

А. С. Сон, О. О. Гончарук, В. І. Солодовніков

## ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ПОПЕРЕКОВОЇ МІКРОДИСКЕКТОМІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ І ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАТУСУ

Одеський державний медичний університет

Проблема діагностики та лікування больового синдрому в нижній частині спини (БНС) — одне з актуальних питань сучасної медицини [1]. Навряд чи у клінічній практиці існує інший такий частий і різноманітний за характером проявів феномен, як біль [2]. У патогенезі больового синдрому, зумовленого дегенеративно-дистрофічними змінами опорно-рухового сегмента хребта, провідну роль відіграють ураження міжхребцевих дисків, реактивні зміни тканин і суміжних хребців. У середньому, близько 19 % хворих із грижами міжхребцевих дисків (ГМХД) поперекового відділу хребта потребують оперативного лікування — дискетомії [3]. Після подібних операцій можливе формування постдискетомічного синдрому (в англійській літературі — Failed Back Surgery Syndrom — FBSS), для якого притаманне збереження стійкого больового синдрому, незважаючи на проведення однієї чи кількох декомпресійних операцій, спрямованих на зменшення поперекового і/або корінцевого болю [3]. Застосування малоінвазивних методик виконання дискетомії привело до зниження частоти розвитку FBSS у середньому до 12–20 % [4]. Проте біль — це не тільки сенсорна реакція організму на ушкоджувальний чи подразнювальний стимул, у її формуванні значне місце посідають зміни емоційної сфери, психологічне напруження, тривога й особливості особистості, а також стан вегетативної нервової системи (ВНС) пацієнта

[5]. Сильний больовий синдром, реакція на хворобу поряд з іншими психотравмуючими факторами, «внутрішньоособистісні» конфлікти потреб, недостатність адаптаційних механізмів особистісного реагування — все це сприяє розвитку емоційної дезадаптації, зміні реактивності ВНС і вегетативного тону [6]. Тривалість болю поєднана з ризиком формування «больової пам'яті», що погіршує якість життя пацієнтів [7].

**Метою** нашого дослідження є оцінка результатів поперекової мікродискетомії залежно від стану ВНС і психоемоційного статусу (рівня тривоги й депресії) пацієнтів.

### Матеріали та методи дослідження

Дослідження виконувалося протягом 2003–2007 рр. на клінічній базі кафедри нейрохірургії і неврології ОДМУ — у нейрохірургічному відділенні Миської клінічної лікарні № 11 Одеси. Програма дослідження включала загальноклінічне обстеження, оцінку неврологічного статусу, неінвазивні інструментальні методи: комп'ютерну томографію (КТ), магніто-резонансну томографію (МРТ). За допомогою анкетних методик оцінювали: рівень особистісної (ОТ) та ситуативної тривожності (СТ) за анкетною Спілбергера; наявність депресивних розладів за шкалою Зунга (ZDS); якість життя за опитувальником SF-36. Функціональний стан ВНС вивчали з вико-

ристанням таблиці «24 стигми» для експрес-діагностики вегетативного тону [8]. Для оцінки виявлених клінічних змін використовували шкалу японської ортопедичної асоціації (JOA) [9]. Для вивчення больового синдрому застосовували візуальну аналогову шкалу (ВАШ) [10]. Анкетування проводилося напередодні оперативного втручання, через 6–7 діб після операції й у процесі катamnестичного контролю через 6 міс.

Обстежено 97 пацієнтів із ГМХД попереково-крижового відділу хребта. Відбір проводився з урахуванням жорстких показань до оперативного лікування: наявність інтенсивного больового синдрому, який супроводжувався розладами чутливості (гіпо-, пара-, анестезії) за корінцевим типом; відсутність аналгезуючого ефекту від проведеного консервативного лікування; виявлення неврологічної симптоматики (різко позитивні симптоми натягу, зниження рефлексів і розвиток слабкості та гіпотонії в окремих групах м'язів); підтвердження ГМХД на КТ і/або МРТ. Серед обстежених пацієнтів чоловіків було 51 (52,6 %), жінок — 46 (47,4 %); усі вони віком від 23 до 63 років (у середньому 43,5 року). Як бачимо, у більшості спостережень вік пацієнтів перевищував 40 років, що відповідає даним літератури [11]. Серед обстежених були 53 (54,6 %) працівники розумової праці, 44 (45,4 %) пацієнти займалися фізичною працею, серед яких 11 чоловіків були зай-



няті на важких, маломеханізованих роботах.

На момент госпіталізації пацієнти скаржилися на інтенсивні болі у спині, в одній з нижніх кінцівок (рідше — у двох), зниження працездатності, порушення рухів, ходи, статичності та динаміки хребта. Тривалість захворювання становила від півроку до двадцяти років. Больовий синдром характеризувався дуже інтенсивним больовим відчуттям, згідно з оцінкою за ВАШ —  $(8,8 \pm 0,1)$  бала. У більшості хворих (91 пацієнт — 93,8 %) відмічалися зміни рухового стереотипу за генералізованим типом, які супроводжувалися значним зниженням обсягу активних рухів у попереково-крижовому відділі хребта та нижніх кінцівок. Задля полегшення болю хворі приймали антальгічні пози, у тому числі в положенні сидячи або стоячи, спираючись на руки, знаходили вимушене положення у ліжку на боці або на животі. Нахили вперед і в сторони були значно обмежені або неможливі. Середній бал за шкалою JOA становив  $9,8 \pm 0,1$ , що свідчило про значне зниження функціональних можливостей опорно-рухового сегмента. Симптоми натягу відзначалися в усіх хворих, при цьому у 70 (72,2 %) пацієнтів симптом Ласега був різко позитивним (більш з'являвся при підйомі прямої ноги до  $10^\circ$ ). У 53 (54,6 %) випадках відмічався перехресний симптом Ласега.

Результати оцінки психоемоційної сфери і стану ВНС в обстеженій групі пацієнтів виявили особливості, які дозволяють виділити кілька клінічних груп. До першої групи увійшло 30 (30,9 %) хворих з ейтонічним типом вегетативної регуляції, до другої — 49 (50,5 %) пацієнтів із симпатикотонічним типом регуляції, до третьої — 18 (18,6 %) хворих із парасимпатикотонічним типом регуляції. При дослідженні вегетативної реактивності відмічалось її під-

вищення в усіх трьох групах із значним переважанням хворих з симпатикотонією, що свідчить про знижені адаптаційні можливості та вказує на необхідність корекції вегетативного дисбалансу.

Проведено анкетування з використанням шкали ZDS. З'ясовано, що, незалежно від типу вегетативної регуляції, у хворих були наявні ознаки малого епізоду депресії. Середній бал у загальній групі обстежених —  $37,6 \pm 0,8$ ; при цьому у пацієнтів із парасимпатикотонією відмічено статистично незначуща ( $P > 0,05$ ) тенденція до більш високої інтенсивності депресивних проявів. При вивченні показників ОТ і СТ в обстежених хворих отримані такі дані: показник СТ, на момент надходження до стаціонару, у середньому становив  $(32,3 \pm 0,4)$  бала, а ОТ —  $(36,6 \pm 0,5)$  бала. При цьому статистично значущої різниці між групами пацієнтів із різним нейровегетологічним статусом не виявлено ( $P > 0,05$ ). У пацієнтів із парасимпатикотонічним типом вегетативної регуляції значення показників ОТ були дещо вищі, ніж в інших клінічних групах. З другого боку, у пацієнтів із симпатикотонічним типом вегетативної регуляції більш високими були показники СТ.

Протягом 7 днів після оперативного втручання больові відчуття у кінцівках зникли у 83 пацієнтів. Оцінка інтенсивності больового синдрому за ВАШ встановила, що значення цього показника суттєво зменшилося до  $(1,4 \pm 0,2)$  бала ( $P < 0,001$ ). Розмах коливань оцінки болю — від 0,5 до 4 балів. Порушення чутливої сфери у 49 (50,5 %) пацієнтів збереглися у вигляді парестезій у зонах, відповідних корінцевій іннервації. У 41 (42,3 %) пацієнта констатувалися зони гіпостезії, але їх поширеність та інтенсивність значно зменшилися. Відповідно змінилися і показники загального самопочуття, що позначилося на резуль-

татах оцінки за шкалою JOA (табл. 1).

У цілому після проведеного хірургічного втручання у 85 (97,7 %) пацієнтів було досягнуто добрих і задовільних результатів. При вивченні особливостей вегетативного тону у хворих на 6-ту–7-му добу після мікродискектомії визначено зменшення числа пацієнтів із симпатикотонією до 31 (31,9 %) особи та з парасимпатикотонією — до 13 (13,4 %). Відповідно збільшилася кількість пацієнтів з ейтонією до 53 (54,6 %), а рівень вегетативної реактивності після оперативного лікування зберігався підвищеним.

За даними показників ОТ і СТ у прооперованих хворих, нами з'ясовані такі закономірності. Так, у пацієнтів із початково високим рівнем СТ й ОТ (28 чоловік) після оперативного лікування у 20 відбулося зниження СТ, а ОТ залишилася на доопераційному рівні. У 5 хворих відмічені риси демонстративності, зниження настрою, зосередженість на своєму самопочутті, румінації ідей щодо безперспективності подальшого лікування, схильність драматизувати ситуацію, перебільшувати значущість проблеми. Зниження ОТ відбулося тільки у 3 хворих. У пацієнтів із початково низьким рівнем СТ і нормальним або підвищеним рівнем ОТ (8 осіб) у ранньому післяопераційному періоді рівень СТ стабілізувався (6 осіб), а ОТ залишилася на доопераційному рівні. Для двох пацієнтів із низьким рівнем ОТ і СТ, який зберігся після оперативного втручання, була характерною недооцінка серйозності та значущості ситуації, недотримання режиму рухової активності й інших рекомендацій, у зв'язку з чим у них можна було очікувати рецидив больового синдрому.

Найчастіше (51 хворий) спостерігався тип реагування емоційної сфери з підвищенням рівня СТ при середніх значен-



нях ОТ до операції та зниженям показників за шкалою СТ у післяопераційному періоді, що, можливо, відбиває фізіологічну норму зміни СТ й ОТ у хворих із ГМХД. У середньому показник СТ після виконаного оперативного втручання дорівнював (26,5±0,2) бала, а ОТ — (29,7±0,3) бала. Таким чином, оперативне лікування дисконгенної корінцевої компресії позитивно позначилося на психологічному стані хворих. Ми вважаємо, що провідним фактором у цьому є суттєве зниження інтенсивності больового синдрому.

За даними катamnестичного обстеження, через 6 міс. після операції у 15 пацієнтів сформувався FBSS. Аналіз результатів клініко-неврологічного дослідження, рівня больового синдрому за ВАШ, стану ВНС, анкетних даних, рівня тривоги і депресії, отриманих у результаті дослідження цих хворих, дав можливість обчислити відносний ризик розвитку FBSS за наявності окремих клінічних показників (табл. 2). Відносний ризик дорівнює частині від одиниці, відповідно проценту зустрічальності показника у групі [12]. Якщо показник відносно-

го ризику становить менше 0,1, то критерій не є прогностично значущим. Наявність синдрому чи ознаки з найбільш наближеним до одиниці значенням відносного ризику підвищують вірогідність розвитку FBSS. Найбільш значущим, як бачимо з наведених у табл. 2 даних, є показник інтенсивності больового синдрому у ранньому післяопераційному періоді, парасимпатична стигматизація та високі рівні СТ і ОТ.

## Висновки

Для хворих із грижами міжхребцевих дисків на фоні значного больового синдрому у доопераційному періоді характерні «симпатизація» вегетативного тону та підвищення вегетативної реактивності, що свідчить про зниження адаптаційних можливостей організму. Підвищення рівня особистісної та ситуативної тривожності у доопераційному та збереження його в післяопераційному періодах, а також парасимпатична стигматизація вегетативної нервової системи, оцінка больового синдрому на шосту добу після операції більше 3 балів за візуальною аналоговою шкалою є прогностично несприятливими ознаками щодо розвитку Filed Back Surgery Syndrom.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Жданова М. П. Стан неврологічної служби України в 2006 році та перспективи розвитку / М. П. Жданова, М. В. Голубчиков, Т. С. Міщенко. — Х., 2007. — 24 с.
2. Waddell G. Back pain revolution / G. Waddell. — 2 ed. — Churchill Livingstone, 2004. — 456 p.
3. Postacchini F. Lumbar Disc Herniation / F. Postacchini. — 1 ed. — Springer, 2004. — 623 p.
4. Рябов О. В. Аналіз, прогнозування, профілактика та лікування ускладнень мікродискетомії при протрузіях і грижах поперекових міжхребцевих дисків: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.21 / О. В. Рябов. — Х., 2004. — 20 с.
5. Pain: Handbook of Clinical Neurology / eds. F. Cervero, T. S. Jensen. — Elsevier, 2006. — 944 p.

Таблиця 1  
Результати оцінки стану опорно-рухового апарату за шкалою JOA, бали, M±m

Параметр	До операції	Після операції
ВНС	0,22±0,05**	1,2±0,1**
Біль і/або парестезії в ногах	0,13±0,05**	2,3±0,1**
Хода	0,31±0,05**	2,4±0,1**
Симптоми натягу	0	1,4±0,1**
Порушення чутливості	0,80±0,06*	1,3±0,1*
Порушення руху	0,50±0,05**	1,6±0,1**
Перевертання лежачи	0,40±0,05**	1,8±0,1**
Стояння	0,70±0,05**	1,7±0,1**
Умивання	0,40±0,05**	1,8±0,1**
Нахили вперед	0,10±0,03**	1,4±0,1**
Сидіння впродовж години	—	—
Підйом або перенесення важких речей	—	—
Прогулянки пішки	0,10±0,05**	1,6±0,1**
Функція сечового міхура	6,0	6,0
Усього	9,8±0,1**	28,5±0,1**

Примітки: 1. \* — різниця вірогідна (P<0,05).  
2. \*\* — різниця високо вірогідна (P<0,01).

Таблиця 2  
Прогностичне значення окремих клінічних показників у розвитку FBSS

Показник	Кількість хворих із FBSS	Відносний ризик розвитку FBSS
Парасимпатикотонія	9 (60 %)	0,6
Симпатикотонія	5 (33,3 %)	0,3
Ейтонія	1 (6,7 %)	<0,1
Низька СТ із середнім показником ОТ	5 (33,3 %)	0,3
Висока СТ й ОТ	10 (66,7 %)	0,7
Рівень депресії за ZDS	1 (6,7 %)	<0,1
Запально-дегенеративні зміни на МРТ	5 (33,3 %)	0,3
ВАШ >3,0 балів на 6-ту добу після оперативного лікування	15 (100 %)	1,0





6. Brage S. Emotional distress as a predictor for low back disability : a prospective 12-year population-based study / S. Brage, I. Sandanger, J. F. Nygard. // Spine. — 2007. — Vol. 32 (2). — P. 269-274.

7. Кукушкин М. Л. Общая патология боли : рук. для врачей / М. Л. Кукушкин, Н. К. Хитров. — М. : Медицина, 2004. — 141 с.

8. Курако Ю. Л. Сборник методик и тестов исследования вегетативного отдела нервной системы / Ю. Л. Курако. — Одесса, 1999. — 192 с.

9. Japanese Orthopaedic Association (JOA). — Japanese Orthopaedic Association Assessment Criteria Guidelines Manual, 1996. — P. 46-49.

10. Лысенко Г. И. Проблема боли в общей врачебной практике : учеб.-метод. пособие для семейных врачей

/ Г. И. Лысенко, В. И. Ткаченко. — К. : Медкнига, 2007. — 196 с.

11. Мачерет Є. Л. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків : підручник / Є. Л. Мачерет, І. Л. Довгий, О. О. Коркушко. — К., 2006. — Т. 2. — 480 с.

12. Антамонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М. Ю. Антамонов. — К., 2006. — 568 с.

УДК 616.65-006.55-08

М. І. Ухаль, І. П. Пустовойт, Г. М. Ухаль

## ЛІКУВАННЯ ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА Й АСТЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ІЗ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Одеський державний медичний університет,  
Одеська обласна клінічна лікарня

Відомо, що у хворих із доброякісною гіперплазією передміхурової залози у 40–60% випадків розвивається мимовільне скорочення детрузора, яке нині позначається терміном «гіперактивний сечовий міхур» (ГАСМ) [1]. Розвиток ГАСМ при доброякісній гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) зумовлений інфравезикальною обструкцією, приєднанням запального процесу, порушенням кровообігу у сечовому міхурі та в детрузорі, апоптозом гладком'язових волокон детрузора [2]. Важливо також відзначити, що ГАСМ не усувається у багатьох хворих після оперативного видалення гіперплазованих тканин передміхурової залози та ліквідації механічного фактора обструкції [3]. Відомо також, що у розвитку іритативної й обструктивної симптоматики у хворих із ДГПЗ важливу роль відіграє активація  $\alpha_1$ -адренорецепторів, що розташовуються переважно у шийці сечового міхура, задній уретрі та в передміхуровій залозі [4].

Відомі способи медикаментозного лікування ГАСМ внаслідок зменшення частоти й ам-

плітуди мимовільних скорочень сечового міхура із застосуванням антихолінергічних препаратів — дриптану або тропацину [5]. Для лікування ГАСМ використовуються також блокатори  $\alpha_1$ -адренорецепторів Кардура або Омнік [6]. Недоліком цих способів є низька ефективність (до 55 %). Це пов'язано з тим, що  $\alpha_1$ -адренорецептори, на які діє Кардура, розташовуються тільки у шийці сечового міхура, передміхуровій залозі та простатичному відділі уретри. Проте розвиток ГАСМ відбувається з одночасною активацією не тільки  $\alpha_1$ -адренорецепторів, а також  $\beta$ -адренорецепторів, що локалізуються у сечовому міхурі [7; 8]. Використання лише блокаторів  $\beta$ -адренорецепторів без застосування блокатора  $\alpha_1$ -адренорецепторів може призвести до затримки сечі.

**Метою** нашої роботи є підвищення ефективності лікування гіперактивного сечового міхура й астенічного синдрому у хворих із ДГПЗ після видалення гіперплазованих тканин простати завдяки одночасному застосуванню в післяопераційно-

му періоді адренолітика Везикару, блокатора  $\alpha_1$ -адренорецепторів Омніку (Омнік Окас) і седативного фітопрепарату Персену.

### Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведені у 22 хворих із ГАСМ, що розвивався на фоні ДГПЗ. Вік досліджуваних хворих коливався від 55 до 74 років.

Усім хворим із ГАСМ, що розвивався на фоні ДГПЗ, проведено оперативне лікування. При цьому 14 пацієнтам під спинномозковою анестезією виконано трансуретральну резекцію (ТУР) гіперплазованих тканин простати, а 8 хворим — відкрите черезміхурове видалення цих тканин.

Наявність ГАСМ у хворих із ДГПЗ підтверджували результати дослідження: облік сечовипускань протягом доби, підрахунок кількості імперативних позивів, визначення середнього ефективного об'єму сечового міхура й інтервалу між сечовипусканнями; підрахунок кількості епізодів імпера-

