

©М. В. Квасніцький

*ДНУ “Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини” Державного управління справами, відділення малоінвазивної хірургії, м. Київ***РАННІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ НИЖНЬОПОПЕРЕКОВИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ, ДЕ ДОМІНУВАЛИ ПРОЯВИ СПОНДИЛОАРТРОЗУ З ВИКОРИСТАННЯМ РАДІОЧАСТОТНОЇ ДЕНЕРВАЦІЇ ФАСЕТКОВИХ СУГЛОБІВ У ПОЄДНАННІ З ПЕРІАРТИКУЛЯРНИМ ВВЕДЕННЯМ МІСЦЕВИХ АНЕСТЕТИКІВ ТА СТЕРОЇДНИХ ПРЕПАРАТІВ**

Резюме. Висока частота розповсюженості дегенеративно-дистрофічного ураження хребта при малій ефективності терапії спондилоартрозу робить актуальним дослідження стосовно лікування нижньопоперекового болю, зумовленого переважно спондилоартрозом, інноваційним міні-інвазійним методом високочастотної денервації фасеткових суглобів у поєднанні з періартикулярним введенням місцевих анестетиків та стероїдних препаратів.

Мета дослідження – визначити ефективність впливу радіочастотної денервації фасеткових суглобів у поєднанні з періартикулярним введенням місцевих анестетиків та стероїдних препаратів на ліквідацію больового синдрому у хворих із нижньопоперековим больовим синдромом, в яких переважали явища спондилоартрозу.

Матеріали і методи. Проведено аналіз ранніх результатів лікування 78 пацієнтів (37 чоловіків та 41 жінки у віці від 51 до 79 років) з нижньопоперековим больовим синдромом, у яких ведучим клінічним проявом був артроз дуговідросткових суглобів, що склали основну групу, а також радіочастотну денервацію фасеткових суглобів (за допомогою апарату RFG-1A/RFG-1B фірми Radionics) в поєднанні з періартикулярним введенням місцевого анестетика та стероїдного препарату. Контрольну групу склали 136 пацієнтів (73 чоловіків та 63 жінки у віці від 44 до 81 років) із нижньопоперековим болем, де домінували явища спондилоартрозу, які лікувались виключно за допомогою методу радіочастотної денервації фасеткових суглобів.

Результати досліджень та їх обговорення. Як відразу ж після проведеного лікування, так і через три місяці отримано достовірний результат лікування хронічного нижньопоперекового больового синдрому, зумовленого переважно ураженням дуговідросткових суглобів як в основній, так і контрольній групах, що свідчить про ефективність обох методів лікування. Разом з тим, є чітка достовірна різниця між основною та контрольною групами як відразу після проведеного лікування, так і через три місяці, що свідчить про достовірну вищу ефективність методу радіочастотної денервації фасеткових суглобів у поєднанні з періартикулярним введенням місцевого анестетика та стероїдного препарату в ранньому післяопераційному періоді.

Висновки. Отримані результати як відразу ж після лікування, так і через 3 місяці свідчать як про ефективність радіочастотної денервації фасеткових суглобів, так і про ефективність радіочастотної денервації фасеткових суглобів у поєднанні з періартикулярним введенням місцевого анестетика та стероїдного препарату у хворих із нижньопоперековим больовим синдромом, де домінують явища спондилоартрозу. Достовірно кращі результати лікування отримані в ранньому післяопераційному періоді в групі пацієнтів, яким проводили радіочастотну денервацію фасеткових суглобів у поєднанні з періартикулярним введенням місцевого анестетика та стероїдного препарату.

Ключові слова: спондилоартроз; радіочастотна денервація фасеткових суглобів; періартикулярні блокади.

ВСТУП За статистику ВООЗ, від больового вертеброгенного синдрому страждає 40–80 % дорослого населення у період найбільш активної трудової діяльності в 25–55 років. Аналіз сучасного стану проблеми фасеткової артропатії дозволяє говорити про високу розповсюженість даної патології серед пацієнтів із болем у спині. Найчастішою причиною звернення до лікаря є не ізольований кореневий біль, а вертеброгенний біль, що зумовлений ураженням міжхребцевих дисків та міжхребцевих суглобів, причому кількість ноцицепторів в останньому випадку значно більша [1]. Все більше авторів розділяють точку зору, що дискогенний больовий синдром та спондилоартроз – прояви дегенеративного ураження хребта, що перебігають одночасно та взаємно впливають один на одного. Подібному підходу сприяють як анатомічні, так і ортопедичні передумови: спільність іннервації фіброзного кільця міжхребцевого диска та суміжних рухових сегментів, природне збільшення навантаження на руховий сегмент унаслідок пошкодження фіброзного кільця та навпаки [2]. Рефлекторно-больові синдроми вертеброгенного характеру спричиняються як дискогенними причинами, так і пов'язані з дегенеративно зміненими дуговідростковими суглобами, які формують фасетковий синдром та відповідно зумовлюють віддзеркалені больові синдроми. Більшість авторів вказує на труднощі, пов'язані з постановкою діагнозу “фасетковий синдром”, відмічаючи при цьому, що ключовим фактором, методом верифікації такого діагнозу є проведення лікувально-діагностичних блокад рухових

сегментів. При їх ефективності (зменшення чи регрес больового синдрому) виконується лікувальна денервація цих суглобів. Частина дослідників при наявності у пацієнтів клінічної картини некомпресійних синдромів виконують денервацію фасеткових суглобів відразу, ґрунтуючись на тому фактові, що близько 30 % результатів після лікувально-діагностичних блокад є хибнопозитивними [3, 4].

Діагностика фасеткової артропатії, як артропатичного синдрому, полягає у диференціації болю в нижній частині спини не тільки з можливим диско-радикулярним конфліктом, але і з синдромом сегментарної нестабільності, м'язово-тонічним та міофасціальним больовими синдромами. Для артропатичного синдрому характерно підвищення болю при навантаженні та в кінці дня, зменшення болю у спокої; ротація та розгинання хребта дозволяють локалізувати хворобливий суглоб, а ін'єкція місцевого анестетика в проекцію суглоба не тільки зменшує біль, але і є доказовою міткою на користь спондилоартрозу. На основі доказів, що базуються на клінічних та епідеміологічних дослідженнях, запропоновано комплексний інтервенційний алгоритм ведення пацієнтів із болем в спині. Важливо скрупульозно оцінити не тільки анамnestичні, клінічні, але і психосоціальні дані для виключення протипоказань до застосування інтервенційного алгоритму ведення пацієнтів із болем у спині. Впровадження в практику візуалізації дуговідросткових суглобів за допомогою комп'ютерної томографії, електронно-оптичної перетворювача та навіть звичайної рентгенографії до-

зволяє ціленаправлено вводити періартикулярно місцеві анестетики. Е. В. Подчуфарова, Н. Н. Яхно [5] справедливо зауважують, що окрім "морфологічних", структурних передумов хронізації больового синдрому (нейродистрофічні зміни хребта, м'язів, зв'язок, суглобів та його капсул; порушення біомеханіки хребта) хронічному перебігу болю в спині можуть сприяти спадкова схильність, приєднання нейропатичного компонента болю, порушення в психоемоціональній сфері та використання неадекватних копінг-стратегій. У реальній клінічній практиці, як правило, має місце комплекс причин, що зумовлюють хронічний перебіг больового синдрому.

В лікуванні фасеткової артропатії в якості першого ряду терапевтичних заходів рекомендується призначення нестероїдних протизапальних препаратів, а також засобів, що містять хондроїтину сульфат натрію і глюкозамін. Нарівні з консервативною терапією в лікуванні фасеткового синдрому можуть бути використані специфічні малоінвазивні втручання на суглобах. Зокрема, у пацієнтів із позитивним ефектом від діагностичних блокад виконують інтра- і періартикулярні лікувальні блокади з місцевими анестетиками і стероїдними гормонами (бетаметазон, дексаметазон, метилпреднізолон). Дані про ефективність таких блокад суперечливі. Вважається, що найбільш чіткий і тривалий ефект вони можуть давати в пацієнтів із вираженим запальним компонентом на фоні дегенеративних змін та у пацієнтів із позитивним ефектом від діагностичних блокад [6]. При інтраартикулярному введенні триамінолону і лідокаїну в пацієнтів з фасетковим синдромом на поперековому рівні хребта відмічалось зниження болю та функціональної недостатності за індексом Освестрі [7]. Разом з тим, інші дослідники не рекомендують інтраартикулярні фасеткові ін'єкції [8]. Основна перевага періартикулярних блокад перед внутрішньосуглобовим введенням лікарських засобів полягає у тому, що навколо дуговідросткових суглобів є велика кількість ноцицептивних вегетативних утворів, які відіграють основну роль у формуванні різноманітних рефлекторних синдромів спондилоартрозу [9]. Тому спочатку повинні застосовуватися параартикулярні блокади, оскільки вони більш ефективні та їх легше виконати [10].

Обговорюється такий інноваційний метод лікування больового фасеткового синдрому як радіочастотна денервація фасеткового синдрому. Єдності в авторів відносно ефективності радіочастотної денервації фасеткових суглобів немає. Одні стверджують про ефективність методу [11, 12], а інші заперечують цю ефективність [13], що призводить до різних клінічних рекомендацій.

Метою дослідження було визначити ефективність впливу радіочастотної денервації фасеткових суглобів у поєднанні з періартикулярним введенням місцевих анестетиків та стероїдних препаратів на ліквідацію больового синдрому у хворих із нижньопоперековим больовим синдромом, у яких переважали явища спондилоартрозу.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ 78 пацієнтам (37 чоловіків та 41 жінки у віці від 51 до 79 років) з нижньопоперековим больовим синдромом, в яких ведучим клінічним проявом був артроз дуговідросткових суглобів, що склали основну групу, проведена денервація фасеткових суглобів (за допомогою апарату RFG-1A/RFG-1B фірми Radionics) в поєднанні з періартикулярним введенням місцевого анестетика та стероїдного препарату.

Контрольну групу склали 136 пацієнтів (73 чоловіків та 63 жінки у віці від 44 до 81 років) з нижньопоперековим

больовим синдромом, в яких ведучим клінічним проявом був артроз дуговідросткових суглобів, і проведена тільки радіочастотна денервація фасеткових суглобів.

Пацієнти обох груп знаходились на лікуванні в ДНУ "Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини" Державного управління справами в період з 2012 до 2017 року.

Клінічне обстеження пацієнтів включало: фізичне обстеження (загальносоматичне та детальне неврологічне), а також оцінку за стандартизованими опитувальниками і шкалами. Використовували візуальну аналогову шкалу болю, опитувальник індексу непрацездатності Освестрі. В усіх випадках клініко-неврологічні прояви дегенеративного ураження хребта корелювали з даними візуалізуючих методів дослідження, які включали спондилографію, МРТ та КТ поперекового відділу хребта. Проведена статистична обробка результатів.

Порівнювались дві методики лікування дегенеративних захворювань хребта з переважним ураженням фасеткових суглобів, що супроводжуються хронічним нижньопоперековим больовим синдромом: радіочастотна денервація фасеткових суглобів у поєднанні з періартикулярним введенням місцевого анестетика та стероїдного препарату (основна група) та радіочастотна денервація фасеткових суглобів (контрольна група).

Основою клінічного обстеження пацієнтів із дегенеративними захворюваннями хребта є оцінка больового синдрому. Оскільки даний синдром є виключно суб'єктивним, то ми застосували спеціально розроблені шкали й опитувальники для оцінки болю. Візуальна аналогова шкала болю (10-бальна) – простий, але демонстративний показник здоров'я і якості життя. Опитувальник індексу непрацездатності Освестрі використовувався для оцінки якості життя, пов'язаної саме із остеохондрозом, дозволяє мінімізувати вплив інших захворювань на результати дослідження та більш якісно оцінити вплив больового синдрому на повсякденну активність пацієнтів. Обстеження та оцінка за вказаними опитувальниками та шкалами проводилась тричі в обох групах пацієнтів: вперше безпосередньо перед проведенням радіочастотної денервації, вдруге – після закінчення міні-інвазивного лікування та через три місяці після лікування. Результати лікування проаналізовано шляхом оцінки динаміки регресу больового синдрому із застосуванням шкали болю ВАШ, а також оцінки функціонального стану за індексом Освестрі.

Радіочастотна денервація фасеткових суглобів виконується в положенні хворого на животі під місцевою анестезією 0,5 % розчином новокаїну (4 мл). Під контролем електронно-оптичного перетворювача (ЕОП) проводилась пункція навколо уражених міжхребцевих суглобів у характерних точках – точках-мішенях радіочастотної деструкції. Під контролем ЕОП голка вводиться в зовнішньобовоку поверхню фасеткового суглоба, в ділянку анатомічної локалізації медіальної гілки заднього спінального нерва (первинної дорзальної гілки). Далі проводиться заміна мандрену голки на активний електрод, який з'єднується з радіочастотним генератором, що продукує імпульсний струм високої частоти, який через електрод підводиться в точки-мішені радіочастотної деструкції. Радіочастотна деструкція технологічно являє собою високочастотний електричний струм від активного електрода до пасивної пластинки з руйнацією тканини навколо активного електрода. Електричний струм, що проходить

через тканину, нагріває її. Інтенсивність нагріву тканини залежить від її електричного опору (імпедансу). В результаті теплового нагріву тканини проходить денатурація білків нервових структур (нервова тканина входить у стан парабіозу) в безпосередній близькості від електрода. Деструкція проводиться при температурному режимі 70° тривалістю до 1 хв.

Для ідентифікації коректного положення голки, за допомогою радіочастотного генератора RFG-1A/RFG-1B фірми Radionics, виконували електростимуляцію фасеткових нервів з частотою 50 Гц. Пацієнт, як правило, відчуває поколювання в ділянці відповідного фасеткового суглоба. Далі частота знижується до 2 Гц та оцінюється стан м'язів кінцівок. Відсутність м'язових скорочень у кінцівках вказує на коректне положення електрода.

Усім пацієнтам основної групи перед операційним втручанням під контролем електронно-оптичного перетворювача виконували періартикулярні блокади з 2 % лідокаїном (до 8–10 мл) та стероїдним препаратом (ди-проспан 1,0) на рівнях ураження. Блокаду проводили як з лікувальною, так і діагностичною метою. Тимчасове зниження інтенсивності чи повний регрес больового синдрому в поперековому відділі хребта свідчив про те, що генератором болю є уражений суглоб. А пацієнтам контрольної групи перед операційним втручанням під контролем електронно-оптичного перетворювача (ЕОП) проводились періартикулярні блокади з 2 % лідокаїном (до 6 мл) на рівнях ураження. Блокада виконувалась виключно з діагностичною метою.

Тривалість маніпуляції не перевищувала 30 хв. В більшості випадків відмічені легкі нетривалі поколювання та пощипування під час проведення маніпуляції. Після мікротручання самопочуття пацієнтів добре, жодного ускладнення не помічено. Після втручання протягом години хворому рекомендували ліжковий режим та через 2 год його виписували додому.

Клінічну характеристику основної та контрольної груп хворих наведено в таблиці 1. За клінічними проявами пацієнти основної та контрольної груп характеризували больовий синдром у нижній частині спини та/чи відповід-

них склеротомах, симптомами напруження паравертебральних м'язів на цьому рівні, обмежень рухів при відсутності симптомів натягу та випаданні у неврологічному статусі. Давність захворювання склала від 3 до 39 років.

Достовірної різниці між досліджуваними групами немає (табл. 1). Попереднього відбору пацієнтів за статтю, віком, клінічним перебігом захворювання, за анатомо-морфологічними змінами хребта не проводили.

Поділ хворих за рівнем ураження міжхребцевих суглобів представлено в таблиці 2.

Статистичну обробку отриманих даних проводили із застосуванням методів параметричного аналізу біометричних показників (за критерієм t-Стюдента відмінності вважались достовірними при значенні $p \leq 0,05$, є тенденція – при $0,1 > p > 0,05$ і статистично незначною вважалась різниця при $p > 0,1$). Проводився аналіз отриманих результатів із застосуванням критерію згоди χ^2 . Статистичний аналіз виконано на персональному комп'ютері з використанням програм Microsoft Excel 2000, Microsoft Access 2000 в операційній системі Windows 98.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Термін лікування як методом радіочастотної денервації фасеткових суглобів, так і методом радіочастотної денервації фасеткових суглобів у поєднанні з періартикулярним введенням місцевого анестетика і стероїдного препарату склав 1 день.

До оперативного втручання усереднений показник больового синдрому в основній групі за ВАШ склав 7,7 бала. Згідно з результатами лікування в ранньому післяопераційному періоді, за шкалою ВАШ, пацієнтів поділили на такі групи: відмінні – біль відсутній (58 хворих), хороші – регрес болю до 2 балів включно (12 хворих); задовільні – регрес болю до 4 балів (8 хворих), незадовільних результатів не було. А через 3 місяці після проведеного лікування (обстежено 69 пацієнтів), за шкалою ВАШ, їх поділили на наступні групи: відмінні – біль відсутній (36 хворих), хороші – регрес болю до 2 балів включно (19 хворих); задовільні – регрес болю до 4 балів (12 хворих), незадовільні – регрес болю до 6 балів та вище (2 хворих).

Таблиця 1. Клінічна характеристика основної та контрольної груп хворих

Клінічна ознака та показник	Основна група, n=78	Контрольна група, n=136
Чоловіки	37 (47,4±3,6) %	73 (53,7±3,1) %
Жінки	41 (52,6±3,6) %	63 (46,3±3,1) %
Середній вік	63,1±2,8	66,2±2,3
Середня давність захворювання, роки	12,4±2,6	16,4±2,1
Середня давність загострення, місяці	2,5±0,5	2,8±0,4
Середня кількість уражених міжхребцевих суглобів	3,0±0,4	3,2±0,3
Середній розмір міжхребцевої протрузії, мм	3,3±0,5	3,4±0,7
Спондилолітез	3 (3,8 %)	6 (4,4 %)
Стеноз спинномозкового каналу	3 (3,8 %)	4 (2,9 %)
Спондилоартроз	78 (100 %)	136 (100 %)

Таблиця 2. Поділ пацієнтів в основній та контрольній групах за рівнем домінуючого ураження хребетно-рухового сегмента

Рівень ураження хребетно-рухового сегмента	Основна група, %	Контрольна група, %
L ₃ -L ₄	6	9
L ₄ -L ₅	63	69
L ₅ -S ₁	55	52

До оперативного втручання усереднений показник больового синдрому за шкалою Освестрі склав 45 балів. Згідно з результатами лікування в ранньому післяопераційному періоді, за шкалою Освестрі, пацієнтів поділили на наступні групи: відмінні – регрес болю до 5 балів (60 хворих), хороші – регрес болю до 15 балів включно (16 хворих); задовільні – регрес болю до 25 балів (2 хворих), незадовільних результатів не було (регрес болю до 35 балів). А через 3 місяці після проведеного лікування (обстежено 69 пацієнтів), за шкалою Освестрі, пацієнтів поділили на такі групи: відмінні – регрес болю до 5 балів (38 хворих), хороші – регрес болю до 15 балів включно (17 хворих); задовільні – регрес болю до 25 балів (12 хворих), незадовільні – регрес болю до 35 балів (2 хворих).

Оцінка усереднених показників больового синдрому та функціонального стану пацієнтів в основній та контрольній групах наведені відповідно в таблицях 3, 4.

Як видно з наведених таблиць 3, 4, є чітка достовірність різниці в результатах лікування між основною та контрольною групами як відразу ж після лікування, так і через 3 місяці після лікування, як за шкалою непрацездатності Освестрі, так і за візуальною аналоговою шкалою болю на користь радіочастотної денервації фасеткових сугло-

бів у поєднанні з періартикулярним введенням місцевого анестетика та стероїдного препарату. Необхідно також відмітити наявність достовірного результату лікування як в основній, так і в контрольній групах як відразу ж після лікування, так і через 3 місяці після лікування, що свідчить про ефективність обох методів лікування.

Отже, як відразу ж після проведеного лікування, так і через три місяці після його проведення отримано достовірний результат лікування хронічних нижньопопереккових больових синдромів, зумовлених переважно ураженням дуговідросткових суглобів як в основній, так і контрольній групах, що свідчить про ефективність обох методів лікування. Разом з тим, є чітка достовірність різниці між основною та контрольною групами як відразу після проведеного лікування, так і через 3 місяці після його проведення, що свідчить про достовірну вищу ефективність методу радіочастотної денервації фасеткових суглобів у поєднанні з періартикулярним введенням місцевого анестетика та стероїдного препарату в ранньому післяопераційному періоді.

Жодного ускладнення під час проведення втручання та після його проведення в наших спостереженнях відмічено не було.

Таблиця 3. Оцінка усереднених показників (за ВАШ) больового синдрому пацієнтів в основній та контрольній групах

Група хворих	До лікування	Після лікування	Через 3 місяці
Основна	7,7±0,24, n=78	1,7±0,26*, n=78	2,2±0,14*, n=69
Контрольна	8,1±0,16, n=136	2,8±0,22, n=136	3,9±0,24, n=110

Примітка. * – $p < 0,05$, достовірність відмінності у результатах як відразу ж після лікування, так і через 3 місяці після лікування між основною та контрольною групами за візуальною аналоговою шкалою.

Таблиця 4. Оцінка функціонального стану пацієнтів (за шкалою Освестрі) в основній та контрольній групах (у балах)

Група хворих	До лікування	Після лікування	Через 3 місяці
Основна	45±0,5, n=78	11±0,8*, n=78	18±0,9*, n=69
Контрольна	44±0,5, n=136	18±0,6, n=136	28±0,8, n=110

Примітка. * – $p < 0,05$, достовірність відмінності у результатах як відразу ж після лікування, так і через 3 місяці після лікування між основною та контрольною групами за шкалою Освестрі.

ВИСНОВКИ Отримані результати як відразу ж після лікування, так і через 3 місяці після його проведення свідчать як про ефективність радіочастотної денервації фасеткових суглобів, так і про ефективність радіочастотної денервації фасеткових суглобів у поєднанні з періартикулярним введенням місцевого анестетика та стероїдного препарату у хворих із нижньопопереквовим

больовим синдромом, де домінують явища спондилоартрозу. Достовірно кращі результати лікування отримані в ранньому післяопераційному періоді в групі пацієнтів, яким проводили радіочастотну денервацію фасеткових суглобів у поєднанні з періартикулярним введенням місцевого анестетика та стероїдного препарату.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Михайлов В. П. Изменения пострурального баланса после дегенеративно-дистрофическими заболеваниями поясничного отдела позвоночника // Хирургия позвоночника / В. П. Михайлов, А. В. Крутько, А. В. Стрельникова. – 2013. – № 2. – С. 38–42.
2. Сочетание спондилоартроза с дискогенными компрессионными и рефлекторными синдромами пояснично-крестцовой локализации / Е. Б. Колотов, В. В. Кельмаков, Е. В. Колотова, Р. Р. Аминов, С. В. Елагин // Неврологический журнал. – 2011. – Т. 16, № 6. – С. 24–26.
3. Saal S. General principles of diagnostic testing as related to painful lumbar spine disorders: a critical appraisal of current diagnostic techniques / S. Saal // Spine. – 2002. – Vol. 27. – P. 2538–2545.

4. Schofferman J. Effectiveness of repeated radiofrequency neurotomy for lumbar facet pain / J. Schofferman, G. Kine // Spine. – 2004. – Vol. 29. – P. 2471–2473.
5. Подчуфарова Е. В. Боль в спине / Е. В. Подчуфарова, Н. Н. Яхно. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 368 с.
6. Brummett C. M. Facet joint pain in Benzon: Raj's Practical Management of pain / C. M. Brummett, S. P. Cohen. – 4th ed. – Mosby, 2008.
7. Ackerman W. E. Pain relief with intraarticular or medial branch nerve blocks in patients with positive lumbar facet joint SPECT imaging: a 12-week outcome study / W. E. Ackerman, M. Ahmad // South Med. J. – 2008. – Vol. 101. – P. 931–934.
8. Guideline update for the performance of fusion procedures for degenerative disease of the lumbar spine. Part 13: injection

therapies, low-back pain, and lumbar fusion / W. C. Watters, D. K. Resnick, J. C. Eck [et al.] // J. Neurosurg. Spine. – 2014. – Vol. 21 (1). – P. 79–90.

9. Луцик А. А. Диагностика и лечение спондилоартроза / А. А. Луцик, Е. Б. Колотов // Хирургия позвоночника. – 2004. – № 1. – С. 55–59.

10. Murakami E. Effect of periarticular and intraarticular lidocaine injections for sacroiliac joint pain: prospective comparative study / E. Murakami, Y. Tanaka, T. Aizawa // J. Orthop. Sci. – 2007. – Vol. 12. – P. 274–820.

11. Van Zundert J. Clinical trials in interventional pain management: Optimizing chances for success? / J. Van Zundert, Van Boxem Koen, E. A. Joosten // Pain. – 2010. – Vol. 151. – P. 571–574.

12. Радиочастотная денервация межпозвоночных суставов при лечении болевого фасеточного синдрома / Н. А. Коновалов, С. Д. Прошутинский, А. Г. Назаренко, В. А. Королишин // Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. – 2011. – Т. 75, № 2. – С. 51–55.

13. Radiofrequency facet joint denervation in the treatment of low back pain: a placebo-controlled clinical trial to assess efficacy / R. Leclaire, L. Fortin, R. Lambert [et al.] // Spine. – 2001. – Vol. 26. – P. 1411–1416.

Отримано 15.05.17

©M. V. Kvasnitskyi

State Scientific Institution "Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine" of State Administration Department, Kyiv

EARLY RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH LOW LUMBAR PAIN SYNDROME, WHERE SPONDYLARTHROSIS MANIFESTATIONS PREDOMINATION USING RADIOFREQUENCY DENERVATION OF FACET JOINTS IN COMBINATION WITH PERIARTICULAR INJECTION OF LOCAL ANESTHETICS AND STEROID PREPARATIONS

Summary. The high incidence of degenerative-dystrophic spinal cord injury with low effectiveness of spondylarthrosis therapy makes relevant the study on the treatment of low lumbar pain syndrome, caused mainly by spondyloarthrosis, with an innovative minimally invasive method of high-frequency denervation of the facet joints in combination with periarticular injection of a local anesthetic and a steroidal.

The aim of the study – to determine the effectiveness of the radiofrequency denervation of the facet joints in combination with the periarticular injection of a local anesthetic and a steroidal to eliminate the pain syndrome in patients with lower lumbar pain syndrome with the predominance of spondyloarthrosis.

Materials and Methods. The analysis of early and long-term results of treatment of 78 patients (37 men and 41 women aged from 51 to 79 years) with lower lumbar pain syndrome in whom the leading clinical sign was arthrosis of arched joints that formed the main group, high-frequency denervation of the facet joints using RFG-1A/RFG-1B device from Radionics in combination with periarticular injection of a local anesthetic and a steroidal. The control group consisted of 136 patients (73 men and 63 women aged 44 to 81 years) with a lower lumbar pain, where spondyloarthrosis dominated, in which only radiofrequency denervation of the facet joints was performed.

Results and Discussion. The reliable results of treatment of chronic low lumbar pain syndrome caused mainly by the articular joints disease were obtained immediately after the treatment and three months after it was carried out both in the main and control groups, which indicates the effectiveness of both treatment methods. At the same time, there is a clear and reliable difference between the main and control groups immediately after the treatment and 3 months after the treatment, which indicates a significantly higher efficiency of the method of high frequency denervation of facet joints in combination with periarticular injection of a local anesthetic and a steroidal in the early postoperative period.

Conclusions. The results of treatment in the early and late periods after treatment testify to the efficacy and safety of both radiofrequency denervation of the facet joints and the radiofrequency denervation of the facet joints in combination with periarticular injection of the local anesthetic and steroidal in patients with low lumbar pain syndrome dominated by spondyloarthrosis. Relatively better results in the early period were obtained in the group of patients who underwent radio frequency denervation of the facet joints in combination with the periarticular injection of a local anesthetic and a steroidal.

Key words: spondylarthrosis; radiofrequency denervation of the facet joints; periarticular blockades.

©Н. В. Квасницкий

ГНУ "Научно-практический центр профилактической и клинической медицины", Государственного управления делами, отделение малоинвазивной хирургии, г. Киев

РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НИЖНЕПОЯСНИЧНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, ГДЕ ДОМИНИРОВАЛИ ПРОЯВЛЕНИЯ СПОНДИЛОАРТРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОЧАСТОТНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ ФАСЕТОЧНЫХ СУСТАВОВ В СОЧЕТАНИИ С ПЕРИАРТИКУЛЯРНЫМ ВВЕДЕНИЕМ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ И СТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Резюме. Высокая частота распространенности дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника при малой эффективности терапии спондилоартроза делает актуальным исследование относительно лечения нижнепоясничного болевого синдрома, вызванного преимущественно спондилоартрозом, инновационным мини-инвазивным методом высокочастотной денервации фасеточных суставов в сочетании с периартикулярным введением местного анестетика и стероидного препарата.

Цель исследования – Определить эффективность влияния радиочастотной денервации фасеточных суставов в сочетании с периартикулярным введением местного анестетика и стероидного препарата на ликвидацию болевого синдрома у больных с нижнепоясничным болевым синдромом, в которых преобладали явления спондилоартроза.

Материалы и методы. 78 пациентам (37 мужчин и 41 женщина в возрасте от 51 до 79 лет) с нижнепоясничным болевым синдромом, у которых ведущим клиническим признаком был артроз дугоотростковых суставов, которые составили основную группу, проведена высокочастотная денервация фасеточных суставов (с помощью аппарата RFG-1A/RFG-1B фирмы Radion-

ics) в сочетании с периартикулярным введением местного анестетика и стероидного препарата. Контрольную группу составили 136 пациентов (73 мужчины и 63 женщины в возрасте от 44 до 81 лет) с нижнепоясничной болью, где доминировали явления спондилоартроза, которым проведена только радиочастотная денервация фасеточных суставов.

Результаты исследований и их обсуждение. Сразу же после проведенного лечения, так и через три месяца получен достоверный результат лечения хронического нижнепоясничного болевого синдрома, вызванного преимущественно поражением дугоотростковых суставов как в основной, так и в контрольной группах, что свидетельствует о эффективности обоих методов лечения. Вместе с тем, есть четкая достоверная разница между основной и контрольной группами как сразу же после проведенного лечения, так и через 3 месяца, что свидетельствует о достоверно высшей эффективности метода высокочастотной денервации фасеточных суставов в сочетании с периартикулярным введением местного анестетика и стероидного препарата в раннем послеоперационном периоде.

Выводы. Полученные результаты лечения как сразу после лечения, так и через 3 месяца свидетельствуют как о эффективности радиочастотной денервации фасеточных суставов, так и о эффективности радиочастотной денервации фасеточных суставов в сочетании с периартикулярным введением местного анестетика и стероидного препарата у больных с нижнепоясничным болевым синдромом, где доминировали явления спондилоартроза. Достоверно лучшие результаты лечения получены в раннем послеоперационном периоде в группе пациентов, которым проводилась радиочастотная денервация фасеточных суставов в сочетании с периартикулярным введением местного анестетика и стероидного препарата.

Ключевые слова: спондилоартроз; радиочастотная денервация фасеточных суставов; периартикулярные блокады.