

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ РІЗНИХ СПОСОБІВ ДЕНЕРВАЦІЇ ДУГОВІДРОСТКОВИХ СУГЛОБІВ У ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ СПОНДИЛОАРТРАЛГІЇ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Радченко В.О., Куценко В.О., Перфільєв О.В., Попов А.І.

ДУ „Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України”, м. Харків

Вступ. Відомо, що денервація дуговідросткових суглобів (ДС) є ефективним методом лікування пацієнтів із синдромом спондило-артралгії (СС) поперекового відділу хребта (ПВХ), резистентного до консервативних методів лікування [Gofeld M., 2007р.; Радченко В.А. 1988р.]. Денервація полягає у проведенні невротомії медіальних гілочок задніх гілок спинномозкових нервів (МГ ЗГ СМН) у відповідних поперекових хребтрово-рухових сегментах (ХРС). Виконання даного методу лікування стрімко збільшується в усьому світі, однак, поряд із позитивними результатами лікування зростає й кількість незадовільних — у 30 % випадків через неповну денервацію, яка спричинена анатомічною варіацією розташування нервів, реіннервацією та виникненням невринома [Сіренко О.А. 2010 р., Manchikanti L. 2013р.]. Вважається що, найпоширеніші способи денервації ДС виконуються із застосуванням радіочастотної абляції або електрокоагуляції, які виконуються під флюороскопічним або сонографічним контролем. Проте жоден із цих методів не дозволяє візуалізувати цільові нерви при їх руйнуванні. Також відомо, що денервація ДС із застосуванням радіочастотної або електрокоагуляційної денервації, як методи фізичного впливу передбачають через певний час реіннервацію в місці пошкодження нерва.

У зв'язку з розвитком ендоскопічної хірургії хребта стало можливим виконання денервації ДС під ендоскопічним контролем, про що в літературі з'являються позитивні відгуки стосовно збільшення тривалості зниження больового синдрому у 2-3 рази по відношенню до традиційної чрезшкірної денервації ДС та безпосередньої візуалізації цільових нервів. [Jeong S. Y. 2013р. Yeung A. 2014р.] Враховуючи можливість візуалізації нервів є можливим використання різних способів для проведення повного переривання цільових нервів та максимально запобігти реіннервації і виникнення рецидивів больового синдрому.

Мета: Виявити найефективніший спосіб денервації дуговідросткових суглобів шляхом аналізу результатів лікування синдрому спондилоартралгії поперекового відділу хребта різними способами.

Матеріал та методи. Обстежено 50 пацієнтів, які були поділені на дві групи. Основну групу склали 25 осіб (8 (32 %) чоловіків, 17 (68 %) жінок, середній вік 59,4 року) із поперековим остеохондрозом, артрозом ДС і СС, яким у період з 2014 до 2016 рр. виконано черезшкірну денервацію ДС у ПВХ у вигляді невротомії МГ ЗГ СМН під ендоскопічним контролем [пат. України №102399 “Спосіб механічної денервації поперекових дуговідросткових суглобів під ендоскопічним контролем”]. Проспективне дослідження. Термін спостереження за пацієнтами становив від 6 до 24 міс.; Контрольну групу склали 25 пацієнтів (8 (32 %) чоловіків, 17 (68 %) жінок, середній вік 56,8 року) із поперековим остеохондрозом, артрозом ДС та СС, яким виконано черезшкірну денервацію поперекових ДС із застосуванням монополярної коагуляції МГ ЗГ СМН під флюороскопічним контролем у поєднанні з міостимуляційним контролем за період із 2001 до 2006 рр. Ретроспективне дослідження. Критеріями включення в дослідження були: больовий синдром у ПВХ не менше ніж 6 міс., резистентний до консервативних методів лікування; позитивна відповідь на лікувально-діагностичні блокади МГ ЗГ СМН у відповідних сегментах ПВХ двічі з інтервалом у тиждень із зниженням больового синдрому кожен раз не менше ніж на 50 %; вік старше за 18 років; відсутність компресійно-корінцевих синдромів. Усім пацієнтам проведено клінічне, рентгенологічне, МРТ обстеження, заповнені профільні анкети. Для визначення ефективності результатів лікування у пацієнтів

обох груп оцінювали інтенсивність больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), ступень дисабілітації за Oswestry та життєдіяльність за опитувальником Роланд–Морріс.

Результати: 20 пацієнтам (80 %) основної групи, у яких больовий синдром був спричинений спондилоартрозом у сегментах L4-L5, L5-S1, денервація ДС виконувалась у сегментах L3-L4, L4-L5, L5-S1, а у 5 (20%) – болі локалізувалися в сегменті L5-S1, тому денервація ДС виконувалась в сегментах L4-L5, L5-S1. У контрольній групі: 18 пацієнтів (72%), у яких больовий синдром був спричинений спондилоартрозом у сегментах L4-L5, L5-S1, денервація ДС виконувалась у сегментах L3-L4, L4-L5, L5-S1, а у 7 (16%) – болі локалізувалися в сегменті L5-S1, тому денервація ДС виконувалась в сегментах L4-L5, L5-S1.

Слід зазначити, що у основній групі візуалізація нервових гілочок спостерігалася в усіх пацієнтів на рівні кісткових орієнтирів, а саме - основи поперечних відростків та основи верхніх суглобових відростків ДС. Варіація розташування МГ ЗГ СМН відмічалася від 1/3 до 2/3 довжини верхніх суглобових відростків, поперечних відростків та крил крижових кісток. У пацієнтів контрольної групи візуалізація нервів не визначалася, а контроль виконання маніпуляції здійснювався за допомогою флюороскопічного контролю.

Результати інтенсивності больового синдрому за ВАШ. Через 12 міс. хворі основної групи відмічали зниження болю в порівнянні з початком лікування на рівні ($67,7 \pm 7,8$ %), контрольної — на рівні ($57,1 \pm 9,5$ %). Рівень збереження анальгезії порівняно з початком лікування в пацієнтів основної групи був значущо ($t = 4,296$; $p = 0,001$) кращим, ніж контрольної.

За оцінкою дисабілітації за Oswestry упродовж року стан у хворих обох груп був стабільним і до 12 міс. не відрізнявся. Але на термін спостереження 12 міс. у пацієнтів основної групи, які звернулися первинно, стан був значущо ($t = -2,180$; $p = 0,040$) кращим — ($16,5 \pm 4,2$) бала, ніж у контрольній — ($19,8 \pm 3,2$) бала.

За оцінкою життєдіяльності за анкетой Роланда-Морріса на початку лікування в обох групах показник тесту був на рівні 14 балів (різниця в оцінці стану між групами не було — $t = 1,708$; $p = 0,094$). Через 1 міс. після проведеної денервації в обох групах стан хворих достовірно ($p = 0,001$) покращився: в основній групі — до ($9,4 \pm 1,6$) бала, в контрольній — ($8,6 \pm 1,2$) бала. Упродовж терміну спостереження свій стан хворі обох груп оцінювали однаково з покращенням у часі, на термін спостереження 1 рік у порівнянні зі станом в 1 місяць різниця в обох групах була значущо кращою.

Висновки:

1. Денервація ДС у вигляді невротомії МГ ЗГ СМН під ендоскопічним контролем завдяки прямій візуалізації надає можливість повноцінного перетину нервів у місцях їх відділення від ЗГ СМН, що дозволяє значно зменшити синдром сипондилоартралгії, запобігти виникненню рецидивів та зменшити ризик реіннервації на рівні зруйнованих нервів.

2. На підставі клінічних досліджень у групах пацієнтів, пролікованих методом денервації дуговідросткових суглобів різними способами, встановлені переваги саме ендоскопічного способу, що доведено за оцінюванням результатів лікування з використанням ВАШ, ODI та RMQ.