.

Достовірний результат лікування в основній групі через 0,5 року отриманий у пацієнтів з грижами м/хребцевих дисків та спондилоартрозами, а при інших структурно-морфологічних змінах (спондилолітези, стенози спинномозкового каналу) покращення не досягає достовірного значення, хоча рівень функціонального стану пацієнтів за шкалою Освестрі був суттєво вищим, як до лікування. Водночас, достовірної різниці в результатах лікування хронічних больових синдромів в контрольній групі через 0,5 року не отримано в жодній зі структурно-морфологічних груп та рівень функціонального стану пацієнтів за шкалою Освестрі практично досягав рівня до лікування. Наведені дані свідчать про значно вищу ефективність (достовірна різниця) методу монотерапії епідуральними стероїдними ін'єкціями хронічного нижньопоперекового больового синдрому у віддаленому періоді і вищу ефективність (не достовірна різниця, є тенденція) в ранньому періоді після лікування у порівняно з методом класичного терапевтичного лікування.

Усереднені показники больового синдрому за ВАШ та оцінка функціонального стану пацієнтів з **корінцевим синдромом** за індексом Освестрі в основній та контрольній групах наведено в таблицях 3 та 4. Оцінка больового синдрому в динаміці за відміченими шкалами показала ефективність лікування як пункційним методом, так і консервативним методом в ранньому періоді, тоді як у віддаленому періоді достовірний результат порівняно з початковим рівнем болю (до лікування) виявився тільки при

монотерапії. Водночас, отримана достовірна відмінність між методами лікування, причому як в ранніх та віддалених результатах лікування між основною та контрольною групами, як за шкалою Освестрі, так і за ВАШ на користь методу монотерапії. Наведені дані свідчать про значну вищу ефективність монотерапії ін'єкцій стероїдів в епідуральний простір.

Середній термін лікування методом монотерапії (основна група) становить 6,9 днів. Тоді як середній термін лікування пацієнтів консервативним методом – 17,8 днів.

Достовірна відмінність результатів лікування в ранній період в контрольній групі отримана при усіх морфологічних чинниках корінцевого синдрому, а через 0,5 року отримана тільки в групі з грижами м/хребцевих дисків до 6 мм. При інших морфологічних причинах корінцевого синдрому в контрольній групі результати лікування у віддаленому періоді були негативні. Незадовільні результати лікування у віддаленому періоді, як в основній, так і в контрольній групах були зумовлені однорідними структурно-морфологічними змінами – грижами м/хребцевих дисків (в основній групі понад 9 мм, а в контрольній – понад 6 мм), спондилолітезом та стенозом спинномозкового каналу, часто в поєднанні зі спондилоартрозом.

Отже, достовірний результат лікування в основній групі через 0,5 року отриманий у пацієнтів з грижами м/хребцевих дисків до 9 мм, тоді як достовірний результат лікування в контрольній групі через 0,5 року отриманий тільки у пацієнтів з грижами до 6 мм.

Таблиця 5

Оцінка усереднених показників (за ВАШ) хронічного больового синдрому пацієнтів в основній та контрольній групах

Групи хворих	До лікування	Після лікування	Через 0,5 року
Основна	6,92±0,14 (n=72)	1,73±0,11* (n=72)	2,72±0,12*(n=63)
Контрольна	6,61±0,21 (n=36)	3,10±0,18 (n=36)	5,67±0,18 (n=30)

Примітка: * - $p < 0,05$, достовірна відмінність в віддалених результатах лікування між основною та контрольною групою за візуальною аналоговою шкалою.

Таблиця 6

Оцінка функціонального стану пацієнтів (за шкалою Освестрі) з хронічним больовим синдромом в основній та контрольній групах (у балах)

Групи хворих	До лікування	Після лікування	Через 0,5 року
Основна	50±0,6 (n=72)	17±0,5* (n=72)	26±0,5* (n=63)
Контрольна	51±0,5 (n=36)	31±0,4 (n=36)	47±0,4 (n=30)

Примітка: * - $p < 0,05$, достовірна відмінність в віддалених результатах лікування між основною та контрольною групою за шкалою Освестрі.

Оцінка усереднених показників хронічного больового синдрому за ВАШ та функціонального стану пацієнтів за шкалою Освестрі, яким була проведена **радіочастотна денервація фасеткових суглобів** в основній та контрольній групах наведено відповідно в таблицях 5 та 6.

Як видно, з наведених таблиць 5 та 6, є чітка достовірна різниця, як в ранніх, так і у віддалених результатах лікування між основною та контрольною групою, як за шкалою Освестрі, так і за ВАШ на користь проведення високочастотної денервації фасеткових суглобів.

ВИСНОВКИ

Отримані результати свідчать, про високу ефективність монотерапії епідуральних стероїдних ін'єкцій у хворих з корінцевим синдромом зумовлених дегенеративним ураженням хребта. Епідуральні стероїдні ін'єкції у таких хворих показані при грижах м/хребцевих дисків (розмірами до 9 мм, а при грижах більшого розміру (переважно секвестрованих), як симптоматичне лікування, при підготовці до оперативного втручання та категоричній відмові від оперативного втручання), стенозах спинномозкового каналу, спондилолістезах, спондилоартрозах, що зумовлюють корінцевий синдром.

Отримані результати дослідження свідчать, про високу ефективність монотерапії епідуральних стероїдних ін'єкцій у хворих з хронічним нижньопоперековим больовим синдромом, зумовленим дегенеративним ураженням хребта. Проведення епідуральної стероїдної ін'єкції у таких хворих показано при грижах м/хребцевих дисків, спондилоартрозах, стенозах спинномозкового каналу, спондилолістезах, що зумовлюють хронічний нижньопоперековий біль, особливо при грижах м/хребцевих дисків та спондилоартрозах.

Отримані результати дослідження свідчать, про високу ефективність радіочастотної денервації фасеткових суглобів у хворих з хронічним нижньопоперековим больовим синдромом зумовленим дегенеративним ураженням хребта, де переважають прояви спондилоартрозу. Проведення такого лікування показано при дегенеративно-дистрофічному ураженні хребта, де домінують клінічні прояви спондилоартрозу, що зумовлюють хронічний нижньопоперековий біль.

Отже, отримані результати, як в короткотерміновій перспективі, так і у віддаленому періоді після лікування свідчать про високу ефективність епідуральних ін'єкцій та радіочастотної денервації фасеткових суглобів у хворих з дегенеративним ураженням хребта на поперековому рівні.