

Значение болевого синдрома в развитии различных форм поясничного остеохондроза

Олейник А.Д.

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа
Белгород
Россия
8 4722 26 82 50
doctorolan@mail.ru

Одним из основных клинических проявлений поясничного остеохондроза является болевой синдром различной выраженности. В ряде случаев данная патология позвоночника сопровождается церебральными нарушениями, которые значительно усугубляют течение болезни и приводят к стойкой нетрудоспособности пациента. До последнего времени такие церебральные нарушения рассматривались, как сопутствующая патология, что заставило нас провести анализ влияния болевого синдрома при поясничном остеохондрозе на центральную нервную систему. Учитывая данный факт, цель нашего исследования – выявить зависимость клинических и нейровизуализационных проявлений поясничного остеохондроза в зависимости от выраженности и длительности болевого синдрома. С этой целью проведен анализ данных комплексного клинического обследования и хирургического лечения 114 больных поясничным остеохондрозом. Выявлено, что пациенты с выявленными церебральными нарушениями в 81,6% оценили свой болевой синдром в интервале 40–60 мм, что соответствует постоянной боли, усиливающейся при движении (выраженность болевого синдрома определялась по визуально-аналоговой шкале субъективного восприятия боли Кариха). Длительность заболевания до оперативного лечения в 45,6% составила 1–6 лет, в 38,6% менее года. В 84,2% у этих больных выявлены нейровизуализационные признаки поражения головного мозга (на фоне выявленных патологических изменений одного или нескольких межпозвонковых дисков). В том числе: перивентрикулярный отёк с единичными мелкоочаговыми изменениями в 62,3%, не выраженный лейкоареоз с множественными мелкоочаговыми изменениями – 17,5%, лейкоареоз с гипотрофией вещества головного мозга – 4,4%. Важно отметить, что при этом 79,8% больных не имели ни какой сопутствующей патологии, способствующей развитию указанных изменений. Полученные данные позволили нам обозначить подобное проявление заболевания, как радикулоцеребральная форма поясничного остеохондроза, отмечена она 84,2% случаев. Следует отметить, что поражение только поясничных межпозвонковых дисков без церебральных нарушений, обозначенное нами, как радикулопатическая форма, выявлена в 15,8%. Сравнительный анализ групп пациентов с различными формами поясничного остеохондроза выявил их достоверную зависимость от длительности и выраженности болевого синдрома. Полученные данные указывают на необходимость определения срока оперативного лечения поясничного остеохондроза в индивидуальном порядке, т.е. до развития вторичных изменений центральной нервной системы, что в итоге способствует улучшению лечения и реабилитации, больных поясничным остеохондрозом.

Профилактика рецидива болевого синдрома при оперативных вмешательствах на поясничных межпозвонковых дисках

Олейник А.Д., Малышко В.Н.

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа
Белгород
Россия
8 4722 26 82 50
doctorolan@mail.ru

В структуре причин рецидива болевого синдрома при поясничном остеохондрозе самой частой является рецидив грыжи диска и эпидурит на уровне оперированного сегмента. Обусловлено это тем, что в послеоперационном периоде при подъеме больного на ноги, возникает патологическая ситуация в виде выпадения не удаленных фрагментов или микрочастиц оперированного диска в искусственно созданный дефект задней продольной связки в область корешка спинного мозга, вызывая при этом в дальнейшем его компрессию или рубцово – спаечный процесс вокруг него. Избежать данной патологической ситуации возможно при образовании за короткие сроки после оперативного вмешательства в полости межпозвонкового диска грубого послеоперационного рубца. Учитывая данный факт цель нашей работы – разработать и внедрить в практику эффективный способ профилактики рецидива болевого синдрома при оперативных вмешательствах на поясничных межпозвонковых дисках. Сущность разработанного способа заключается в том, что после удаления патологически измененного межпозвонкового диска во время оперативного вмешательства по поводу остеохондроза пояснично – крестцового отдела позвоночника проводится орошение образовавшейся полости и оставшейся в ней не удаленной части пульпозного ядра хондролитическим ферментом. В качестве хондролитического фермента используется карипазим (35 ПЕ растворенных в 1мл изотонического раствора), который вводится в полость оперированного межпозвонкового диска с помощью специального устройства для орошения хондролитическим ферментом полости оперированного межпозвонкового диска. Орошение полости оперированного межпозвонкового диска, производится в положении больного на животе, что исключает попадание фермента в эпидуральное пространство. В таком положении больной находится в течение часа, т.к. активность вводимого фермента составляет 60 мин. Подъем больного на ноги проводится после завершения некробиотического процесса через 3–4 дня. Данный способ использован при лечении 24 больных поясничным остеохондрозом. Всем больным в послеоперационном периоде была проведена МРТ поясничного отдела позвоночника в срок от 2-х до 6-ти недель. Признаков рецидива грыжи оперированного межпозвонкового диска выявлено не было. Полученные первоначальные результаты предлагаемого способа хирургического лечения поясничного остеохондроза позволяют использовать его для профилактики рецидива болевого синдрома при данной патологии позвоночника.