

Лечение болевого синдрома у пострадавших с повреждением позвоночника

Боряк А.Л., Бублик Л.А., Лихолетов А.Н.

НИИТО ДонНМУ им. Горького
Донецк
Украина
(062) 311-08-34
likholetov-an@rambler.ru

Травматические повреждения позвоночника многообразны и относятся к числу наиболее тяжелых травм опорно-двигательной системы, надолго исключая пострадавшего из привычных условий жизнедеятельности, нередко превращая его в инвалида, лишённого возможности трудиться по своей профессии.

Нами произведено эпидемиологическое исследование всех повреждений позвоночника в г. Донецке за 2008 г, что составило 402 случая. Проанализировано 186 историй болезни пострадавших, находившихся на стационарном лечении. В абсолютном большинстве случаев это мужчины 142 (76.34%), соответственно 44 (23.66%) женщины. Переломы в шейном отделе позвоночника имели место у 39 (20.97%) пострадавших, в грудном у 54 (29.03%), в пояснично-крестцовом у 85(45.7%). Повреждение двух отделов позвоночника отмечено у 8 (4.3%) больных.

В структуре ПСМТ доминировали неосложненные переломы позвоночника 124 (66.7%). На первом месте среди клинических проявлений у абсолютного большинства данной категории имел место болевой синдром различной степени выраженности. С целью купирования болевого синдрома и устранения нестабильности в позвоночных сегментах у 18 (9.7%) выполнены репозиционно-стабилизирующие операции. Из них в 7(38.9%) случаях произведен передний аутометаллоспондилодез на уровне шейного отдела позвоночника, в 5(27.8%)-транспедикулярный металлоспондилодез в грудном отделе позвоночника, в 6(33.3%)-в пояснично-крестцовом отделе. Остальным пострадавшим производилось консервативное лечение, которое включало постельный режим до 1-1.5 мес. с последующим ношением шейного ортеза до 2-4 месяцев при повреждениях шейного отдела, ношение корсета до 4-8 месяцев при повреждениях грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Сроки иммобилизации варьировали в зависимости от локализации и степени повреждения структур позвоночника, а также в зависимости от возраста пациентов, наличия сопутствующей патологии, в частности явлений остеопороза. Этапно выполнялся рентгенологический контроль, при необходимости - СКТ и денситометрия. Больным проводилось лечение препаратами кальция, назначались для снижения интенсивности болевого синдрома анальгетики, НПВС. Также по показаниям проводилась сосудистая, нейропротекторная терапия.

Отмечено, что болевой синдром регрессировал, либо значительно уменьшался в течение 7-14 дней. Полностью боли в позвоночнике переставали беспокоить больных через 3-5 мес. после травмы.

Повторні оперативні втручання у хворих при больових дискогенних синдромах, оперованих методом мікродискектомії

Бублик Л.О., Мироненко І.В.

НДІ травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету ім. М.Горького
Донецьк
Україна
8 050 965-3999
Lbublik@inbox.ru

Цілью роботи явилось поліпшення результатів лікування хворих з грижами міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта, шляхом аналізу причин проведення повторних оперативних втручань.

Повторні оперативні втручання проведені у 38 хворих, що складає 6,05% з 628 хворих, що оперуються в клініці за 2005 – 2008 рік методом мікродискектомії. Серед всіх повторно оперованих було 3 (7,89%) хворих з дійсними рецидивами гриж міжхребцевих дисків. Крім того, у чотирьох хворих (10,52%) була грижа на тому ж рівні, але з протилежного боку, у 5 хворих (13,15%) повторно оперовані з приводу грижі диска на іншому рівні, тобто з приводу грижі нового диска. Ще п'ять хворих (13,15%) повторно оперовані у зв'язку з тим, що під час першої операції була видалена грижа лише одного диска за наявності у хворого гриж одночасно двох дисків. У 4 хворих (10,52%) при первинній операції грижа диска була видалена недостатньо, тому хворі підлягли повторній операції у зв'язку з відсутністю ефекту від попередньої операції. Десять хворих (26,31%) були повторно оперовані з приводу вираженого рубцово-спаечного процесу із залученням до рубців корінців кінського хвоста, відповідно з розвитком радикальної симптоматики. Троє хворих повторно оперовані у зв'язку з розвитком в післяопераційному періоді того, що присьднувся гнійний епідури, на тлі розвинутого спондилодисцита. У 5 пацієнтів з грижами дисків на 2-х рівнях виконана однорівнева мікродискектомія, що послужило причиною повторної операції унаслідок рецидиву болювого синдрому. У 4-х хворих при правильно діагностованому проміжку, оперативне втручання виконане на стороні болю, а не грижового випинання. У 8 – мі хворих недостатнє видалення грижі міжхребцевого диска привело до рецидиву корінцевого синдрому і як наслідок цього – повторній операції. У 13 пацієнтів розвинувся спондилодисцит. Одні з основних причин розвитку спондилодисцита в післяопераційному періоді з'явилася недостатня напруженість гуморального імунітету пацієнта. У хворих з пониженим імунітетом фаза альтерації, відповідно, переходила у фазу ексудації. Формування епідуральних абсцесів у 3 пацієнтів зумовило реоперацію з санацією вогнища запалення. Основні клінічні прояви рубцево – спайкового епідури наступали у віддаленому післяопераційному періоді, коли альтерація і ексудація змінилися фазою проліферації і розвивався больовий синдром, з – за якого хворі оперовані повторно.

Таким чином, адекватний відбір пацієнтів для оперативного втручання методом мікродискектомії, ретельне і всестороннє обстеження хворих в передопераційному періоді, адекватна декомпресія інтраопераційно сприяють зниженню рецидивів болювого синдрому в ранньому післяопераційному періоді.