

ДИФЕРЕНЦІЙНО - ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ПРОЯВУ БОЛЮ У БІЙЦІВ ЗСУ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ СПІНАЛЬНОГО СТЕНОЗУ В ПОПЕРЕКОВОМУ ВІДДІЛІ ХРЕБТА

Юрик О.Є., Сташкевич А.Т., Шевчук А.В.,
Улещенко Д.В., Кудієнко Є.М., Дуда Б.С., Юрик Н.Є.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»,
м. Київ, Україна

Вступ. За даними експертів ВООЗ, нині в розвинених країнах больові синдроми вертеброгенної природи дуже поширені, що досягають розмірів епідемії та набувають статусу найважливішої медико-соціальної проблеми. Дорсопатії є однією з провідних причин інвалідності, що значно позначаються на якості життя пацієнта та його працездатності, а також залишаються основними причинами звернення за медичною допомогою у будь-якому віці (Остапчук О.О, 2022).

Біль у спині є однією з найбільш частих скарг, з якою пацієнти звертаються до лікаря. За даними Deyo і Weinstein, кількість амбулаторних візитів зі скаргою на біль у нижній частині спини (БНЧС) у загальній картині звернень посідає друге місце, поступаючись лише респіраторним захворюванням (Шоста Н.А. та співавт., 2012). Було показано, що в розвинутих країнах від 60 до 90 % населення відчували БНЧС мінімум раз у житті, а щорічний приріст цього показника становить 5 % (Сак Н.Н. та співавт., 2015). Діагностика та лікування БНЧС часто є складним завданням, що пов'язано з етіологічною неоднорідністю захворювання.

Більшість випадків БНЧС мають доброякісний характер і м'язово-скелетне походження. Такий БНЧС називається неспецифічним і на відміну від специфічного обумовлений підтвердженою первинною патологією (інфекція, пухлина, деформація, остеопоротичний або травматичний перелом хребця, запальний процес, радикалярний синдром, стеноз хребетного каналу та ін.). Незважаючи на те, що немає точних даних про співвідношення специфічного і неспецифічного БНЧС, загально прийнято вважати, що 95 % випадків припадає на неспецифічний БНЧС

(Слободін Т.М., Маслова І.Г., 2023). Більш виражені болі в спині спостерігаються у осіб віком 50–64 років. Зпрогнозовано, що у найближчі 10-15 років біль у нижньому відділі спини при дегенеративно-дистрофічній патології хребта стане однією з головних причин інвалідизації дорослого населення України.

Особливо актуальною стала ця проблема сьогодні, коли сотні тисяч бійців України із зброєю в руках захищають нашу Батьківщину від нашествия ордінців. Розгрукка, яку вони вимушені носити, дає додаткове навантаження на хребет бійця вагою 40 – 60 кг. Тривалі статико-динамічні навантаження теж відіграють свою роль у виникненні болю в попереково-крижовому відділі хребта.

Метою наших досліджень було вивчення характеру неврологічних змін у статусі пацієнтів при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта при проведенні різноманітних видів хірургічного втручання у разі видалення гриж між хребцевих дисків та при стенозі спинно-мозкового каналу на цьому рівні; вивчення кількісних та якісних параметрів болю при цій патології, насамперед у бійців ЗСУ на етапі передопераційної підготовки.

Матеріали та методи дослідження. Обстежили 120 пацієнтів, бійців ЗСУ, молодого та середнього віку з дегенеративно-дистрофічною патологією попереково-крижового відділу хребта в період загострення процесу. Пацієнти були поділені на чотири групи (по 30 осіб в кожній клінічній групі): I група – прооперовані методом відкритої мікродискектомії; II група – застосували біпортальну ендоскопічну мікродискектомію з наявністю значних гриж міжхребцевих дисків при нормальній величині спинно-мозкового каналу; III група – провели біпортальну ендоскопічну мікродискектомію особам із центральним стенозом спинно-мозкового каналу при помірних грижах міжхребцевих дисків; IV група – група порівняння, котрим було проведено консервативне рефлексотерапевтичне лікування. Всім їм в передопераційному періоді провели стандартне неврологічне обстеження. Кількісні та якісні параметри болю вивчили за допомогою шкали болю ВАШ та опитувальника Мак-Гіла.

Результати. Було встановлено, що іррадіація болю в ногу зустрічалася у 92, 2 % осіб з ознаками гострого болю і лише у 39,9 % осіб з хронічним болем.

Анталгічний сколіоз був у 57,1 % осіб II та IV клінічних груп та у 24,3 % II та III клінічних груп.

Симптом натягу Ласега вірогідно частіше зустрічався у осіб з гострим болем (91,8 %), ніж при хронічному болю (47,4 %), хоча показник у градусах суттєво не відрізнявся.

Напруженість м'язів спини та болючість паравертебральних точок була найбільш характерною для осіб з групи порівняння.

У осіб I – III клінічних груп за даними пальце-підлогової проби були вірогідно нижчими показники об'єму руху, ніж у осіб з групи порівняння ($p > 0,05$) і становили $15,5 \pm 0,2$ см в I групі та $13,4 \pm 0,3$ см в III групі проти $11,7 \pm 0,1$ см в групі порівняння. II група: $12,4 \pm 0,3$ см.

У осіб з ознаками гострого болю (II та IV клінічні групи) у помірний біль діагностували у 7,4 % випадків; сильний біль – 53,3 % випадків і нестерпний біль – у 39,3 % пацієнтів.

У осіб з ознаками хронічного болю (I та III клінічні групи) помірний біль діагностували у 32,5 % пацієнтів; сильний біль – у 64,1 % випадків; нестерпний – у 3,4 % обстежених.

У цьому дослідженні відмінності за гендерними ознаками за кількісними проявами характеру больових відчуттів не було виявлено.

За даними опитувальника Мак-Гіла, який давав якісну характеристику больового синдрому, було виявлено наступне.

Найчастіше зустрічалися такі дескриптори болю:

- *пекучий* – у 38,9 % (II група) та 40,% (IV група) при гострому болю; у 55, % (I група) та 48,8% (III група) при хронічному болю;
- *колючий* – у 31,4 % (II клінічна група) та у 30,0 % (IV група); 35,6 % (I група) та 31,6 % (III клінічна група) з ознаками хронічного болю;
- *такий, що викручує* – у 35,9 % (II група) та 36,4 % (IV група) при гострому болю; 46,4 % (I клінічна група) та 41,5% (III клінічна група) при хронічному болю;
- *такий, що пронизує* – у 40,1 % (II клінічна група) та 39,7 % (IV клінічна група) при гострому болю; у 43,4 % (I клінічна група) та у 40,6 % (III клінічна група) при хронічному болю;

- *такий, що стискає* – у 19,9 % (II клінічна група) і 21,1 % (IV клінічна група) при гострому болю; у 16,5 % (I клінічна група) і 17,2 % (III клінічна група) осіб з хронічним болем;
- *тягнучий* – у 31,5 % (II клінічна група) і у 29,4 % (IV група) осіб з гострим болем; у 59,9 % (I клінічна група) та у 57,8 % (III клінічна група) у обстежуваних з ознаками хронічного болю.

Пацієнти з ознаками хронічного болю давали більш емоційну оцінку больовим відчуттям і тому обирали більш емоційно забарвлені дескриптори, а також кількість обраних дескрипторів була більшою у осіб I та III клінічних груп, ніж у осіб з гострим болем.

Між значенням ВАШ і ранговою шкалою болю (РІБ) виявлено значну позитивну кореляцію для груп з гострим болем ($p < 0,05$) та сильний кореляційний зв'язок для груп з хронічним болем ($p < 0,05$).

За кількістю вибраних дескрипторів болю та ранговим індексом болю виявлені також відмінності у осіб з гострим та хронічним болем.

За даними опитувальника Мак-Гіла пацієнти з груп хронічного болю давали більш емоційну оцінку больовим відчуттям, оскільки обирали більш емоційно забарвлені дескриптори, які оцінювалися більшою кількістю балів ($p < 0,05$), а кількість обраних дескрипторів була вірогідно вищою у групі хронічного больового синдрому ($p < 0,05$).

Висновки. Оцінка больового синдрому як по кількісним, так і по якісним його показникам при вертеброгенній патології дегенеративно-дистрофічного генезу дозволяє більш цілеспрямовано обрати тактику лікування кожного конкретного пацієнта та провести адекватне анестезіологічне забезпечення під час проведення операції.