

ИНТЕРЛАМИНАРНЫЕ ЭПИДУРАЛЬНЫЕ БЛОКАДЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Рой И.В.¹, Фищенко Я.В.¹, Гармши А.Р.², Павлов Б.Б.², Белая И.И.¹, Кудрин А.П.¹

¹ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины», г. Киев

²Центр медицины боли

Резюме. Интерламинарная эпидуральная блокада (ИЭБ) – малоинвазивный метод лечения болевых синдромов пояснично-крестцового отдела позвоночника путём введения медикаментозных препаратов в эпидуральное пространство через междушковую связку.

Цель. Провести анализ результатов лечения болевого синдрома пояснично-крестцового отдела позвоночника на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний методом ИЭБ.

Материал. Ретроспективный анализ результатов лечения 64 пациентов (20 мужчин и 44 женщины) в возрасте $56,0 \pm 1,8$ года с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника методом ИЭБ. Группа 1 – 32 пациента с протрузиями или грыжами межпозвонковых дисков. Группа 2 – 32 пациента с поясничным спинальным стенозом. Сроки наблюдения – не менее 6 мес. после процедуры. Оценка результатов лечения определяли по ВАШ боли и индексам оценки качества жизни Роланд-Моррис и Oswestry Disability Index (ODI). Количество проведенных процедур – 1-3.

Результаты. В группе 1 отмечали стойкий регресс болевого синдрома с $6,84 \pm 0,20$ до $2,84 \pm 0,22$ после процедуры, $2,56 \pm 0,27$ – через 3 мес., $2,59 \pm 0,29$ – через 6 мес. ($p < 0,05$). В группе 2 отмечался менее выраженный и менее стойкий регресс болевого синдрома с $7,37 \pm 0,19$ до $3,93 \pm 0,21$ после процедуры, $4,0 \pm 0,25$ – через 3 мес., $4,25 \pm 0,32$ – через 6 мес. ($p < 0,05$). Показатели регресса болевого синдрома сильно коррелировали с показателями оценки качества жизни по Роланд-Моррис и ODI.

Выводы. ИЭБ являются эффективным методом лечения болевого синдрома пояснично-крестцового отдела позвоночника при грыжах и протрузиях межпозвонковых дисков, а также поясничном спинальном стенозе. Регресс болевого синдрома ВАШ коррелировал с улучшением качества жизни по данным опросников Роланд-Моррис и ODI на всех этапах наблюдения.

Ключевые слова: боль в области пояснично-крестцового отдела позвоночника, интерламинарные эпидуральные блокады.

Материалы и методы

В проведенном нами ретроспективном исследовании проанализированы данные 64 пациентов, которые проходили амбулаторное лечение. Распределение по полу и возрасту представлено на рис. 1. Средний возраст пациентов составил $56,0 \pm 1,8$ года (возрастной диапазон от 26 до 84 лет). Средний показатель продолжительности обострения болевого синдрома до обращения составил $4,97 \pm 0,56$ мес. Все пациенты до обращения в клинику получали комплексное консервативное амбулаторное или стационарное лечение. Пациентам выполняли от 1 до 3 ИЭБ.

Все пациенты были обследованы клинически, неврологически, лабораторно. Основной жалобой пациентов были боли в пояснично-крестцовом от-

деле позвоночника и/или иррадиирующие в нижние конечности. По данным МРТ идентифицированы нейрокомпрессионные факторы и пациенты разделены на 2 группы: группа 1 – протрузии или грыжи межпозвонковых дисков – 32 (50%), группа 2 – стеноз спинномозгового канала – 32 (50%). Количественную и качественную оценку болевого синдрома проводили на основании визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) боли.

Для оценки степени нарушения жизнедеятельности, обусловленной патологией позвоночника, использовали анкетирование по Oswestry Disability Index (ODI) и анкетирование Роланда-Морриса (Roland-Morris Disability Questionary, RDQ). Индекс выздоровления (ИВ), характеризующий степень восстановления после консервативного лечения, был рассчитан для каждого пациента через 3-5 дней

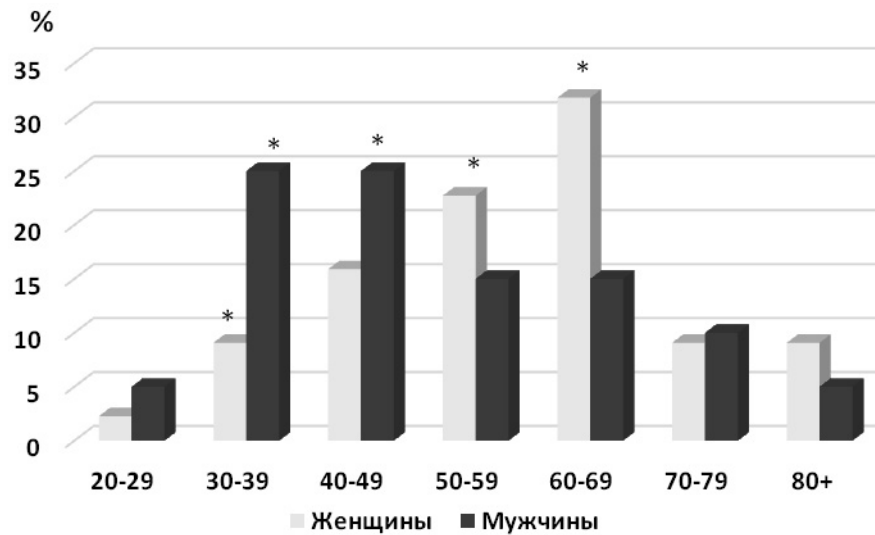


Рис. 1. Распределение пациентов по полу и возрасту (n=64)

Примечание: * - достоверность различий по полу внутри возрастной группы (p<0,05)

после блокады и через 3 и 6 мес. после проведенного лечения [5].

$$ИВ = \frac{ODI \text{ до лечения} - ODI \text{ после лечения}}{ODI \text{ до лечения}} \times 100 \%$$

Изменения в субъективных симптомах после блокады и на этапах наблюдения были классифицированы как:

- хороший результат – ИВ>40%;
- удовлетворительный – ИВ=21-40%;
- неудовлетворительный – ИВ<20%.

Все процедуры проводили амбулаторно. Повторное наблюдение в динамике проводили через 5-7 дней, через 3 и 6 мес. после лечения.

Результаты и их обсуждение

Динамика субъективных болевых ощущений до и после лечения, отраженная в результатах анкетирования по ВАШ, а также оценка качества жизни по индексам Роланд-Моррис и ODI представлены в табл. 1.

Достоверным считали уменьшение болевого синдрома на 3 см и более. Так, в группе 1 через 5-7 дней после блокады 81% пациентов отмечал регресс болевого синдрома в пределах 3-6 см по ВАШ (p<0,05). Результат сохранялся и через 3 мес. после проведенного лечения. Хороший результат лечения наблюдался у 59% пациентов до 6 мес., что указывает на устойчивость полученных результатов. Полное отсутствие боли в пояснице через 3 мес. отмечали 9% пациентов, через 6 мес. – 16%. Недостоверные улучшения или отсутствие динамики боли по ВАШ на момент окончательного опроса было у 25% пациентов.

В группе 2 через 5-7 дней после блокады 81% пациентов отмечал регресс болевого синдрома в пределах 3-6 см по ВАШ (p<0,05). Через 3 мес. после проведенного лечения регресс болевого синдрома в пределах 3-6 см отмечал 91% пациентов. Хороший результат лечения сохранялся до 6 мес., и регресс болевого синдрома в пределах 3-6 см составил 75%, что указывает на устойчивость полученных результатов. Незначительный регресс боли в пояснице через 3 мес. отмечали 9% пациентов, через 6 мес. – 25%.

Таблица 1

Динамика субъективных болевых ощущений по ВАШ и оценки качества жизни по Роланд-Моррис и ODI

Этапы наблюдения	ВАШ, см		Роланд-Моррис, балл		ODI, балл	
	группа 1	группа 2	группа 1	группа 2	группа 1	группа 2
До лечения	6,84±0,20	7,37±0,19	13,87±0,76	16,21±0,60	51,28±2,36	60,65±2,39
Через 5-7 дней	2,84±0,22	3,93±0,21	5,81±0,72	9,46±0,69	22,37±2,24	34,90±2,65
Через 3 мес.	2,56±0,27	4,0±0,25	4,6±0,81	9,87±0,84	16,31±2,47	35,62±3,10
Через 6 мес.	2,59±0,29	4,25±0,32	5,18±0,87	10,37±0,95	17,34±2,55	37,40±3,43

Оценка влияния боли в поясничном отделе позвоночника на фоне протрузий или грыж межпозвоночных дисков (группа 1) на нарушение жизнедеятельности посредством опросника Роланд-Моррис показала аналогичные результаты. После проведенного лечения, через 5-7 дней после блокады, достоверное улучшение показателя по анкетированию Роланд-Моррис (а именно: изменение более чем на 4 балла) отмечали у 90,6%. На этапах анализа отдаленных результатов показатель увеличился: через 3 мес. достоверное улучшение отмечали у 90,6%, через 6 мес. – у 81,2%. На момент окончательного опроса отсутствие динамики или недостоверное улучшение наблюдали у 18,7 % пациентов.

Оценка влияния боли в поясничном отделе позвоночника на фоне стеноза спинномозгового канала (группа 2) на нарушение жизнедеятельности посредством опросника Роланд-Моррис показала следующие результаты: после проведенного лечения, через 5-7 дней после блокады, достоверное улучшение отмечали у 96,8%. На этапах анализа отдаленных результатов показатель уменьшался: через 3 мес. достоверное улучшение наступало у 81,2%, через 6 мес. – у 78,1%. На момент окончательного опроса отсутствие динамики или недостоверное улучшение наблюдали у 21,8 % пациентов.

В группе 1 отмечали положительную динамику нарушений жизнедеятельности по Oswestry Disability Index (ODI), который устойчиво сохраняет уровень достоверно позитивных результатов до 6 мес. Через 5-7 дней после блокады 96,8% пациентов отмечают достоверное улучшение (регресс более 10 баллов). Через 3 мес. данный показатель сохранялся у 90,6%, а на момент окончательного опроса, через 6 мес., составил 82,8%.

Корреляция между ВАШ и ODI изначально была сильной ($r=0,73$ $p < 0,05$), и сохранялась такой на всех этапах наблюдения ($r=0,85-0,94-0,95$, $p < 0,05$). Аналогичное взаимодействие показателей Роланд-Морриса и ODI наблюдали на всех этапах.

В группе 2 также отмечали положительную динамику по Oswestry Disability Index (ODI), который устойчиво сохранял уровень достоверно позитивных результатов до 6 мес. Через 5-7 дней после блокады 96,8% пациентов отмечали достоверное улучшение (регресс более 10 баллов). Через 3 мес. данный показатель сохранялся у 90,6%, а на момент окончательного опроса через 6 мес. составил 82,8%.

Корреляционная связь между ВАШ и ODI изначально была сильной ($r=0,83$ $p < 0,05$), и сохранялась сильной на всех этапах наблюдения ($r = 0,80 - 0,95 - 0,96$, $p < 0,05$). Аналогичное взаимодействие показателей Роланд-Моррис и ODI было на всех этапах наблюдения ($r=0,75-0,84-0,95-0,96$, $p < 0,05$).

Индекс выздоровления. Изменения в субъективных симптомах до лечения и на этапах наблюдения отображены в следующих результатах. Так, в группе 1 хороший результат лечения через 5-7 дней после ИЭБ наблюдали у 81% пациентов, удовлетворительный – у 16%, неудовлетворительный – у 3%. Отсутствие выраженной позитивной динамики было у 2 пациентов, которым рекомендовано хирургическое удаление грыжи межпозвоночного диска. На этапах наблюдения позитивная динамика ИВ сохранялась (рис. 2).

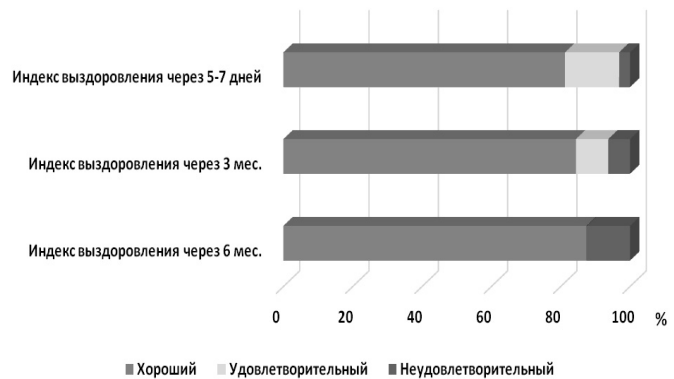


Рис. 2. Динамика показателей индекса выздоровления на этапах наблюдения в группе 1

В группе 2, у пациентов с поясничным спинальным стенозом, хороший результат лечения через 5-7 дней после ИЭБ отмечали 63% больных, удовлетворительный – 31%, неудовлетворительный – 6%. Через 6 мес. показатели снижались, и хороший результат, улучшение состояния более чем на 40% отмечали 56% больных, удовлетворительный – 22%, неудовлетворительный – 22%. На момент окончательного опроса, через 6 мес., хороший результат лечения отмечен у 56%, удовлетворительный – у 22%, неудовлетворительный у 22% (рис. 3). 5 пациентам в связи с отсутствием значительной позитивной динамики рекомендовали хирургическое лечение.

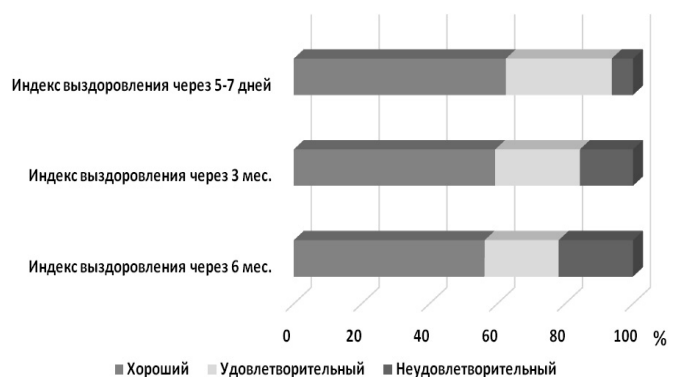


Рис. 3. Динамика показателей индекса выздоровления на этапах наблюдения в группе 2

При сравнении результатов лечения по группе 1 и группе 2 можно отметить, что пациенты с протрузиями и грыжами межпозвоночных дисков отмечали больший регресс боли и более продолжительный эффект после проведения ИЭБ.

N. Arden et al. (2005) [6] провели исследование, в котором выполняли интерламинарные блокады пациентам с радикулопатией на фоне грыжи межпозвоночного диска. Контрольной, плацебо-группе вводили физиологический раствор в межкостистую связку. Через 3 недели о позитивном результате, уменьшении боли более чем на 75%, сообщили 12,5% пациентов против 3,7% в контрольной группе. Через 6 недель достоверной разницы между двумя группами отмечено не было.

J. Wilson-MacDonald et al. [7] пациентам с радикулопатией на фоне грыжи межпозвоночного диска основной группы (n=44) вводили интерламинарно эпидурально комбинации бупивакаина и метилпреднизолон, контрольной группе вводили такую же комбинацию препаратов внутримышечно. Авторы отмечали значительное улучшение в основной группе по сравнению с контрольной на протяжении 3 мес.

L. Manchikanti et al. [8] в своём исследовании результатов лечения радикулопатии на фоне грыжи межпозвоночного диска пациентам основной группы вводили эпидурально интерламинарно ксилокаин с бетаметазоном, контрольной группе – ксилокаин. В основной группе через 3 мес. позитивный результат отмечали у 82% пациентов, через 6 мес. – у 85%, через 12 мес. – у 85%, через 24 – у 70%. В контрольной группе через 3 мес. позитивный результат отмечали у 72% пациентов, через 6 мес. – у 63 %, через 12 мес. – у 67%, через 24 мес. – у 60%. В целом результаты схожи. Однако при сравнении применения местной анестезии или местной анестезии со стероидами лучшие результаты получены при комбинированном использовании препаратов. Стероиды превосходили по результативности в течение 6 мес. по показателю облегчения боли и на протяжении 12 мес. по функциональному статусу. В общей сложности пациентам вводили 5-6 инъекций в течение 2 лет.

Исследование B. Ghai et al. [9] показало значительное преимущество применения комбинации локального анестетика и кортикостероида, чем только локального анестетика как в краткосрочной, так и в длительной перспективе у пациентов с радикулопатией на фоне грыжи межпозвоночного диска.

L. Manchikanti et al. [10] пациентам с центральным стенозом спинномозгового канала выполняли интерламинарные эпидуральные блокады. Пациентам первой группы вводили только локальный анестетик – лидокаин, второй группе – ком-

бинацию локального анестетика и гормонального препарата (бетаметазон). В среднем каждый из 120 пациентов получал 5-6 блокад на протяжении 2 лет. В группе 1 через 3 мес. позитивный результат отмечали у 83% пациентов, через 6 мес. – у 72%, через 12 мес. – у 72%, через 24 мес. – у 72%. В группе 2 через 3 мес. позитивный результат отмечался у 77% пациентов, через 6 мес. – у 75%, через 12 мес. – у 67%, через 24 мес. – 73%. При использовании анестетика или при сочетании его со стероидами оказались эффективными оба метода без существенных различий между группами.

В.А. Радченко [11], суммируя многолетний опыт применения различных типов спинальных блокад, сделал вывод, что лечебные блокады при дегенеративно-деструктивных заболеваниях поясничного отдела позвоночника с применением кортикостероидов обладают мощным воздействием на один из основных компонентов появления болезни – болевой синдром, и позволяют добиться значительного эффекта в диагностике и лечении.

А.И. Продан с соавт. [12] отметили высокую эффективность различных типов спинальных блокад, а также желательное использование флюороскопического (рентгенологического) контроля с целью уменьшения возможных ошибок и осложнений, связанных с некорректным внутрисосудистым, субарахноидальным и интрадуральным введением иглы и лекарственных препаратов.

В работе В.М. Ольхова с соавт. [13] приведены результаты лечения 348 пациентов с радикулярным болевым синдромом на фоне протрузий и грыж межпозвоночных дисков с помощью интерламинарных эпидуральных блокад без рентгенологического (флюороскопического) контроля. Позитивный эффект авторы отметили у 86,8% пациентов в результате применений 1-2 блокад.

А.А. Кондрашов и Н.Е. Полищук [14] проанализировали результаты лечения 46 пациентов с радикулопатией на фоне грыж межпозвоночных дисков. Авторы показали, что применение как местного анестетика самостоятельно, так и в комбинации с кортикостероидом давали хороший лечебный эффект, значительное снижение болевого синдрома и улучшение качества жизни. Неудовлетворительный результат лечения преимущественно отмечали пациенты с узким поясничным спинномозговым каналом и значительными секвестрированными грыжами межпозвоночных дисков.

М.В. Квасницкий и О.М. Квасницкий [15] проанализировали результаты лечения 120 пациентов с различными дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника посредством применения ИЭБ. Полученные ими результаты свидетельствовали о высокой эффективности монотерапии эпидуральными стероидными

ін'єкціями в виде снижения сроков пребывания в стационаре, стойкой ремиссии болевого синдрома, снижения количества осложнений и рецидивов.

С.М. Носков с соавт. [16] при анализе результатов применения ИЭБ у пациентов с дискогенным болевим синдромом без радикулопатии отметили достоверное преимущество применения эпидурального введения: как локального анестетика самостоятельно, так и в комбинации с гормональным препаратом по сравнению с консервативным лечением.

Проведенный А.И. Проданом с соавт. [17] мета-анализ показал, что консервативное лечение поясничного спинального стеноза с применением эпидуральных инъекций кортикостероидов лишь незначительно уступает по эффективности хирургическому лечению и должно быть основным методом медицинской помощи данной группе пациентов.

Выводы

1. Интерламинарные эпидуральные блокады являются эффективным методом лечения болевого синдрома пояснично-крестцового отдела позвоночника. Так, у 59% пациентов с протрузиями и грыжами межпозвоночных дисков удалось получить значительный и стойкий регресс болевого синдрома сроком на более чем 6 мес. ($p < 0,05$).

2. У пациентов с поясничным спинальным стенозом в 75% случаев удалось добиться хороших и стойких результатов лечения: снижения боли и улучшения качества жизни ($p < 0,05$).

3. Регресс болевого синдрома по ВАШ коррелировал с улучшением качества жизни по данным опросников Роланд-Моррис и ODI на всех этапах наблюдения ($r = 0,78-0,86-0,94-0,95$, $p < 0,05$).

Литература

1. Gaskin DJ. The economic costs of pain in the United States / *D.J. Gaskin, P. Richard* // *J. Pain*. – 2012. – Vol. 13. – P. 715–724.
2. Sharma AK. The Effectiveness and Risks of Fluoroscopically Guided Lumbar Interlaminar Epidural Steroid Injections: A Systematic Review with Comprehensive Analysis of the Published Data / *Sharma AK, Vorobeychik Y, Wasserman R, Jameson J, Moradian M, Duszynski B, Kennedy DJ*. // *Pain Med*. – 2016. Jun. – Vol. 20.
3. White A. Epidural injection for diagnosis and treatment of low back pain / *A. White, R. Derby, G. Wynne* // *Spine*. – 1980. – Vol. 5, № 1. – P. 58–86.
4. Weinstein S. Contemporary concept in spine care: epidural steroid injections / *S. Weinstein, S. Herring, R. Derby* // *Spine*. – 1995. – Vol. 20. – P. 1842–1846.
5. Hirabayashi K. Operative results and postoperative progression of ossification among patients with ossification of cervical posterior longitudinal ligament / *Hirabayashi K, Miyakawa J, Satomi K*. [et al.] // *Spine*. – 1981. – Vol. 6. – P. 354–364.
6. Arden NK. WEST Study Group. A multicentre randomized controlled trial of epidural corticosteroid injections for sciatica: The WEST study / *Arden NK, Price C, Reading I, Stubbing J, Hazelgrove J, Dunne C, Michel M, Rogers P, Cooper C*. // *Rheumatology (Oxford)*. – 2005. – Vol. 44. – P. 1399–1406.
7. Wilson-MacDonald J. Epidural steroid injection for nerve root compression. A randomised, controlled trial / *Wilson-MacDonald J, Burt G, Griffin D, Glynn C*. // *J. Bone Joint Surg. Br*. 2005. 87. 352–355.
8. Manchikanti L. A randomized, double-blind, active-control trial of the effectiveness of lumbar interlaminar epidural injections in disc herniation / *Manchikanti L, Singh V, Cash KA, Pampati V, Falco FJ.E*. // *Pain Physician*. – 2014. – Vol. 17. – P. E61-E74.
9. Gbai B. Effectiveness of parasagittal interlaminar epidural local anesthetic with or without steroid in chronic lumbosacral pain: A randomized, double-blind clinical trial / *Gbai B, Kumar K, Bansal D, Dhatt S.S., Kanukula R, Batra Y.K.* // *Pain Physician*. – 2015. Vol. 18. – P. 237-248.
10. Manchikanti L. A randomized, double-blind controlled trial of lumbar interlaminar epidural injections in central spinal stenosis: 2-year follow-up / *Manchikanti L, Cash KA, McManus C.D., Damron K.S., Pampati V, Falco FJ.E*. // *Pain Physician*. – 2015. – Vol. 18. – P. 79–92.
11. Радченко ВА. Лечебные блокады с использованием кортикостероидов при дегенеративно-дистрофических заболеваниях поясничного отдела позвоночника / *ВА. Радченко* // *Ортопедия, травматология и протезирование*. – 2000. – № 3. – С. 116–121.
12. Продан А.И. Ошибки и осложнения при эпидуральных лечебно-диагностических блокадах / *Продан А.И., Попсуйшапка КА, Колесниченко ВА, Сиренко АА, Исакова Н.В., Птушко С.С.* // *Ортопедия, травматология и протезирование*. – 2005. – № 4. – С. 112–117.
13. Ольхов В.М. Епідуральне введення анестетиків та кортикостероїдів при лікуванні хворих з приводу гострого корінцевого більового синдрому у поперековому відділі хребта в умовах нейрохірургічного відділення / *Ольхов В.М., Буянов О.О., Горбатюк К.І., Кудіна О.М., Венціківський Л.О., Бороденко О.Ю* [та ін.] // *Український нейрохірургічний журнал*. – 2015. – № 1. – С. 51–54.
14. Кондрашов А.А. Эффективность эпидурального введения стероидов у пациентов с foraminalными грыжами межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника и корешковым синдромом / *А.А. Кондрашов, Н.Е. Полищук* // *Одесский медицинский журнал*. – 2010. – № 3 (119). – С. 50–55.
15. Квасніцький М.В. Епідуральні стероїдні ін'єкції в лікуванні хронічного нижньоперекового болю, зумовленого дегенеративно-дистрофічним ураженням хребта / *Квасніцький М.В., Квасніцький О.М.* // *Вісник ортопедії, травматології та протезування*. – 2014. – № 4. – С. 31–36.
16. Носков С.М. Возможности эпидуральных блокад при хронической дискогенной боли в нижней части спины / *Носков С.М., Козлова О.Г., Лаврухин В.В.* // *Саратовский научно-медицинский журнал*. – 2012. – № 8 (2). – С. 502–505.
17. Продан А.И. Консервативное лечение поясничного спинального стеноза: современные тенденции, концепции и методы / *Продан А.И., Перепечай О.А., Подлитенцев В.В., Чернышев А.Г.* // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. – 2009. – № 7. – С. 92–95.

INTERLAMINAR EPIDURAL INJECTIONS IN THE TREATMENT OF PAIN SYNDROMES OF LUMBOSACRAL SPINE IN DEGENERATIVE-DYSTROPHIC DISEASES

Roi I.V., Fishchenko Ya.V., Harmish A.R., Pavlov B.B., Bila I.I., Kudrin A.P.

Summary. Interlaminar epidural injection – minimally invasive method of treating pain syndromes of low back through the introduction of drugs into the epidural.

Goal. To analyze the results of treatment of low back pain by interlaminar epidural injections.

Material. Retrospective analysis of 64 patients (20 men and 44 women) aged 56.0 ± 1.8 years with complaints of low back pain treated by interlaminar epidural block. Group 1 – 32 patients with protrusions or herniated discs. Group 2 – 32 patients with lumbar spinal stenosis. The periods of observation for at least 6 months after the procedure. Evaluation of treatment results was carried out by VAS pain assessment and indices of quality of life Roland-Morris and Oswestry Disability Index. The number of the procedures performed – 1-3.

Results. In group 1, marked persistent regression of pain syndrome from 6.84 ± 0.20 to 2.84 ± 0.22 after treatment, 2.56 ± 0.27 in 3 months, 2.59 ± 0.29 in 6 months. Indicators recourse pain strongly correlated with the quality of life assessment indicators for Roland-Morris and ODI. In group 2 was observed less pronounced and less lasting regression of pain syndrome from 7.37 ± 0.19 to 3.93 ± 0.21 after the procedure, 4.0 ± 0.25 in 3 months, 4.25 ± 0.32 in 6 months. Performance regression of pain syndrome is also strongly correlated with indicators of quality of life assessment on the Roland-Morris and ODI.

Conclusions. Interlaminar epidural injections is an effective treatment of low back pain in various degenerative diseases. Regression of pain correlated with improvement of quality of life according to the Roland-Morris questionnaires and ODI at all stages of monitoring.

Key words: low back pain, interlaminar epidural injection.

ІНТЕРЛАМІНАРНІ ЕПІДУРАЛЬНІ БЛОКАДИ В ЛІКУВАННІ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Рой І.В., Фіщенко Я.В., Гармиш А.Р., Павлов Б.Б., Біла І.І., Кудрін А.П.

Резюме. Інтерламінарна епідуральна блокада (ІЕБ) – малоінвазивний метод лікування больових синдромів попереково-крижового відділу хребта шляхом введення медикаментозних препаратів в епідуральний простір через міждужкову зв'язку.

Мета. Провести аналіз результатів лікування больового синдрому попереково-крижового відділу хребта на тлі дегенеративно-дистрофічних захворювань методом інтерламінарних епідуральних блокад.

Матеріал. Ретроспективний аналіз результатів лікування 64 пацієнтів (20 чоловіків і 44 жінки) у віці $56,0 \pm 1,8$ року зі скаргами на болі в попереково-крижовому відділі хребта на тлі дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта методом інтерламінарних епідуральних блокад. Група 1 – 32 пацієнти з протрузіями або грижами міжхребцевих дисків. Група 2 – 32 пацієнти з поперековим спінальним стенозом. Терміни спостереження – не менше 6 міс. після процедури. Оцінку результатів лікування визначали за ВАШ та індексами оцінювання якості життя Роланд-Морріс і Oswestry Disability Index. Кількість проведених процедур – 1-3.

Результати. У групі 1 відзначався стійкий регрес больового синдрому з $6,84 \pm 0,20$ до $2,84 \pm 0,22$ після процедури, $2,56 \pm 0,27$ – через 3 міс., $2,59 \pm 0,29$ – через 6 міс. ($p < 0,05$). У групі 2 відзначався менш виражений і менш стійкий регрес больового синдрому з $7,37 \pm 0,19$ до $3,93 \pm 0,21$ після процедури, $4,0 \pm 0,25$ – через 3 міс., $4,25 \pm 0,32$ – через 6 міс. ($p < 0,05$). Показники регресу больового синдрому сильно корелювали з показниками оцінки якості життя за Роланд-Морріс і ODI.

Висновки. Інтерламінарні епідуральні блокади є ефективним методом лікування больового синдрому попереково-крижового відділу хребта при грижах і протрузіях міжхребцевих дисків, а також поперековому спінальному стенозі. Регрес больового синдрому за ВАШ корелював із поліпшенням якості життя за даними опитувальників Роланд-Морріс і ODI на всіх етапах спостереження.

Ключові слова: біль у попереково-крижовому відділі хребта, інтерламінарні епідуральні блокади.