

ПОЯСНИЧНЫЙ ОСТЕОХОНДРОЗ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Олейник Е. А.¹, Олейник А. А.¹, Анненков С. С.², Олейник А. Д.², Иванова Н. Е.¹

¹ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт имени проф. А. Л. Поленова» — филиал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» МЗ РФ, Санкт-Петербург,
² ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (НИУ «БелГУ»), Белгород

FEATURES OF THE LUMBAR OSTEOCHONDROSIS IN THE LATE POSTOPERATIVE PERIOD

Oleynik E. A.¹, Oleynik A. A.¹, Annenkov S. S.², Oleynik A. D.², Ivanova N. E.¹

¹ Polenov Russian Research Institute of Neurosurgery —
branch of the Almazov National Medical Research Centre, St. Petersburg,
² Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education
“Belgorod State National Research University” (NRU “BelGU”), Belgorod

Проведен анализ данных комплексного обследования 67 наблюдений в возрасте от 60 до 74 лет с поясничным остеохондрозом в отдаленном послеоперационном периоде. Выявлено, что в очаге остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде у лиц пожилого возраста в результате прогрессирования дегенеративных процессов, происходят существенные изменения, которые приводят к изменениям клинических проявлений заболевания. При различных сочетаниях корешковых симптомов с выявленными нейровизуализационными изменениями в оперированном очаге заболевания, поясничный остеохондроз в отдаленном послеоперационном периоде закономерно приобретает одну из выявленных форм — в 19,4% регрессирующую, в 49,3% ремитирующую в 11,9% рецидивирующую, в 13,4% прогрессирующую, в 6,0% осложненную. Каждая из перечисленных форм поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде имеет свои возможные варианты развития, определенные клинико-нейровизуализационные критерии диагностики, сроки развития и требует проведения различных лечебных и реабилитационных мероприятий.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: поясничный остеохондроз у лиц пожилого возраста, поясничный остеохондроз в отдаленном послеоперационном периоде у лиц пожилого возраста, диагностика поясничного остеохондроза у лиц пожилого возраста в отдаленном послеоперационном периоде.

Поясничный остеохондроз в отдаленном послеоперационном периоде постоянно привлекает внимание отечественных и зарубежных врачей различных специальностей [3,5]. Обусловлено это не только высокой частотой данной патологии, но и полиморфизмом синдромов [4,6]. Одной из проблем в отдаленном послеоперационном периоде является определение индивидуального комплекса реабилитационных мероприятий способного привести к наилучшему результату лечения. Данная проблема вызывает значительные трудности и у лиц пожилого возраста. Фактором, обуславливающим клинические проявления поясничного остеохондроза в послеоперационном периоде является наличие или отсутствие корешкового синдрома различной этиологии и патогенеза [2,7,9]. Это и обосновывает необходимость применения различных медицинских и реабилитационных мероприятий (повторное хирургическое лечение или дальнейшее консервативное лечение).

Опыт работы с больными пожилого возраста, после хирургического лечения поясничного остеохондроза показал, что арсенал применяемых методик в настоящее время не позволяет достичь желаемого

результата. Обусловлено это, как, правило, стандартностью применяемых методик при различных клинических и лучевых проявлениях болезни, то есть не учитываются индивидуальные патологические ситуации в очаге заболевания [1,8]. Однако исследования по данной проблеме в настоящее время практически не проводятся.

Это заставляет изучать данную патологию и разрабатывать новые способы диагностики и контроля эффективности лечения, которые могли бы способствовать своевременному выявлению, а затем и эффективному планированию адекватных мероприятий по профилактике, лечению и реабилитации больных пожилого возраста на различных этапах послеоперационного течения заболевания.

Учитывая данный факт, целью исследования является улучшение результатов лечения лиц пожилого возраста, страдающих поясничным остеохондрозом в отдаленном послеоперационном периоде, на основе изучения эффективности хирургического лечения, вопросов патогенеза, клинических проявлений и разработки методов выявления различных форм течения болезни в этом периоде.

Материалы и методы.

Работа основана на анализе результатов комплексного клинического обследования, лечения и динамического наблюдения в отдаленном послеоперационном периоде 67 больных в возрасте от 60 до 74 лет, которым было проведено хирургическое лечение по поводу поясничного остеохондроза.

Следует отметить, что во всех наблюдениях выполнены малоинвазивные высоко технологические оперативные вмешательства, такие как микрохирургическое удаление грыжи межпозвоночного (МПД), пункционная лазерная ретроградная вапоризация грыжи, холодноплазменная нуклеопластика.

Одноуровневое удаление грыжи МПД проведено в 64 наблюдениях (95,5%). При этом чаще всего страдал межпозвоночный диск $L_{IV}-L_V$ (34 наблюдения, 53,1%), несколько реже L_V-S_1 — (30 наблюдений, 46,9%).

Диагностику заболевания проводили на основе жалоб больного, данных анамнеза, детального неврологического осмотра и дополнительных методов обследования. Ведущей жалобой у большинства больных с поясничным остеохондрозом в отдаленном послеоперационном периоде является боль. Для оценки болевого синдрома использовали разработанный нами комбинированный метод визуально-аналоговой шкалы (мВАШ) оценки болевого синдрома, предусматривающий одновременное применение вербальной оценочной шкалы и визуальной аналоговой шкалы, который мы назвали самоактивным субъективно определяющим методом оценки выраженности болевого синдрома.

Способ заключается в том, что пациенту предлагается самому, по разработанной карте-шкале определить выраженность болевого синдрома, как при первичном осмотре, и при выписке из стационара после проведенных медицинских реабилитационных мероприятий, так и при последующих амбулаторных обращениях к врачу.

Разработанная карта — шкала длиной 100 мм, начальная точка которой соответствует отсутствию боли — 0 мм, а конечная — невыносимым болевым ощущениям — 100 мм. Данная прямая разделена на 5 равных участков по 20 мм, которые соответствуют определенной степени выраженности болевого синдрома. Клинические проявления болевого синдрома описаны на каждом соответствующем участке. 1 участок — 80–100 мм — резкая постоянная боль, заставляющая больного принимать вынужденное положение; 2 участок — 60–80 мм — постоянная боль с периодическим усилением у находящегося в покое больного; 3 участок — 40–60 мм — постоянная боль, усиливающаяся при движении больного; 4 участок — 20–40 мм — умеренная боль, исчезающая самостоятельно в покое; 5 участок — 0–20 мм — отсутствие боли или боль незначительного характера, возникающая после тяжелой работы или длительной физической нагрузки.

При уточнении анамнеза четко прослеживалась роль физической нагрузки, с которой пациенты связывали начало и обострение болезни. Многие из них отмечали связь начала и обострения болезни с такими неблагоприятными факторами, как переутомление и переохлаждение.

Неврологическое исследование проводили в полном объеме в динамике. Из методов лучевой диагностики использовали спиральную компьютерную томографию по стандартным методикам. Магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника проводилась на сертифицированном оборудовании томографе Signa Exite фирмы General Electronics с создаваемым напряжением магнитного поля 1,5 Тл.

Исследования больных поясничным остеохондрозом в отдаленном периоде проводилось через 6, 12 и 24 месяцев после хирургического лечения.

Результаты и обсуждение.

Известно, что в очаге остеохондроза, который был оперирован, могут возникнуть разнообразные патологические ситуации в виде различных сочетаний развившихся дегенеративных и вторичных реактивных процессов на уровне оперированного ПДС (рецидив грыжи диска, эпидурит, нестабильность и т. д.), с вторичным прогрессированием дегенеративных изменений в соседних межпозвоночных дисках в виде пролапса или протрузии диска на одном или нескольких уровнях.

Проведенный детальный ретроспективный анализ показал, что в 20,9% (14 наблюдений) в послеоперационном периоде отмечается полный регресс клинических проявлений заболевания. При этом патологических процессов в оперированном очаге остеохондроза выявлено не было. В 33 наблюдениях (49,3%) отмечен значительный регресс клинических проявлений заболевания. При этом в очаге остеохондроза были выявлены незначительные протрузии в межпозвоночных дисках, расположенных рядом с оперированным. В 6,0% (4 наблюдения) отмечено углубление ранее присутствующих симптомов. В 10,4% (7 наблюдений) выявлено развитие ранее отсутствующих симптомов и в 13,4% (9 наблюдений) диагностирован рецидив прежних симптомов.

Анализ динамики клинических проявлений поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде и патологических процессов в очаге заболевания, развивающихся в данном периоде и их сопоставление дал возможность разработать способ выявления разновидности формы поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде (патент на изобретение № 2681062 от 2019г).

Сущность способа заключается в сравнительной оценке данных комплексного обследования больного, до оперативного вмешательства, с выявленными данными в отдаленном послеоперационном периоде. При этом полученная клиническая и нейровизуализационная картина рассматривается в целом,

как единый комплекс заболевания. Это позволило установить значимые критерии следующих форм течения поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде: регрессирующая, ремиттирующая, рецидивирующая, прогрессирующая, осложненная.

Регрессирующая форма поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде.

Среди обследуемых больных в 13 наблюдениях (19,4%) в клинической картине заболевания отсутствовали синдромы ирритации или компрессии корешков спинного мозга на поясничном уровне, а ранее выявленные синдромы поражения корешков спинного мозга полностью регрессировали. Сравнительное нейровизуализационное обследование (до и после оперативного лечения) поясничного отдела позвоночника выявило картину неизменных поясничных межпозвонковых дисков, входящих в состав очага остеохондроза на фоне удаленного одного или нескольких межпозвонковых дисков. Данные клинические проявления заболевания в отдаленном послеоперационном периоде являются критериями выявления регрессирующей формы поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде.

Ремиттирующая форма поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде.

Ремиттирующая форма поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде отмечается в 49,3% (33 наблюдения). Клинически это проявлялось, как правило, болевым синдромом менее интенсивным, чем до операции с обострением болезни не менее одного раза в год и с присутствием ранее выявленных ирритативных, компрессионных корешковых синдромов или их сочетанием на уровне не оперированного ПДС. При сравнительном нейровизуализационном обследовании очага остеохондроза до и после оперативного лечения выявлена картина сочетания присутствия, ранее выявленных одного или нескольких МПД в стадии протрузии или пролапса, или их сочетание на фоне полноценно удаленной грыжи МПД.

Рецидивирующая форма поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде.

В 11,9% (8 наблюдений) нами выявлена рецидивирующая форма поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде клинически данная форма характеризуется присутствием ирритативного или компрессионного корешкового синдрома на уровне оперированного сегмента. При сравнительном нейровизуализационном обследовании очага остеохондроза до и после оперативного лечения выявлена картина рецидива грыжи оперированного МПД (протрузия или пролапс) или образования рубцово-спаечного процесса в области оперированного ПДС, или развития нестабильности на уровне оперированного ПДС или сочетание развития рецидива грыжи оперированного МПД с образованием рубцово-спаечного процесса на фоне не измененных меж-

позвонковых дисков или на фоне дооперационного присутствия одного или нескольких межпозвонковых дисков в стадии протрузии или пролапса входящих в очаг заболевания.

Прогрессирующая форма поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде.

Прогрессирующая форма поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде: нами выявлена в 13,4% (9 наблюдений). Клинически данная форма характеризуется болевым синдромом различной интенсивности, с присутствием ирритативного или компрессионного корешкового синдрома или их сочетанием на уровнях ранее не пораженных ПДС. При сравнительном нейровизуализационном обследовании очага остеохондроза до и после оперативного лечения выявляется картина протрузии или пролапса ранее не пораженных дисков на фоне удаленной грыжи диска или увеличение протрузии или пролапса ранее пораженных дисков на фоне удаленной грыжи диска или сочетание увеличения протрузии, пролапса ранее пораженных дисков с поражением МПД, ранее не входящих в очаг заболевания на фоне удаленной грыжи диска.

Осложненная форма поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде.

Осложненная форма поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде была отмечена у 6,0% (4 наблюдения). Клинически данная форма характеризуется доминированием клинических проявлений развившихся после оперативного лечения в виде осложнений (парезов, параличей, нарушения функции тазовых органов и т.д.) на фоне отсутствия клинических проявлений поражения не оперированных межпозвонковых дисков или на фоне уже имеющихся ранее клинических проявлений (в виде ирритативного или компрессионного синдромов) пораженных межпозвонковых дисков, но не подвергшихся оперативному лечению. При сравнительном нейровизуализационном обследовании очага остеохондроза до и после оперативного лечения выявляется картина послеоперационной регрессивной или ремиттирующей формы поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде.

Определенное значение для прогноза и определения плана дальнейших реабилитационных мероприятий после хирургического лечения поясничного остеохондроза имеет динамика течения и причины развития различных форм течения поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде.

Каждая из выявленных нами форм течения поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде имеет свои возможные варианты развития, и сроки возникновения.

Проведенный детальный анализ показал, что после оперативного лечения по завершению ближайшего послеоперационного периода (т.е. с момента выписки больного из стационара) диагностируются

три базовых, основных формы поясничного остеохондроза (это регрессирующая, ремиттирующая и осложненная) которые в отдаленном послеоперационном периоде могут трансформироваться. По нашим данным происходит это, как правило, в 32,8% (21 больной). Зависит это трансформация от преобладающих патологических процессов в очаге остеохондроза в процессе течения болезни.

При динамическом наблюдении нами установлено, что регрессирующая форма в процессе течения болезни в 15,4% (2 наблюдения) трансформировалась в рецидивирующую и в 23,1% (3 наблюдения) в прогрессирующую. Среди наших наблюдений регрессивная форма трансформировалась в рецидивирующую за счет образования различных патологических процессов развившихся в отдаленном послеоперационном периоде в области ранее оперированного ПДС

Ремиттирующая форма в отдаленном послеоперационном периоде в 18,2% (6 наблюдений) может трансформироваться в прогрессирующую форму вследствие прогрессирования дегенеративно — дистрофических процессов в МПД расположенных рядом с оперированным.

При осложненной форме поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде в 75,0% (3 из 4 наблюдений) происходит полный регресс ранее развившегося неврологического дефицита, в связи, с чем данная форма в дальнейшем в зависимости от клинических и нейровизуализационных проявлений приобретает регрессирующую или ремиттирующую форму.

Каждый случай трансформации происходит в зависимости от преобладающих патогенетических причин, происходящих в послеоперационном очаге остеохондроза.

Не меньшее значение при планировании реабилитационных мероприятий после хирургического лечения поясничного остеохондроза имеют и причины развития различных форм течения поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде.

На основе проведенного исследования нами установлено, что основной и единственной причиной образования регрессивной формы поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде является во всех случаях полноценное оперативное лечение очага заболевания. При этом очаг остеохондроза может состоять из одного или нескольких рядом расположенных оперированных межпозвонковых дисков и диагностируется с момента хирургического лечения очага поясничного остеохондроза.

Ремиттирующая форма поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде развивается во всех случаях после удаления грыжи межпозвонкового диска на фоне не одного или

нескольких межпозвонковых дисков в стадии протрузии или пролапса входящих в состав очага заболевания и диагностируется с момента выполнения хирургического лечения очага поясничного остеохондроза.

Рецидивирующая форма течения поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде развивается при образовании рецидива грыжи оперированного межпозвонкового диска, образования рубцово-спаечного процесса в области оперированного ПДС, развития нестабильности на уровне оперированного ПДС и при сочетании развития рецидива грыжи межпозвонкового диска с образованием рубцово-спаечного процесса. Данные патологические процессы могут развиваться на фоне течения послеоперационной регрессивной или ремиттирующей формы. Срок их развития с начала отдаленного послеоперационного периода до 2 лет и более.

Прогрессирующая форма течения поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде развивается за счет дальнейшего развития дегенеративных процессов в очаге заболевания на фоне течения послеоперационной регрессивной или ремиттирующей формы и отмечается в срок более 2 лет.

Осложненная форма поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде развивается, как правило, за счет ишемических процессов развившихся во время оперативного вмешательства, которые в дальнейшем проявляются тем или иным неврологическим дефицитом с ближайшего послеоперационного периода.

Заключение.

Полученные данные позволяет считать, что после хирургического лечения лиц пожилого возраста, страдающих поясничным остеохондрозом, в отдаленном послеоперационном периоде образуется три базовых формы послеоперационного течения (регрессирующая, ремиттирующая, осложненная), а в дальнейшем за счет прогрессирования дегенеративных процессов, происходят существенные изменения, которые являются причинами их возможной дальнейшей трансформации в рецидивирующую или прогрессирующую. В свою очередь, каждая из выявленных форм поясничного остеохондроза в отдаленном послеоперационном периоде имеет возможные варианты развития, сроки возникновения клинических проявлений и требует проведения различных лечебных и реабилитационных мероприятий.

ORCID авторов:

Олейник Екатерина Анатольевна — 0000-0001-7559-1499

Олейник Анна Анатольевна — 0000-0002-0848-5706

Анненков Сергей Сергеевич — 0000-0002-0646-6261

Олейник Анатолий Дмитриевич — 0000-0001-8178-9792

Иванова Наталья Евгеньевна — 0000-0003-2790-0191

Список литературы:

1. Адамбаев З. И., Киличев И. А. Детализация и выраженность боли при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника // Проблемы современной науки и образования № 10 (52), 2016. — 38 С.
2. Волков И. В., Карабаев И. Ш., Пташников Д. А. и др. Диагностика и интервенционное лечение болевых синдромов после оперативных вмешательств по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний поясничного отдела позвоночника // СПб.: Журнал вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко 2018. — № 5. — С. 55–61
3. Гайдар, Б. В. Практическая нейрохирургия // Руководство для врачей. Гиппократ, 2002. — 648 С.
4. Давыдов Е. А. Хронические вертеброгенные болевые синдромы (клиника, диагностика, лечение) // Курс лекций — СПб Издательство ФГБУ «РНХИ им. Проф. А. Л. Поленова» Минздрава России, 2013. — 348 С.
5. Епифанов В. А., Епифанов А. В. Остеохондроз позвоночника // Руководство для врачей. — М.: «Медпресс-информ», 2008. — 272 С.
6. Хелимский, А. М. Хронические дискогенные болевые синдромы шейного и поясничного остеохондроза // Хабаровск: РИОТИП, 2000. — 256 С.
7. Шустин В. А., Парфенов В. Е., Топтыгин С. В. и др. Диагностика и хирургическое лечение неврологических осложнений поясничного остеохондроза // СПб.: ФОЛИАНТ, 2006. — 168 С.
8. Щедренков В. В., Могучая О. В., Себелев К. И., Зуев И. В. Заболевания позвоночника и спинного мозга: клиника — лучевая диагностика и лечение // СПб ЛОИРО, 2015. — 492 С.
9. Юрген Кремер Заболевания межпозвонковых дисков — М.: «Медпресс-информ», 2013. — 472 С.