

15. Wallis-Crespo M. C. Helicobacter pylori infection in pediatric population: epidemiology, pathophysiology, and therapy / M. C. Wallis-Crespo, A. Crespo // Fetal and Pediatric Pathology. – 2004. – Vol. 23, N 1. – P. 11–28.

16. Боброва В. І. Антисекреторні і пробіотичні паралелі при лікуванні

дітей з хронічним гастродуоденітом / В. І. Боброва, С. С. Вороніна, Т. В. Рубан [та ін.] // Перинатологія і педіатрія. – 2010. – № 1. – С. 148–150.

17. An association between Helicobacter pylori infection and cognitive function in children at early school age: a community-based study / Kham

tam Muhsen, Asher Ornoy, Ashraf Akawi [et al.] // BMC Pediatrics. – 2011. – Vol. 11. – P. 43. – Can be found online at : <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/11/43>

18. Cover T. L. Helicobacter pylori in health and disease / T. L. Cover, M. J. Blaser // Gastroenterol. – 2009. – N 136 (6). – P. 1863–1873.

УДК 616.833.24-002-089.5:615.276

А. А. Кондрашов, Н. Е. Полищук

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭПИДУРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ СТЕРОИДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕНТРАЛЬНЫМИ И ПАРАМЕДИАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И КОРЕШКОВЫМ СИНДРОМОМ

Одесская областная клиническая больница,
Национальная медицинская академия
последипломного образования имени П. Л. Шупика, Киев

Несмотря на широкое распространение эпидуральных инъекций и многочисленные публикации, посвященные их эффективности у больных с грыжей межпозвонковых (м/п) дисков и радикулярным синдромом, существуют некоторые противоречия в определении показаний к эпидуральным инъекциям [1]. Manchikanti et al. [10] представил доказательства первого уровня в лечении боли у больных с грыжей м/п дисков и корешковым синдромом [3; 10].

Известна точка зрения, что местные анестетики могут быть столь же эффективны, как и их сочетание со стероидами в лечении боли в нижней части спины [6; 7].

Механизмы действия стероидов и местных анестетиков описаны. Предполагается, что нейрональная блокада изменяет передачу ноцицептивного импульса по афферентным волокнам, регулирует активность как отдельных ней-

ронов, так и центральную нейрональную активность [2].

Кортикостероиды уменьшают воспалительную реакцию и отек, ингибируя синтез и освобождение многочисленных провоспалительных медиаторов и вызывая обратимый местно-анестезирующий эффект [4]. Местные анестетики, наоборот, обеспечивают короткий и длительный симптоматический эффект через различные механизмы [8].

Подробно описано, что хроническая боль формируется посредством различных механизмов, включая болевую периферическую импульсацию, что ведет к сенситизации спинальных нейронов, ответственных за обработку болевой информации и избыточное освобождение нейромедиаторов, вызывая комплексный центральный ответ, включающий гипералгезию, сенситизацию и фенотипные изменения, которые также являются частью нейрональной пластичности.

Безусловно, местные анестетики могут обеспечить анальгезию, подавляя ноцицептивную импульсацию, блокируя аксональный транспорт, симпатическую рефлекторную дугу, сенситизацию и оказывая противовоспалительное действие. Длительный эффект местных анестетиков при эпидуральном введении продемонстрирован во многих работах. Исследован длительный анальгетический эффект эпидурально введенного бупивакаина у крыс с моделированной нейропатической болью и сделан вывод, что повторное введение бупивакаина в эпидуральное пространство крыс вызывает анальгетический эффект, возможно, индуцируя пластические изменения ноцицептивной импульсации [5].

Показано, что инфильтрация нервных корешков предотвращает механическую аллодинию, при этом не выявлено дополнительного эффекта от кортикостероидов [3; 10].



Ряд работ указывает на то, что не только механическая компрессия в результате протрузии м/п диска, но также ноцицептивные и воспалительные медиаторы, исходящие из ядра м/п диска, играют важную роль в индукции боли. Кортикостероиды оказывают терапевтический эффект при корешковом синдроме, вызванном герниацией м/п диска, путем их противовоспалительного действия. Кортикостероиды уменьшают повышенную сосудистую проницаемость и ингибируют повышенную скорость проведения импульса, вызванную аппликацией к корешку *nucleus pulposus* [9]. Наконец, кортикостероиды могут вызывать специфическую «анестезию» ноцицептивных С-волокон. Кроме этого, они оказывают прямое нейротоксическое действие на периферическую нервную ткань.

Цель работы — оценка эффективности эпидурального введения стероидов у пациентов с центральными и парамедиальными грыжами межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника и корешковым синдромом.

Материалы и методы исследования

Эффективность эпидурального введения местного анестетика бупивакаина с дипроспаном или без него в лечении хронических болей в нижней части спины и нижних конечностях у больных с центральными и парамедиальными грыжами м/п дисков поясничного отдела позвоночника и корешковым синдромом исследована у 84 больных. Пациенты разделены на две группы: группа 1 получала эпидурально местный анестетик бупивакаин 0,5 % раствор 8 мл + 2 мл физиологического раствора, группа 2 — местный анестетик бупивакаин 0,5 % 8 мл + дипроспан 2 мл.

Оценка эффективности проводилась по визуальной

аналоговой шкале (ВАШ), Oswestry Disability Index (ODI), отношению к работе и приему анальгетиков через 1 нед., 3, 6 и 12 мес. после терапии.

Мы считали значительным снижение интенсивности боли при уменьшении показателя ВАШ на 50 % и более, а значительное улучшение функционального состояния — при уменьшении ODI на 40 % и более.

Результаты исследования и их обсуждение

Исходные демографические и клинические характеристики каждой группы приведены в табл. 1. Статистически достоверные различия между группами не найдены.

Интенсивность боли. В табл. 2 представлены результаты исследования интенсив-

ности боли у пациентов групп 1 и 2.

Интенсивность боли при обращении в обеих группах была весьма высокой: (8,00±±0,81) балла в группе бупивакаина и (7,90±0,96) балла — в группе бупивакаин + стероиды. После эпидуральной блокады в обеих группах интенсивность боли статистически достоверно ($p<0,05$) уменьшилась до (1,9±0,2) балла в группе 1 и (1,70±0,15) балла — в группе 2.

В процессе наблюдения мы отметили стабилизацию интенсивности боли в обеих группах через 3 мес.: (3,80±±1,55) балла в группе 1 и (3,40±1,69) балла — в группе 2. В дальнейшем интенсивность боли практически не изменилась и через 12 мес. составила (3,70±1,39) балла в

Таблица 1

Исходные демографические данные и клинические характеристики пациентов, n=42

Показатели	Группа 1	Группа 2	P (между группами)
Пол			
Мужчины	14 (33 %)	14 (33 %)	1,00
Женщины	28 (67 %)	28 (67 %)	
Возраст, среднее ±SD	48,60±13,88	45,50±15,99	0,350
Вес, среднее ±SD	82,00±21,24	72,40±17,61	0,047
Рост, среднее ±SD	175,00±9,48	174,77±10,03	0,897
Продолжительность боли (нед.), среднее ±SD	91,10±86,71	93,80±91,48	0,890
М/п грыжи < 4 мм, число пациентов	18	19	0,886
М/п грыжи 4–7 мм, число пациентов	14	13	0,879
М/п грыжи > 7 мм, число пациентов	10	10	0,892
Начало боли			
постепенное	27 (64 %)	20 (48 %)	0,187
внезапное	15 (36 %)	22 (52 %)	
Распределение боли			
двустороннее	28 (67 %)	29 (69 %)	0,897
справа или слева	14 (33 %)	13 (31 %)	
Распределение боли на нижние конечности			
двустороннее	13 (31 %)	17 (40 %)	0,640
справа или слева	29 (69 %)	25 (60 %)	
ВАШ, среднее ± SD	8,00±0,81	7,90±0,96	0,713
ODI, среднее ± SD	28,60±4,59	28,50±4,37	0,884



Показатели интенсивности боли по шкале ВАШ на этапах исследования, баллы, n=42

Группа, м/п грыжи	Исходные данные	1 нед.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
Группа 1	8,00±0,81	1,9±0,2*	3,80±1,55*	3,60±1,50*	3,70±1,39*
< 4 мм	6,80±0,45	0,56± 0,06*	1,40±0,47*	1,20±0,32*	1,10±1,04*
4–7 мм	7,90±0,56	0,67± 0,08*	1,50±0,56*	1,30±0,19*	1,40±1,12*
> 7 мм	8,40±0,89	3,10±0,36*	4,20±0,97*	4,30±0,68*	4,60±1,15*
Группа 2	7,90±0,96	1,70±0,15*	3,40±1,69*	3,50±1,70*	3,50±1,84*
< 4 мм	6,6±1,1	0,440±0,035	1,30±0,46*	1,20±0,09*	1,40±1,13*
4–7 мм	7,4±2,6	0,550±0,078	1,40±0,26*	1,30±0,08*	1,20±0,97*
> 7 мм	8,6±3,8	2,90±1,12*	4,00±0,87*	4,10±0,97*	4,1±2,1*

Примечание. * — статистически достоверное различие по сравнению с исходными данными (среднее ± SD)

группе бупивакаина и (3,50±±1,84) балла — в группе бупивакаин + стероиды. На всех этапах наблюдения уменьшение интенсивности боли в обеих группах было статистически достоверным. Однако между группами статистически достоверного отличия не наблюдалось.

Следует отметить, что наибольшее снижение интенсивности боли отмечено у пациентов с наименьшими м/п грыжами (до 4 мм), у которых через 1 нед. после эпидуральной блокады боль практически отсутствовала, а через 3 мес. у некоторых пациентов отмечались незначительная боль или дискомфорт в спине — (1,50±0,56) балла в группе 1 и (1,30±0,46) балла — в группе 2. Наибольшая интенсивность боли отмечена у пациентов с м/п грыжами более 7 мм. При обращении интенсивность боли достигала (8,40±±0,89) балла в группе 1 и (7,90±±0,96) балла — в группе 2.

Динамика интенсивности боли у пациентов группы 1 составила (3,10±0,36) балла через 1 нед., (4,20±0,97) балла через 3 мес. и в дальнейшем мало изменилась в течение остального времени наблюдения. В группе 2 у пациентов с м/п грыжами более 7 мм через 1 нед. интенсивность боли уменьшилась до (2,90±1,12) балла (p<0,05 по сравнению с исходными данными) и (4,00±0,87) балла через 3 мес. В дальнейшем ин-

тенсивность боли практически не изменилась и составила (4,10±0,97) балла через 6 мес. и (4,1±2,1) балла через 12 мес. после эпидуральной блокады. Все показатели статистически достоверно ниже по сравнению с исходными.

Уменьшение интенсивности боли было значительным (более 50 %) на всех этапах исследования (табл. 3). Через 1 нед. значительное уменьшение интенсивности боли отмечено у 100 % пациентов, через 3 мес. значительное снижение интенсивности боли наблюдалось у 34 (81 %) пациентов группы 1 и мало изменилось в процессе дальнейшего наблюдения. Аналогичные изменения отмечены и в группе 2: через 1 нед. значительная анальгезия наблюдалась у всех 42 пациентов, через 3 мес. — у 34 (81 %) пациентов, через 6 мес. — у 36 (86 %) больных и через 12 мес. — у 34 (81 %) пациентов.

При анализе зависимости интенсивности боли от размеров м/п грыжи наибольшая анальгезия отмечена у пациентов с минимальными м/п грыжами и наименьшая — у больных с максимальными м/п грыжами.

Функциональное состояние. Оценка функционального состояния пациентов проводилась по ODI и представлена в табл. 4. Значительное, статистически достоверное (p<0,05) улучшение функционального состояния отмечено в обеих группах пациентов по сравнению с контролем.

В целом у пациентов группы 1 исходное функциональное состояние по шкале ODI составило (28,60±4,39) балла.

После эпидуральной блокады отмечено статистически достоверное снижение ODI до (13,4±1,7) балла, через 3 мес. — (15,40±6,77) балла, через

Динамика значительного уменьшения интенсивности боли (> 50 %) на этапах исследования, абс. (%), n=42

Таблица 3

Группа, м/п грыжи	1 нед.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
Группа 1	42 (100)	34 (81)	36 (86)	33 (79)
< 4 мм	18 (100)	17 (94)	18 (100)	17 (94)
4–7 мм	14 (100)	12 (86)	13 (93)	12 (86)
> 7 мм	10 (100)	5 (50)	5 (50)	4 (40)
Группа 2	42 (100)	34 (81)	36 (86)	34 (81)
< 4 мм	19 (100)	18 (95)	19 (100)	19 (100)
4–7 мм	13 (100)	12 (92)	13 (100)	11 (85)
> 7 мм	10 (100)	6 (60)	4 (40)	4 (40)



Динамика ODI у пациентов в процессе лечения, баллы, n=42

Группа, м/п грыжи	Исходные данные	1 нед.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
Группа 1	28,60±4,39	13,4±1,7*	15,40±6,77*	14,20±6,73*	14,10±6,89*
< 4 мм	19,4±3,3	11,10±0,77*	10,90±0,68*	10,20±0,61*	10,70±0,78*
4–7 мм	22,1±4,1	12,40±0,93*	11,40±1,13*	11,00±1,11*	12,40±1,17*
> 7 мм	32,4±7,2	18,20±1,12*	17,4±1,7*	18,4±1,9*	18,6±2,7*
Группа 2	26,50±4,32	12,6±1,8*	13,80±6,29*	13,50±6,29*	12,50±6,38*
< 4 мм	18,6±3,0	10,10±0,71*	11,10±0,55*	10,70±0,85*	10,10±0,71*
4–7 мм	23,4±4,4	12,40±0,73*	12,00±0,63*	12,40±0,93*	12,70±0,93*
> 7 мм	33,4±5,2	17,00±1,10*	19,00±1,18*	18,60±1,17*	19,00±1,15*

Примечание. * — статистически достоверное различие по сравнению с исходными данными.

6 мес. — (14,20±6,73) балла и через 12 мес. — (14,10±6,89) балла. Все показатели были статистически достоверно ниже исходных.

У пациентов группы 2 динамика восстановления функционального состояния была аналогичной. После эпидуральной блокады показатель ODI снизился до (12,6±1,8) балла, через 3 мес. он составил (13,80±6,29) балла, через 6 мес. — (13,50±6,29) балла и через 12 мес. — (12,50±6,38) балла. Все показатели были статистически достоверно ниже исходных, однако различия между группами не наблюдалось.

Максимальное (практически до здорового состояния) восстановление функционального состояния отмечено в обеих группах у пациентов с грыжами малого (меньше 4 мм) и среднего (4–7 мм) размера. Показатели ODI у этих пациентов группы 1 колебались от (10,20±0,61) до (12,40±1,17) балла на этапах исследования, что практически не изменяло их образа жизни. Среди аналогичных пациентов группы 2 ODI колебался от (10,10±0,71) до (12,40±0,73) балла на этапах исследования.

Функциональное состояние пациентов с м/п грыжами большого (более 7 мм) размера восстанавливалось медленнее и колебалось в группе 1 на этапах исследования от (17,4±1,7) до (18,6±2,7) балла,

а в группе 2 — от (17,00±1,10) до (19,00±1,18) балла. Все показатели были достоверно ($p < 0,05$) ниже исходных.

Снижение ODI на 40 % и более отмечено у 83 % пациентов в группе 1 и у 91 % пациентов в группе 2 (табл. 5). Максимальное снижение наблюдалось у пациентов с малыми м/п грыжами и минимальное — с большими. Не выявлено статистически достоверного различия между группами на этапах исследования.

Отношение к работе. В момент обращения 6 пациентов группы 1 работали полный рабочий день, 26 находились на больничном листе и 10 пациентов не работали по своему социальному статусу. Через 1 нед. после эпидуральной блокады 25 пациентов приступили к работе в течение полного рабочего дня, 1 пациент работал часть дня, на больничном листе находилось 6 пациентов. Через 3 мес.

32 пациента вернулись к работе.

Аналогичная динамика наблюдалась и в группе 2 (табл. 6). Через 1 нед. к работе вернулись 25 пациентов, а через 3 мес. — 32 пациента.

Прием анальгетиков. В процессе лечения мы рекомендовали нашим пациентам в качестве анальгетика кетанов — хорошо зарекомендовавший себя препарат, не оказывающий существенных побочных действий. Мы также знаем его примерную анальгетическую активность: 30 мг кетанова, введенного внутримышечно, приравнивается к 12 мг морфина, также введенного внутримышечно.

До эпидуральной блокады пациенты группы 1 принимали в среднем (51,2±4,3) мг кетанова, через 1 нед. после блокады доза значительно и статистически достоверно снизилась до (5,80±0,13) мг, а через 3 мес. стабилизировалась на

Таблица 5

Показатели снижения ODI (> 40 %) от исходного уровня в процессе лечения, абс. (%), n=42

Группа, м/п грыжи	1 нед.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
Группа 1	36 (85,7)	33 (79)	36 (86)	35 (83)
< 4 мм	18 (100)	17 (94)	18 (100)	18 (100)
4–7 мм	13 (100)	12 (92)	13 (100)	12 (92)
> 7 мм	5 (50)	4 (40)	5 (50)	5 (50)
Группа 2	38 (90)	35 (83)	36 (86)	38 (90)
< 4 мм	19 (100)	18 (95)	19 (100)	19 (100)
4–7 мм	12 (92)	11 (85)	11 (85)	12 (92)
> 7 мм	7 (70)	6 (60)	6 (60)	7 (70)



Динамика показателя «Отношение к работе» у пациентов в процессе лечения

Статус	Группа 1					Группа 2				
	Исходные данные	1 нед.	3 мес.	6 мес.	12 мес.	Исходные данные	1 нед.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
Часть дня	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0
Полный день	6	25	32	32	32	5	25	32	32	32
Больничный лист	26	6	0	0	0	25	5	0	0	0
Домохозяйки	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Инвалиды	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3
Пенсионеры	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Всего пациентов	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42

уровне ($13,7 \pm 2,8$) мг, практически не меняясь в процессе дальнейшего наблюдения: ($14,2 \pm 1,7$) мг через 6 мес. и ($14,8 \pm 2,1$) мг через 12 мес. (табл. 7). Снижение дозы кетанова на всех этапах наблюдения было статистически достоверным ($p < 0,05$).

Аналогичная динамика отмечалась и среди пациентов группы 2. Через 1 нед. после эпидуральной блокады пациенты группы 2 принимали ($5,50 \pm 0,08$) мг препарата, через 3 мес. — ($15,9 \pm 2,5$) мг, через 6 мес. — ($14,8 \pm 1,9$) мг, а через 12 мес. — ($14,6 \pm 2,3$) мг. Следует отметить, что в обеих группах пациенты с малыми и средними м/п грыжами практически не принимали кетанов уже через 1 нед. после блокады, в то время как пациенты с большими м/п грыжами продолжали прием препарата в течение всего времени наблюдения. Именно эти пациенты и определили статистические дозы приема кетанова в процессе наблюдения.

Осложнения. В течение курса лечения не наблюдалось осложнений у пациентов обеих групп.

Характеристика манипуляций. Анализируя количество эпидуральных блокад, выполненных в каждой группе, следует отметить, что общее количество эпидуральных инъекций в группе 1 составило ($3,07 \pm 0,43$), а в группе 2 — ($2,86 \pm 0,13$). Статистически

Таблица 7
Динамика дозы приема кетанова в процессе лечения, среднее \pm SD, мг, n=42

Показатели	Группа 1	Группа 2	P (между группами)
Исходные данные	$51,2 \pm 4,3$	$49,8 \pm 3,9$	0,810
1 нед.	$5,80 \pm 0,13$	$5,50 \pm 0,08$	0,89
3 мес.	$13,7 \pm 2,8$	$15,9 \pm 2,5$	0,412
6 мес.	$14,2 \pm 1,7$	$14,8 \pm 1,9$	0,586
12 мес.	$14,8 \pm 2,1$	$14,6 \pm 2,3$	0,479

достоверного различия между группами не выявлено. Пациентам группы 1 с м/п грыжами менее 4 мм выполнено ($1,50 \pm 0,05$) эпидуральных блокад за время наблюдения, аналогичным пациентам группы 2 — ($1,20 \pm 0,03$) блокад за весь период наблюдения (табл. 8). Среди пациентов с м/п грыжами 4–7 мм количество блокад увеличилось и составило ($3,10 \pm 0,10$) в группе 1 и ($2,90 \pm 0,07$) — в группе 2. Однако наибольшее количество блокад за 12 мес. было выполнено пациентам с большими м/п грыжами: ($6,5 \pm 1,4$) блокад в группе 1 и ($6,1 \pm 1,6$) блокад в группе 2. Учитывая то, что показания к каждой последующей блокаде устанавливаются совместно врачом и пациентом, при наличии недостаточного эффекта от предыдущей блокады следует отметить наименьшую эффективность эпидурального введения местного анестетика и стероидов пациентам с м/п грыжами такого размера. Пос-

ле выполнения двух неэффективных блокад мы рекомендовали нашим больным оперативное лечение. В группе 1 после 12-месячной терапии было оперировано 6 пациентов, а в группе 2 — 5 пациентов.

Таким образом, можно сделать вывод о низкой эффективности эпидурального вве-

Таблица 8
Характеристика манипуляций, n=42

Группа, м/п грыжи	К-во инъекций за 12 мес.	К-во оперированных больных
Группа 1	$3,07 \pm 0,43$	6
< 4 мм	$1,50 \pm 0,05^*$	0
4–7 мм	$3,10 \pm 0,10^*$	0
> 7 мм	$6,5 \pm 1,4^*$	6
Группа 2	$2,86 \pm 0,13$	5
< 4 мм	$1,20 \pm 0,03^*$	0
4–7 мм	$2,90 \pm 0,07^*$	0
> 7 мм	$6,1 \pm 1,6^*$	5

Примечание. * — статистически достоверное различие по сравнению с исходными данными ($p < 0,05$).



Динамика веса пациентов за период терапии, кг, среднее \pm SD, n=42

Показатель	Группа 1	Группа 2	P
Исходный вес	80,92 \pm 21,24	79,25 \pm 18,34	0,765
Вес через 1 год	79,48 \pm 23,99	79,54 \pm 17,43	0,814
Динамика веса	1,44 \pm 3,22	-0,29 \pm 1,96	0,055
Пациенты, потерявшие в весе	24 (57 %)	18 (42,8 %)	0,618
Пациенты, набравшие в весе	10 (24 %)	19 (45,24 %)	
Пациенты без динамики веса	8 (18 %)	5 (12 %)	

дения местного анестетика и его сочетания со стероидами у больных с м/п грыжами большого размера (более 7 мм).

Изменения в весе. В группах исследования не выявлено статистически достоверных колебаний веса по сравнению с исходными данными (табл. 9).

Таким образом, исследование выявило значительное уменьшение интенсивности боли (> 50 %) у 79 % (группа 1) и 81 % (группа 2) пациентов, которое сочеталось со значительным (> 40 %) улучшением функционального состояния 83 и 91 % больных соответственно в течение 1 года терапии. При этом не выявлено статистически достоверного различия между исследуемыми группами. Наиболее эффективной терапия оказалась у пациентов с м/п грыжами малого и среднего размера в отличие от больных с м/п грыжами большого размера.

Среднее количество процедур на 1 пациента в течение года составило (3,90 \pm 1,26) в группе 1 и (3,60 \pm 1,08) в группе 2. При этом наименьшее количество эпидуральных блокад с наибольшим результатом выполнено пациентам с м/п грыжами малого и среднего размера.

Прием анальгетика статистически достоверно снизился в течение года в обеих группах.

Работоспособность статистически достоверно повысилась в обеих группах.

В настоящем исследовании показано, что эпидуральные инъекции как со стероидами, так и без стероидов обеспечивают длительную и эффективную анальгезию и высокую функциональную активность пациентам с центральными и парамедиальными м/п грыжами малого и среднего размера. Пациенты с такой патологией требуют в среднем 3–4 эпидуральных

инъекций в год для обеспечения высокой анальгезии и функционального состояния, практически не отличающегося от обычного образа жизни.

Несколько иная ситуация наблюдалась среди пациентов с центральными и парамедиальными м/п грыжами большого размера. Эти пациенты получили наибольшее количество эпидуральных инъекций и у них наблюдался наименьший эффект. В конечном счете, большинство пациентов с данной патологией было оперировано. На этом основании мы считаем, что пациентам с центральными и парамедиальными м/п грыжами большого размера следует предлагать оперативное лечение после двух неэффективных эпидуральных блокад.

Нами выделены группы эффективной и неэффективной терапии согласно результатам двух эпидуральных инъекций. У пациентов с эффективной терапией и хорошей анальгезией после первой и второй инъекций мы наблюдали эффект в течение 39–40 нед.

В группе с неэффективной терапией среднее время анальгезии после процедуры составляло от 5 до 12 нед.

Исследование сопровождалось активным лечебным контролем (бупивакаин) и демонстрирует не только результат, полученный в каждой группе, но также позволяет сравнить два вида терапии.

Полученные нами данные позволяют решить некоторые вопросы, связанные с приме-

нением бупивакаина без стероидов, особенно у пациентов, требующих повторных эпидуральных инъекций, так как возможности для повторного введения стероидов существенно ограничены.

Результаты исследования могут быть применены как к конкретной популяции пациентов, так и к отдельным больным.

Результаты проведенного исследования демонстрируют высокую эффективность эпидурального введения бупивакаина и его сочетания с дипроспаном у пациентов с грыжей м/п дисков и корешковой симптоматикой. Эпидуральное введение бупивакаина и его сочетания с дипроспаном у пациентов с подобной патологией обеспечивает высокоэффективную анальгезию, восстанавливает функциональную активность и работоспособность и требует 3–4 сеансов терапии в год.

В заключение следует отметить, что проведенное исследование демонстрирует высокую эффективность данного вида терапии у пациентов с грыжей м/п дисков малого и среднего размера и корешковым синдромом. Такое лечение может быть рекомендовано как терапевтический метод, обеспечивающий анальгезию, функциональную активность и работоспособность, требующий 3–4 эпизодов терапии в течение года.

Настоящее исследование позволяет говорить о высокой эффективности эпидурально-



го введення місцевого анестетика бупивакаїна і його соєтання со стероїдом дипроспаном для лєчення боли в нижней часті спіны у паєнєтов с грыжей м/п дисков і корешковим синдромом, что способствует умєньшенію інтенсивності боли і умєльчєнію функціональної активності.

Выполнение 3–4 эпидуральных инъекций в течение года обеспечивает практически отсутствие боли и восстановление полной работоспособности паєнєтов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bell G. Cost-effectiveness analysis of spinal cord stimulation in treatment of failed back surgery syndrome / G. Bell, D. Kidd, R. North // J. Pain. Symp. Manage. – 1997. – Vol. 13. – P. 286–295.

2. Bonica J. J. Current role of nerve blocks in diagnosis and therapy of pain / ed. J. J. Bonica // Advances in Neurology. – N. Y. : Raven Press, 1974. – Vol. 4. – P. 445–453.

3. Caudal epidural injections with sarapin steroids in chronic low back pain / L. Manchikanti, V. Pampati, J. J. Rivera [et al.] // Pain Physician. – 2001. – Vol. 4. – P. 322–335.

4. Cho K. O. Therapeutic epidural block with a combination of a weak local anesthetic and steroids in management of complicated low back pain / K. O. Cho // Am. Surg. – 1970. – Vol. 36. – P. 303–308.

5. Cote P. The Saskatchewan Health and Back Pain Survey. The prevalence of neck pain and related disability in Saskatchewan adults / P. Cote, J. D. Cassidy, L. Carroll // Spine. – 1998. – Vol. 23. – P. 1689–1698.

6. Davidson J. T. Epidural injections in the lumbosciatic syndrome / J. T. Davidson, G. C. Robin // Br. J.

Anaesth. – 1961. – Vol. 33. – P. 595–598.

7. Dilke T. F. Extradural corticosteroid injection in the management of lumbar nerve root compression / T. F. Dilke, H. C. Burry, R. Grahame // Br. Med. J. – 1973. – Vol. 2. – P. 635–637.

8. Lumbar epidural perineural injection: a new technique / J. Kraemer, J. Ludwig, U. Bickert [et al.] // Eur. Spine J. – 1997. – Vol. 6. – P. 357–361.

9. Lutz G. E. Fluoroscopic transforaminal lumbar epidural steroids: an outcome study / G. E. Lutz, V. B. Vad, R. J. Wisneski // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 1998. – Vol. 79. – P. 1362–1366.

10. Preliminary results of randomized, equivalence trial of fluoroscopic caudal epidural injections in managing chronic low back pain: Part 1. Discogenic pain without disc herniation or radiculitis / L. Manchikanti, K. A. Cash, C. D. McManus [et al.] // Pain Physician. – 2008. – Vol. 11. – P. 785–848.

Передплачуйте
і читайте



ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті
Передплатний індекс 48717

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Новітні технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії

