

УДК 616.71-089

М.Ю. Бирючков, М.З. Уразжанов, А.С. Адилова, З.К. Сулейменов, Б.А. Джубаева

НАО ЗКМУ имени Марата Оспанова, г. Актобе, Казахстан

ОПТИМИЗАЦИЯ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ ПРИ ГРЫЖАХ НА ПОЯСНИЧНОМ УРОВНЕ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Цель исследования: Анализ результатов проведенного хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде пациентам с грыжами межпозвоночных дисков на пояснично-крестцовом уровне в контексте оптимизации использования оценочных шкал.

Методы: В группе из 170 пациентов, прооперированных в период с января 2019 года по январь 2020 года, были розданы анкеты-опросники и оценочные шкалы: визуально-аналоговая шкала (ВАШ), анкета качества жизни Осверти, субъективная оценочная шкала Макнаб (Macnab), шкала функционально-экономического исхода Проло.

Результаты: Исходы оперативного лечения пациентов из заднего доступа позволяют нам достичь значительного эффекта в большинстве случаев, 55,2% пациентов указали на быстрое купирование болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, что расценивается как отличный результат, и в 48 % случаев - с хорошим результатом.

Заключение: Для оценки болевого синдрома в дооперационном периоде, по нашему мнению, лучше всего подходит применение визуально-аналоговой шкалы и субъективной оценочной шкалы. Что касается раннего послеоперационного периода, для оценки функционального и экономического исходов, дееспособности и трудоспособности пациентов эффективнее использовать анкету качества жизни Осверти.

Ключевые слова: грыжа диска, интерламинарное удаление, оценка боли.

Введение

Пик обострения пояснично-крестцовой радикулопатии приходится в возрасте 40-60 лет. Среди мужчин поражение пояснично-крестцовых корешков типично в возрасте 40 лет, у лиц женского пола - в 50-60 лет [1]. Формирование пояснично-крестцовой радикулопатии не зависит от пола, массы тела, роста, так же от числа родов у женщин. Радикулопатия возможно имеет генетическую предрасположенность, так как часто встречается у ближайших родственников лиц, которые перенесли оперативное вмешательство по поводу грыжи диска [2]. Корешковые и дискогенные болевые синдромы редко бывают у лиц моложе 20 лет. Однако риск увеличивается на 1,4 каждые 10 лет до достижения 64 лет [3]. Частоту развития радикулопатии повышают определённые виды трудовой деятельности, также работа в неудобном положении, сгибания и повороты туловища, и поднятие рук выше плечевого пояса [4]. В большинстве случаев повреждение и компрессия корешков и спинномозговых нервов происходит

вследствие дегенеративно-дистрофического процесса, а именно формированием грыжи межпозвоночного диска, в дальнейшем выпадение грыжи, сдавление корешка и появление болевого синдрома, дегенеративными изменениями в самих межпозвоночных суставах, также узким позвоночным каналом.

В первой половине XX века G. Schmorl и A. Andrae (1929) предположили наличие связи между поражением корешков спинномозговых нервов и грыжей диска, описав случаи задних протрузий дисков, найденных при аутопсии, но к сожалению, не смогли связать обнаруженные изменения с таким состоянием как «ишиас», а приняли решение, что данная дискогенная патология протекала «асимптомно» [5].

Вышеупомянутую идею позже подтвердили W. Mixter и J. Barr (1934) [5], которые признали компрессию диска грыжей наиболее частой причиной поражения пояснично-крестцовых корешков, а также, что патогенез радикулопатии состоит

из 3 компонентов: воспалительного, иммунологического и компрессионного.

Корешки в пояснично-крестцовом отделе наиболее чувствительны к компрессии из-за относительно легко возникающего сдавления их вен, которое приводит к быстрому формированию отека и интраневрального воспаления [6].

В большинстве случаев грыжи межпозвоночных дисков, которые поражают поясничные и крестцовые корешки, располагаются на уровне LIV-LV (59%) (с компрессией корешка LV). Затем следующий по частоте уровень поражения - LV-SI (30%) (с компрессией корешка SI), реже грыжи на уровне LIII-LIV [7, 8]. Межпозвоночные диски на LIV-LV, LV-SI уровнях, в целях поддержания поясничного лордоза, в сагиттальной плоскости клиновидной формы и утолщаются в передних отделах почти в 2 раза больше по сравнению с задними, что с большей частотой приводит к повреждению кзади лежащих сегментов фиброзного кольца.

Компрессия корешка может происходить в так называемом корешковом канале, или латеральном кармане - области между верхним суставным отростком и заднебоковой поверхностью тела позвонка, также в межпозвоночном отверстии, что напрямую связано с наличием латеральной

грыжи диска, с латеральным стенозом позвоночного канала в результате гипертрофии дугоотростчатых суставов [9].

Цель: анализ результатов проведенного хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде пациентам с грыжами межпозвоночных дисков на пояснично-крестцовом уровне в контексте оптимизации использования оценочных шкал.

Материалы и методы.

В представленной работе показан анализ хирургического лечения 170 больных с грыжами межпозвоночных дисков пояснично-крестцового отдела. Все больные были госпитализированы с корешковым болевым синдромом и находились на стационарном лечении на базе БСМП города Актобе, в отделении нейрохирургии в период с января 2019 года по январь 2020 года. Из них - 86 мужчин (50,6%), женщин - 84 (49,4%). Средний возраст составил - 54,5 г. В плане жалоб ведущими из них были боль в поясничной области, иррадиирующая в нижнюю конечность, невозможность длительной ходьбы и пребывание в вертикальном положении, парез стопы выявлен у 13,6 % пациентов, тазовые нарушения - в 5,3 % от всех случаев.

Таблица 1

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ

Возрастная группа	19-30	31-40	41-50	51-60	61-70
Количество пациентов	21	43	45	42	19
Проценты	12,3%	25,3%	26,5%	24,7%	11,2%

При распределении по возрастным группам наличие грыжи межпозвоночных дисков преобладает в группе от 41 до 50 лет [1].

Встречаемость грыжи межпозвоночных дисков в зависимости от уровня пояснично-крестцового отдела позвоночника можно выделить следующее распределение: L2-L3 - 6 человек (3,5%); L3-L4 - 19 пациентов (11,3%); L4-L5 - 98 пациентов (57,6 %); L5-S1 - 47 человек (27,6%) (табл. 1). Отмечается преобладание поражения уровня L4-L5 у пациентов обоих полов, что составило 57,6 % от общего числа исследуемых, на втором месте уровень поражения L5-S1, а именно выявлено 27,6 % [7, 8].

В зависимости от расположения грыжи диска: латеральная - 16 случаев (9,4%); парамедианная грыжа - 86 (50,6%); медианная - 42 (24,7%); заднебоковая - 17 (10%); фораминальная грыжа - 9 (5,3%) от всех случаев. В структуре парамедианных грыж левостороннее расположение отме-

чается у 54 пациентов, что составило 62,8%, правостороннее соответственно - 32 случая (37,2%).

Всем 170 пациентам проведено хирургическое лечение пояснично-крестцового остеохондроза, в объеме интерламинарного удаления грыжи межпозвоночного диска задним доступом по Caspar. Далее в ранний послеоперационный период, на 12-14 сутки, были розданы опросники: 1. Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) - для определения субъективного ощущения боли. 2. Анкета качества жизни Осверти - качественная оценка нарушения жизнедеятельности, вследствие дегенеративного поражения позвоночника. 3. Субъективная оценочная шкала Макнаб (Macnab) - для оценки пациентом своего лечения. 4. Шкала функционально-экономического исхода Проло - отражает экономическую составляющую и способность к физической деятельности. 5. Применение болеутоляющих средств.



Результаты

Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) была нами условно разделена следующим образом:

- 0 нет боли;
- 1-2 лёгкая боль;
- 3-6 средняя боль;
- 7-10 сильная боль.

По результатам опроса пациентов с корешковым болевым синдромом в ранний послеоперационный период, который составил 12-14 дней: нет боли - у 32,4% пациентов; лёгкая боль - отмечалась в 48,9% случаев; средняя боль - в процентном соотношении составила у 18,7% опрошенных пациентов.

Таблица 2

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСНИКА ВАШ В ПРОЦЕНТНОМ СООТНОШЕНИИ

ВАШ	0 нет боли	1-2 лёгкая боль	3-6 средняя боль	7-10 сильная боль
Количество пациентов	55	83	32	-
Процентное соотношение	32,4 %	48,9%	18,7%	-

Анкета качества жизни Осверти использовалась в версии 2.1а. Исходом данного опросника являются две группы пациентов, первая группа - 15-35 баллов, вторая - 36-55 баллов соответственно. Первую группу составили 125 пациентов (73,6%), в которой у большей половины, а точнее у 57,4% пациентов боль отсутствовала совсем, а в остальных 42,6% случаев боль по данным опроса оказалась минимальной (табл. 2). Вышеуказанные данные свидетельствуют об успешно проведенных операциях, значительном снижении болевого синдрома и восстановлении трудоспособности пациентов. Вторая же группа, составившая оставшиеся 45 пациентов или 26,4% набрали в результате анкетирования более 35 баллов (табл. 2). Данная группа респондентов испытывает постоянные умеренные боли в спине, вынуждены принимать болеутоляющие препараты, соответ-

ственно испытывают функциональные и экономические трудности, ввиду ограничения трудоспособности.

Шкала функционально-экономического исхода Проло - целевая группа для данного опроса - пациенты, которым была проведена операция на позвоночнике. Данная анкета оценивает экономический и функциональный исходы. В итоге все опрошенные были сгруппированы в следующие группы:

- 9-10 баллов – Отлично - 94 пациента
- 7-8 баллов - хороший результат - 62 пациента
- 5-6 баллов - удовлетворительный результат - 13 пациентов
- Менее 4 баллов - плохой результат - 3 пациента

Таблица 3

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСНИКА ШКАЛЫ ПРОЛО

Шкала Проло	9-10 баллов	7-8 баллов	5-6 баллов	Менее 4 баллов
Количество пациентов	94	62	13	3
Проценты	55,2%	36,5%	7,6%	1,7%

Больше половины пациентов, а точнее 55,2% полностью восстановились после хирургического лечения, отсутствуют эпизоды болей в спине, абсолютно полностью вернулась возможность к физическому труду (табл. 3). 36,5% оперированных пациентов отметили, что на момент опроса боли отсутствуют, но ранее они испытывали один

и более приступов болевого синдрома или ишиаса. У 7,6% опрошенных уровень болевых ощущений низкий, и они способны выполнять все виды деятельности, но длительная физическая активность ограничена. И только у 3 пациентов, которые составили 1,7%, умеренно выраженный боле-

вой синдром, который ограничивает их трудовую и физическую активность (табл. 3).

Обсуждение

В представленном анализе показана оценка раннего послеоперационного периода у пациентов, которые перенесли интерламнарное удаление грыжи межпозвонкового диска. Полученные нами результаты показали, что больше половины пациентов указали в анкетах и опросниках о значительном улучшении их состояния после проведенной операции. Анкеты-опросники позволили получить данные о степени тяжести боли, наличии благополучия, о состоянии здоровья пациентов, также возможности ходить, сидеть, спать в послеоперационном периоде без применения болеутоляющих препаратов, указали о значимых изменениях по всем этим показателям, что свидетельствует о снижении болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде у пациентов с межпозвонковыми грыжами диска. Отмечается тенденция к улучшению состояния здоровья и общего самочувствия в раннем послеоперационном периоде, на что указывают данные, полученные при опросе 170 пациентов, о способности ими ходить, сидеть, заниматься трудовой и физической деятельностью и, конечно же, сон. Делая вывод, можно утверждать, что из данных ВАШ, степень тяжести боли была меньше на послеоперационных этапах.

Результаты

Все пациенты заполняли анкеты в раннем послеоперационном периоде. Опросники охватывали вопросы, которые касаются прежде всего степени тяжести боли (ВАШ), уточнялась переносимость болевого синдрома, общего самочувствия, возможности пациента самостоятельно ходить, стоять и качество сна.

Исходы оперативного лечения пациентов из заднего доступа позволяют нам достичь значительного эффекта в большинстве случаев, 55,2% пациентов указали на быстрое купирование болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, что расценивается как отличный результат, и в 48% случаев с хорошим результатом.

Использование анкет позволяют разнонаправленно оценить послеоперационные исходы. В подходах к применению анкет следует подходить дифференцированно, в зависимости от поставленных задач. Для оценки болевого синдрома в дооперационном периоде, по нашему мнению, лучше всего подходит применение визуально-аналоговой шкалы и субъективной оценочной шкалы. Что касается раннего послеоперационного периода, для оценки функционального и экономического исходов, дееспособности и трудоспособности пациентов эффективнее использовать анкету качества жизни Осверти.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Frymoyer J. Lumbar disc disease: epidemiology // Instr Course Lect. – 1992. – 41. – P. 217-23.
2. Matsui H., Kanamori M., Ishihara H. et al. Familial predisposition for lumbar degenerative disc disease // Spine. - 1998. - Vol. 23. - P. 1029-1034.
3. Heliovaara M., Makela M., Knekt P. et al. Determinants of sciatica and low back pain // Spine. - 1991. - Vol. 16. - P. 608-614.
4. Riihimaki H., Tola S., Rideman T. et al. Low back pain and occupation // Spine. - 1989. - Vol. 14. - P. 204-209.
5. Stafford M. A., Peng P., Hill D.A. Sciatica: a review of history, epidemiology, pathogenesis, and the role of epidural steroid injection in management // British Journal of Anaesthesia. - 2007. - Vol. 99 (4). - P. 461-473.
6. Миронов С.П., Ветрилэ С.Т., Крупаткин А.И. и др. Микрогемодициркуляция нервных корешков и твердой мозговой оболочки до и после дискэктомии при поясничных болях // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2006. - № 3. - С. 57-61.
7. Benzon H.T. Epidural steroid injections for low back pain and lumbosacral radiculopathy // Pain. - 1986. - Vol. 24. - P. 277-295.
8. Malik K., Benzon H. Low back pain in Benzon: Raj's Practical Management of Pain, 4th ed. - Mosby, 2008.
9. Long D. Surgical treatment for back and neck pain /McMahon. Wall and Melzack's Textbook of Pain, 5th ed. Churchill Livingstone, An Imprint of Elsevier, 2006.

М.Ю. Бирючков, М.З. Уразжанов, А.С. Адилова, З.К. Сулейменов, Б.А. Джубаева

Марат Оспанов атындағы БҚМУ ҚАҚ, Ақтөбе қ., Қазақстан

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕ БЕЛ АЙМАҒЫНДА ГРЫЖА ДЕҢГЕЙІНІҢ ШКАЛАСЫН ОҢТАЙЛАНДЫРУ

Зерттеудің мақсаты: Лимбосакральды деңгейдегі диск грыжалары бар пациенттерге операциядан кейінгі ерте кезеңдегі хирургиялық емдеудің нәтижелерін рейтингтік шкалаларды қолдану арқылы оңтайландыру контекстінде талдау.

Зерттеу әдісі: 2019 жылдың қаңтар айынан 2020 жылдың қаңтар айына дейінгі аралықта 170 науқасқа төмендегі анкета-сұрастыру, бағалау шкалалары: визуалды-аналогты шкаласы (ВАШ), Освертидің тіршілікті бағалау шкаласы, Макнабтың субъективті бағалау шкаласы, Пролоның функционалды-экономикалық ақырғы шкаласы жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері: Жалпы зерттеу барысын бағалауда отадан кейінгі ерте кезеңде 55,2% науқаста ауырсыну синдромы бірден басылды. Сонымен қатар орта шамада 3% науқаста хирургиялық емнен кейін ауырсынудың басылмауы, негативті динамика байқалуы болды. Қалған 48% науқаста отадан кейінгі ерте кезеңде қайта қалпына келуі седативті және ауырсынуды басатын дәрілер көмегінсіз жүрді.

Қорытынды: Біз жүргізген талдау нәтижелеріне сәйкес отаға дейінгі кезеңде ауырсыну синдромын бағалауда визуалды-аналогты шкаласы (ВАШ) және субъективті бағалау шкаласын қолдану әлдеқайда тиімдірек. Ал отадан кейінгі ерте кезеңде функционалды-экономикалық ақырғы шкаласымен Освертидің тіршілікті бағалау шкаласын қолдану оң нәтиже берді.

Негізгі сөздер: диск грыжасы, интерламинарлы алып тастау, ауырсынуды бағалау.

M.Yu. Biryuchkov, M.Z. Urazzhanov, A.S. Adilova, Z.K. Suleimenov, B.A. Dzhubayeva

NJSC WKMU named after Marat Ospanov, Aktobe, Republic of Kazakhstan

OPTIMIZATION OF RATING SCALES FOR HERNIAS AT THE LUMBAR LEVEL IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD

Objective: Analysis of the results of surgical treatment in the early postoperative period for patients with herniated discs at the lumbosacral level in the context of optimization using rating scales.

Methods: In a group of 170 patients operated on between January 2019 and January 2020, questionnaires and assessment scales were distributed: visual-analog scale (VAS), Oswerti quality of life questionnaire, Macnab subjective assessment scale (Macnab), Prolo functional-economic outcome scale.

Results: As a result, 55.2% of patients indicated rapid relief of pain in the early postoperative period. According to our calculations, 3% of patients reported negative dynamics, as well as increased back pain after surgery. A significant proportion of patients (48%) at the early postoperative stage noted recovery of sleep without the use of painkillers and sedatives.

Conclusion: In our opinion, the best way to assess pain in the preoperative period is to use a visual-analog scale and a subjective evaluation scale. As for the early postoperative period, it is more effective to use the Oswerti quality of life questionnaire to assess functional and economic outcomes, de - and working capacity of patients.

Keywords: hernia, interlaminar removal, pain assessment.