

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОПЕРЕКОВОГО СПІНАЛЬНОГО СТЕНОЗУ У ВІЙСЬКОВИХ

Кучма О.В., Шевчук А.В., Сташкевич А.Т.,
Улещенко Д.В., Бублик Л.О.

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

Ключові слова: *поперековий спінальний стеноз, VAS, Oswestry, опитувальник Мак Гіла*

Стеноз поперекового відділу хребта (ПСС) є однією із причин неефективності консервативного лікування больового синдрому, пов'язаного із дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта. В сучасній літературі немає єдиної думки щодо визначення необхідного хірургічного підходу в лікуванні ПСС. В останні 2 роки відмічається зростання звернень в медичні заклади військових із загостренням больового синдрому та неврологічними розладами на тлі ПСС. Це пов'язано як з переважанням при використанні боєкомплекту, так і травмуванням під час ведення бойових дій. Діагностика ускладнюється наявністю у багатьох пацієнтів посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та іншими розладами. Виникає питання щодо діагностики та визначення тактики лікування: консервативного чи хірургічного.

У відділі хірургії хребта ДУ «ІТОНАМНУ» проліковано 37 військових із ПСС. Вираженість дегенеративно-дистрофічних змін міжхребцевих дисків визначали за класифікацією Pfirrmann, вираженість спондилоартрозу – за Pathia, ступінь стенозу – за Schizas. Контрольною групою були цивільні пацієнти (43 хворих). Групи стандартизовані за вираженістю поперекового спінального стенозу та даними інструментальних методів дослідження.

Вираженість больового синдрому визначали за шкалою VAS (visual analogue scale). Оцінку структури больового синдрому проводили за допомогою опитувальника Мак Гіла, який містить 78 слів-дескрипторів болю, зведених в 20 субшкал, які утворюють три головні шкали (підшкали): сенсорну, афективну та евалюативну, що дозволяє визначати рівень аферентних дескрипторів (емоційну складову) болю. Якість життя та здатність до самообслуговування визначали за опитувальником Oswestry 2.0 (ODI).

Давність больового синдрому у військових була достовірно меншою ($3,4 \pm 1,9$) місяців порівняно із контрольною групою. Серед причин загострення військові відзначали постійне навантаження боєкомплектom ($37,16 \pm 10,8$) кг та гострий травматичний фактор - 14 (37,8 %) пацієнтів. Клінічними проявами при ПСС у наших хворих були: біль у попереку (100 % спостережень), радикулярний біль в одній або двох нижніх кінцівках (100 %), кульгання – 27 (72,9 %), синдром нейрогенної переміжної кульгавості – 17 (46 %), слабкість в одній або двох нижніх кінцівках (100 %). Показник болю у відповідній нижній кінцівці був у діапазоні 4-10 балів за VAS та сягав в середньому ($6,8 \pm 1,3$) балів. Показник болю в спині був дещо нижчим, розташовувався в діапазоні від 3 до 10 балів і був в середньому ($5,25 \pm 2,5$) балів.

Гіпестезія була встановлена в 33 хворих із терміном від тижня до 24 місяців з середнім показником ($2,08 \pm 1,9$) місяців, що вказує на неоднорідність вибірки за даним показником. Дерматом гіпестезії відповідав рівню та стороні стенозу відповідно даним МРТ дослідження. Гіпестезія частіше відповідала рівню ураження L5 корінця – 37,8 % хворих. Гіперестезію спостерігали в 4 хворих. Парез стопи було виявлено в 9 пацієнтів із середнім терміном ($24 \pm 31,2$) днів. Для аналізу симптомів натягу відібрано симптом Ласега, який виявився позитивним у всіх пацієнтів із середнім показником ($33,3 \pm 7,6$)°. Симптоми натягу зустрічалися при ураженні L5 корінця у 15 пацієнтів (40,5 %), при ураженні S1 корінця у 12 пацієнтів (32,4 %). Анталгічна постава спостерігалась у 30 (81,1 %) пацієнтів. У пацієнтів спостерігали обмеження згинання тулуба в межах від 20° до 60° із середнім показником ($36,5 \pm 9,9$). Порушення функції тазових органів у вигляді затримки спостерігали у одного хворого з давністю 6 місяців. Заніміння аногенітальної зони не спостерігалось у жодному випадку. Вивчення оцінки якості життя та здатності до самообслуговування за опитувальником Oswestry показало помірні порушення, окрім дистанції ходьби, що значно знижена. Показник ODI склав в середньому ($57,9 \pm 15,4$) %, порівняно із контрольною групою ($51,2 \pm 16,6$) %.

За даними опитувальника Мак Гіла пацієнти військові частіше давали більш аферентну оцінку больовим відчуттям, оскільки обирали більш емоційно забарвлені аферентні дескриптори, які оцінювалися більшою кількістю балів ($p < 0,05$). Кількість обраних дескрипторів була вірогідно вищою ($p < 0,05$). Індекс кількості вибраних дескрипторів

показав превалювання афективної складової ($3,2\pm 0,01$) проти сенсорної ($2,9\pm 0,01$). Так само ранговий індекс болю був для афективної складової ($12,91\pm 1,12$) проти сенсорної ($16,22\pm 2,92$).

Таким чином, для військових пацієнтів характерне загострення больового синдрому на тлі хронічного перенавантаження - носіння боєкомплекту та гострих травмуючих агентів під час бойових дій. При цьому больовий синдром у військових більш інтенсивний, ніж в контрольній групі при схожих показниках втрати дієздатності. Виявлено меншу частоту с-му нейрогенної переміжної кульгавості (46 % пацієнтів), що може бути обумовлено швидким перебігом захворювання. Відмічається достовірне збільшення аферентної складової болю, що може бути пов'язана з наявністю ПТСР та іншими неврологічними розладами, що не враховується в діагностиці та при призначенні лікування і, відповідно, призводить до незадовільних результатів лікування.

Врахування особливостей клінічного перебігу захворювання дозволить оптимізувати діагностику та лікування поперекового спінального стенозу в даній категорії хворих.