

## Висновки

1. Лікування хворих із деформаціями пальців кисті внаслідок пошкодження розгинального апарату на рівні проксимального міжфалангового суглоба є актуальною проблемою ортопедії та травматології, що зумовлено значною кількістю таких травм та високим рівнем незадовільних результатів лікування цього контингенту постраждалих на первинних етапах, котрий досягає 15,6 %.

2. У застарілих випадках ушкодження розгиначів на рівні проксимального міжфалангового суглоба диференційований підхід до вибору способу реконструкції розгинального апарату в залежності від ступеня ураження сухожилкових та суглобових структур дозволив отримати позитивні результати у 92,6 % хворих.

## Література

1. Корнилов Н. В. Травматология и ортопедия, руководство для врачей / Н. В. Корнилов. – Санкт-Петербург: Гиппократ, 2005. – Т. 2. – 892 с.

2. Колонтай Ю. Ю. Хирургия поврежденной кисти / Ю. Ю. Колонтай, Л. Ю. Науменко, Ф. А. Милославський, Н. Д. Головаха. – Дніпропетровськ: Пороги, 1997. – 459 с.

3. Страфун С. С. Лікування травматичних ушкоджень сухожилків розгиначів пальців кисті / С. С. Страфун, С. О. Хименко // Матеріали науково-практичної конф. з міжнар. участю «Актуальні питання хірургії верхньої кінцівки». – К., 2010. – С. 233.

4. Newport M. L. Extensor Tendon Injuries in the Hand / M. L. Newport // J. Am. Academy Orthopedic Surgeons. – 2007. – Vol. 5, № 2. – P. 59.



УДК 616.8-089-035.833.5

## СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

О. М. Тарасенко, Л. В. Мирончук, Л. В. Кузьміна, О. М. Бойко, О. Ю. Забара

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпропетровськ

### Резюме

*Боль в нижней части спины – одна из самых больших проблем современного человечества. Больные с нейрокомпрессионными болевыми поясничными синдромами занимают первое место среди госпитализированных в неврологические стационары. Проанализированы ближайшие (1-е и третьи сутки) и отдаленные (6 месяцев) результаты лечения 40 больных с нейрокомпрессионными поясничными болевыми синдромами (отделение травматологии и ортопедии ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МОЗ Украины»). Лечение двух групп пациентов оценивали по модифицированной шкале Nurick (ШН) на 1-е, 3-и сутки и через 6 месяцев после манипуляции.*

**Ключевые слова:** остеохондроз, боль, лечение.

### Summary

*Low back pain syndrome – one of the biggest problem of modern humanity. Patients with lumbar pain syndromes are first among hospitalized in neurological hospitals. Analyzed next (1st and 3rd day) and long term (6 months) outcomes 40 patients with neural compression lumbar pain syndromes (Department of Traumatology and Orthopedics SI «Ukrainian State Research Institute of Medical and Social Problems of Disability Ministry of Health of Ukraine»). Treatment of the two groups of patients were evaluated by a modified scale Nurick (SHN) for 1, 3 day, 6 months after manipulation.*

**Key words:** low back pain, pain treatment.

**Вступ.** Біль у нижній частині спини – одна з найбільших проблем сучасного людства [2, 3, 5]. Хворі з нейрокомпресійними болевими поперековими синдромами посідають перше місце серед госпіталізованих у неврологічні стаціонари. Є чимало методів лікування цієї патології. На даний час є багато підходів як консервативних, так і опе-

ративних методик. У нейрохірургічних протоколах лікування поперекових болевих нейрокомпресійних синдромів визначені стадії даної патології, за яких варто застосовувати консервативні, пункційні, малоінвазивні та відкриті втручання [1–4]. Слід зазначити, що цією проблемою займаються лікарі різних спеціальностей, щороку тисячі вчених

працюють над поліпшенням результатів лікування таких хворих, але вона ще далека від вирішення.

**Мета:** дослідити результати лікування пацієнтів із нейрокомпресійними больовими поперековими синдромами.

**Матеріали і методи.** Проаналізовані найближчі (1-ша та 3-тя доба) та віддалені (6 місяців) результати лікування 40 хворих з нейрокомпресійними поперековими больовими синдромами (відділення травматології та ортопедії ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»), згідно з модифікованою шкалою Nurick (ШН). Усі пацієнти надали інформовану згоду на проведення маніпуляції. Модифікована шкала Nurick має 4 рівня ефективності: 1-й рівень – повний регрес неврологічної симптоматики; 2-й рівень – поліпшення; 3-й рівень – стан без змін; 4-й рівень – погіршення неврологічного статусу. Пацієнти були розділені на дві групи. Першу (основну) групу склали хворі, де в процесі стандартного лікування (нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), міорелаксанти, вітаміни групи В, лікувальна фізкультура (ЛФК), фізіотерапія тощо) застосовували метод селективної блокади ураженого нервового корінця під рентген-контролем (20 спостережень). Чоловіків було 14, жінок – 6, вік хворих коливався від 24 до 72 років (у середньому

41,5 року), тривалість захворювання – від 6 місяців до 20 років. Другу (контрольну) групу спостережень склали хворі, де застосовували стандартну схему консервативного лікування (НПЗП, міорелаксанти, вітаміни групи В, ЛФК, фізіотерапія, тощо) (20 хворих). Чоловіків було 15, жінок – 5, вік хворих коливався від 26 до 67 років (у середньому 42 роки), тривалість захворювання – від 4 місяців до 15 років. До проведення лікування всім пацієнтам була виконана магнітно-резонансна (МРТ) або комп'ютерна томографія (КТ).

**Результати та їх обговорення.** Показання до проведення селективної корінцевої блокади під рентген-контролем були: іритативні корінцеві синдроми (больовий та/або чутливий), підтверджені морфологічними ознаками, такими як компресія корінця протрузією, грижею диску або остеофітами за даними МРТ.

Грижі диска L3-L4 відзначені у 2 % хворих, L4-L5 – у 45 %, L5-S1 – у 53 % хворих. Серединні грижі виявлені в 5 % випадках, парамедіанні – в 43 % випадків, задньобоківі – в 38 %, форамінальні – в 14 % випадках. За даними МРТ, у 32 % випадків грижі були розміром до 8 мм, у 68 % їх розміри перевищували 8 мм. На рисунку 1 представлено знімки МРТ та КТ пацієнтів до проведення маніпуляції, а на схемі 1 – компресію корінця остеофітом.

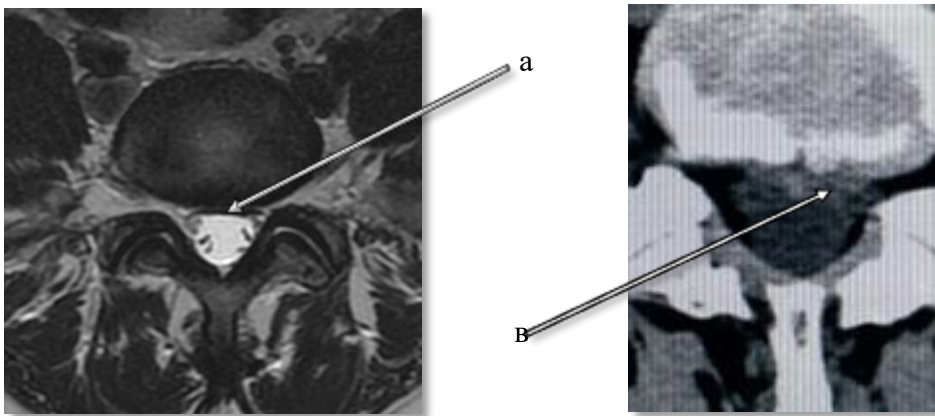


Рис. 1. Знімки МРТ та КТ пацієнтів до проведення маніпуляції:  
а – звуження міжхребцевого отвору форамінальною пролябцією диска (МРТ);  
в – поширення пульпозного ядра через фіброзне кільце в епідуральний простір (екструзія) з форамінальною пролябцією до 7мм (КТ)

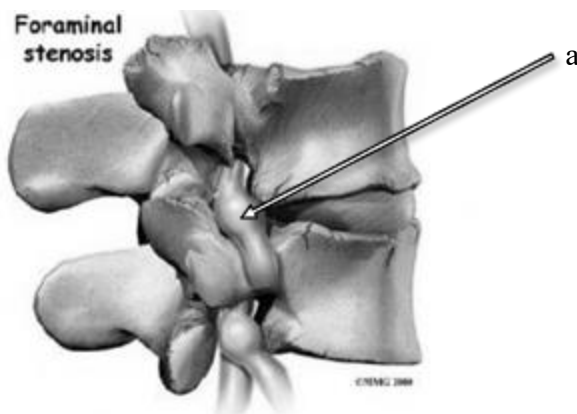


Схема 1. Компресія корінця остеофітом (а)

На рисунку 2 представлено вигляд поперекового відділу хребта за КТ (у фронтальній площині).

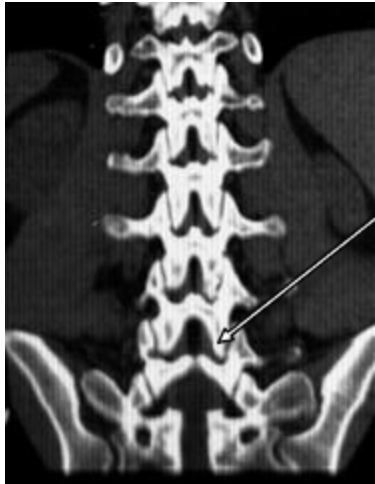


Рис. 2. Комп'ютерна томографія попереково-крижового відділу хребта:  
1 – вигляд ззаду міжхребцевого отвору, обмеженого вентральним краєм фасеток та дуг L4 – L5 хребців

#### Техніка проведення блокади.

Проводиться під місцевим знеболюванням. Хворого кладуть на живіт, рівень втручання уточнюється рентгенографією (рис. 3а). Під рентгенконтролем, спино-мозковою голкою, проводиться пункція місця виходу компресованого нервового корінця з корінцевого каналу (рис. 3б). Ідентифікацією попадання є розповсюдження болю по ураженому нервовому корінцю або парестезія. Після цього парарадикулярно вводиться 2–3 мл розчину

анестетику (бупівакаїн спінал хеві) з кортикостероїдом пролонгованої дії (рис. 3в, г). Виникаючі ускладнення від анестезії контролюються анестезіологом.

Ми застосовуємо апарат фірми «Villa Medical system» із цифровим приймачем рентгенологічних зображень у комплекті з комп'ютером і відповідним програмним забезпеченням, у скопичному режимі, при позиціонуванні індивідуально до кожного пацієнта.



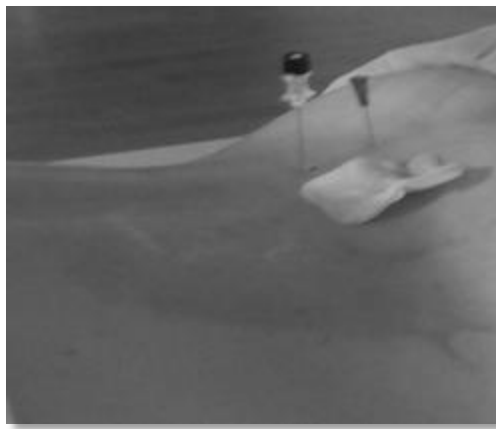
а



б



в



г

Рис. 3. Техніка проведення блокади:  
(а – уточнення рівня втручання рентгенографією; б – пункція місця виходу компресованого нервового корінця з корінцевого каналу; в, г – парарадикулярне введення препаратів)

Лікування двох груп пацієнтів оцінювали за модифікованою шкалою Nurick на 1-шу, 3-тю добу, через 6 місяців після маніпуляції. На 1-шу добу після маніпуляції в I групі кількість пацієнтів, стан яких відповідає 1-му рівню за ШН склав 95 %, у II – 5 %. В другій групі ця цифра склала: 1-й рівень – 35 %, в II – 65 %. На 3-тю добу після маніпуляції в I групі кількість пацієнтів, стан яких відповідає 1-му рівню за ШН, склав 90 %, у II – 10%. У другій групі ця цифра склала: 1-й рівень – 40 %, у II – 60 %.

Аналіз результатів лікування двох груп пацієнтів через 6 місяців свідчить, що поліпшення стану, яке відповідає 1-му та 2-му рівням за ШН, відзначено у 82 % I групи та у 80 % II групи. Відсутність змін після лікування помічено у 8 % хворих у I групі, та у 8 % хворих у II групі. Погіршення стану спостережено у 10 % в I та у 12 % хворих у II групах.

Наводимо спостереження пацієнта з грижею L4 міжхребцевого диска, до якого в процесі лікування застосували метод селективної корінцевої блокади під рентген-контролем.

Хворий Г., 48 років, шпиталізований в Інститут 27.07.2012 з діагнозом: грижа L4 міжхребцевого диска, компресійний рубцево-спайковий епідурит. Скарги при надходженні: на інтенсивні болі в поперековому відділі хребта з іррадіацією по задньо-боковій поверхні правої ноги, порушення ходи, оніміння правої стопи.

Хворіє 10 років, у 1999 році оперований – мікродискектомія L4-L5, за останні місяці больовий синдром значно посилюється, виникнення захворювання пов'язує з фізичним характером трудової діяльності. Лікувався консервативно, із застосуванням фізіотерапевтичних процедур, санаторно-курортного лікування, однак на фоні такого лікування за останні два тижні значно посилюється біль у нозі.

При об'єктивному дослідженні відчувалась різка болючість при пальпації остистих відростків L4, L5 хребців, біль та гіпестезія по дерматому L5 праворуч, позитивний симптом Лассега з 30° праворуч, з 65° – ліворуч. На МР томограмі діагностована парамедіанна грижа L4 міжхребцевого диска з форамінальним компонентом, ознаками перидурального фіброзу та грубою компресією корінців L4, L5 праворуч та дурального мішка. Хворому виконана селективна корінцева блокада L5 праворуч під рентген-контролем, введено 3 мл розчину анестетику з кортикостероїдом пролонгованої дії.

Безпосередньо після маніпуляції відзначили повний регрес больового синдрому. До вечора того ж дня став більш активний. Наступної доби відзначив часткове повернення больового синдрому (закінчилась дія анестетика), який регресував до вечора

ра того ж дня (почалась дія пролонгованої форми кортикостероїда, завдяки чому почав зменшуватися набряк), виписаний на 3-тю добу в задовільному стані.

Таким чином, результати лікування пацієнтів першої групи (де були використані селективні блокади компресованих корінців) на 1-шу та 3-тю добу значно перевищують результати лікування пацієнтів другої групи, зрівнюючись у віддаленому періоді.

Представлені результати проведеного дослідження підтверджують дані літератури про ефективність використання селективних корінцевих блокад у лікуванні нейрокомпресійних поперекових больових синдромів у гострому періоді.

#### Висновки

1. Селективні корінцеві блокади – сучасний метод лікування больових синдромів у нижній частині спини.

2. Результати лікування нейрокомпресійних поперекових больових синдромів у гострий період свідчать про ефективність використання селективних корінцевих блокад (на 1-шу добу після маніпуляції в I групі кількість пацієнтів, стан яких відповідає 1-му рівню за шкалою Nurick склав 95 %, у II – 5 %. У другій групі ця цифра склала: 1-й рівень – 35 %, у II – 65 %. На 3 добу після маніпуляції в I групі кількість пацієнтів, стан яких відповідає 1-му рівню за шкалою Nurick склав 90 %, у II – 10 %. В другій групі ця цифра склала: 1-й рівень – 40 %, в II – 60 %).

3. Селективні корінцеві блокади потрібно виконувати за наявності необхідного технічного забезпечення в умовах стаціонару.

#### Література

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим за спеціальностями «Нейрохірургія» та «Дитяча нейрохірургія» // Український нейрохірургічний журнал. – 2008. – № 3. – 224 с.
2. Maroon J., Abla A., Bost J. Association between peridural scar and persistent low back pain after lumbar discectomy // J. Neurological Research. – 1999. – Vol. 21. – P. 43–46.
3. Brotchi J., Pirotte B., DeWitte O., Levivier M. Prevention of epidural fibrosis in a prospective series of 100 primary lumbo-sacral discectomy patients: Follow-up and assessment at reoperation // J. Neurological Research. – 1999. – Vol. 21. – P. 47–50.
4. Buldini B., Amigoni A., Faggini R., Laverda A. Neurogenic bladder: etiology and assessment // Pediatr Nephrol. – 2008. – № 23(4). – P. 41–51.
5. Launay F., Leet A., Sponseller P. A prospective study of health and risk of mortality after spinal cord injury // Arch Phys Med Rehabil. – 2008. – № 89(8). – P. 1482–1491.

