

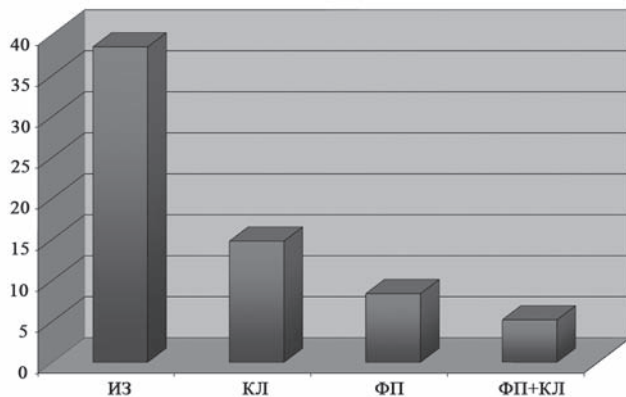


Рис. 5. Сравнительные результаты консервативного лечения, фасетопластики и их комбинации по среднему общему баллу ЦРШ боли (ИЗ — исходные значения, КЛ — консервативное лечение, ФП — фасетопластика, ФП+КЛ — их комбинация).

Fig. 5. The comparative results of conservative treatment, facet joint plasty and their combination according to average score index by NRS (ИЗ — baseline measurements, КЛ — conservative treatment, ФП — facet joint plasty, ФП+КЛ — combination of facet joint plasty and conservative treatment).

Таким образом, после фасетопластики в комбинации с консервативным лечением зона ЦРШ боли по отношению к исходному максимальному значению (80 баллов) уменьшилась на 41,6%, или на 33,3 балла (в среднем у 1 пациента), а значения основного первого критерия на 62%, или 6,2 балла. Эффективность комбинированного лечения с учетом общего исходного балла 38,5, равного 100%, составила 86,5%, а по первому критерию — 83,4% ($p < 0,01$). При сравнении эффективности комбинированного лечения с одной только операцией фасетопластики выявлена тенденция к повышению эффективности комбинированной терапии на 8,3% в отличие от только фасетопластики, а по первому критерию эффективнее на 5% ($p > 0,05$).

Перспективным является также использование метода фасетопластики при лечении сакроилеитов — воспалений подвздошно-крестцовых суставов. К настоящему времени мы имеем опыт фасетопластики при сакроилеитах у 18 пациентов. Во всех случаях был достигнут полный эффект исчезновения болевого синдрома. Поэтому ViscoPlus® также может быть рекомендован для лечения и этой часто встречающейся патологии крестцово-подвздошного сочленения.

Таким образом, метод фасетопластики с использованием препарата гиалуроновой кислоты ViscoPlus® является достаточно эффективным методом, дающим стойкий и значимый клинический эффект с полным отсутствием каких-либо осложнений.

Комментарий

Попытки лечения больных с дегенеративно-дистрофическими процессами позвоночника предпринимаются в течение уже многих десят-

Выводы

1. Транскутанная пункционная фасетопластика с эндопротезированием фасеточных суставов протезом синовиальной жидкости является эффективным методом лечения фасеточного синдрома. Её эффективность составляет 78,2%.

2. При комбинированном лечении — фасетопластике на фоне консервативной терапии — эффективность равна 86,5%.

3. Фасетопластика эффективнее консервативного лечения на 16,6%. Отличается короткой длительностью пребывания в стационаре. Операция может быть выполнена в амбулаторных условиях, экономически выгоднее длительной и значительно более дорогостоящей консервативной терапии, комфортна для пациента.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ:

Холодов Сергей Альбертович — д-р мед. наук, зав. нейрохирургическим отделением, e-mail: skholodov@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Колотов Е.Б. Рефлекторные и компрессионные синдромы спондилоартроза (диагностика и хирургическое лечение). Автореф.дисс.канд.мед.наук. Новокузнецк, 2003 г., 26 с.
2. Луцки А.А., Шмидт И.Р., Колотов Е.Б. Спондилоартроз. Новосибирск: Издатель, 2003 г., 290 с.
3. Щедрёнок В.В., Яковенко И.В., Анисеев Н.В. и соавт. Малоинвазивная хирургия дегенеративных заболеваний позвоночника. СПб. Изд-во ФГУ «РНХИ им.проф. А.Л.Поленова», 2011 г., 435 с.
4. Lipson S.J., Muir H. 1980 Volvo award in basic science: Proteoglycans in experimental intervertebral disc degeneration // Spine. Vol. 6. P. 194210.
5. Malinsky J. The ontogenic development of nerve terminations in the intervertebral disc of man // Acta Anat. 1959. Vol. 38. P. 96113.
6. Pearce R.H., Grimmer B.J., Adams M.E. Degeneration and the chemical composition of the human lumbar intervertebral disc // J. Orthop. Res. 1987. Vol. 5. P. 198205.
7. Schwamm H. Pathophysiology of Normal and Degenerated Intervertebral Disc/In: Arthroscopic Microdiscectomy. Baltimore. USA. 1991. P. 3132.
8. Stevens R.L., Ryvar R., Robertson W.R. et. al. Biological changes in the annulus fibrosus in patients with low-back pain // Spine. 1982. Vol. P. 223233.
9. Van Goethem J.W.M. Spinal imaging. Diagnostic imaging of the spine and Spinal Cord. Berlin; Heidelberg; New York, 2007, 604 с.
10. Yoshimi T., Kikuchi T., Obara T. et. al. Effects of hydromolecular-weight sodium hyaluronate on experimental osteoarthritis induced by the resection on rabbit anterior cruciate ligament. Clin Orthop. 1994; 298: 296-304.
11. Yoshioka M., Shimizu C., Harwood F.L. et. al. The effects of hyaluronan during the development of osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 1997; 5: 251-260.
12. Yoshizawa H., O'Brien J.P., Smith W.T. et. al. The neuropathology of intervertebral disc removed for low back pain // J. Pathol. 1980/ Vol. 132. P. 95104.

ков лет. Появляются новые методы лечения, как хирургические, так и нехирургические. Однако больных не становится меньше. Из множества

новых методов лечения со временем остаются наиболее эффективные. В консервативном лечении ведущее место десятки лет занимают нестероидные и стероидные противовоспалительные средства, в хирургии — декомпрессия структур позвоночного канала и стабилизация (спондилодез, артродез) позвоночных сегментов. Сущность не меняется, меняются препараты — появляются более очищенные, более селективные с меньшим количеством побочных эффектов — это в консервативном лечении. В хирургии все сводится к уменьшению хирургической травмы (минимально-инвазивные технологии) и к появлению физических методов обезболивания (денервация суставов). Но суть не меняется. Ибо болезни позвоночника — это болезнь образа жизни человека с учетом особенностей генетической составляющей соединительной и костной ткани, вида трудовой деятельности, питания, массы тела больного и т.д. Появление любого нового метода лечения должно иметь логическое обоснование с учетом физических, химических и биомеханических процессов, происходящих в организме. Описанный метод лечения дегенерации фасеточных суставов с введением в полость сустава гиалуроновой кислоты меня не убедил. Если только принять на веру.

Что происходит и из-за чего происходит в фасеточном суставе в процессе жизни человека? Ввиду избыточной нагрузки на позвоночник, когда окружающие его мышцы с ними не справляются (гиподинамия, избыточная масса тела, слабые мышцы) — увеличивается давление на межпозвонковые суставы и диски. И это происходит много лет, порой не один десяток. Суставы разрушаются от механической нагрузки, и в ряде случаев идет аутоиммунный процесс их разрушения. Суставная капсула перерастягивается, дегенерирует и гипертрофируется. Суставные поверхности оголяются и т.д. По описанной автором (а точнее фирмой-производителем) технологии — капсулу сустава пунктируют и вводят в полость сустава гиалуроновую кислоту. Я далек от мысли, что она раздвигает фасетки и способствует их скольжению и уменьшению на них нагрузки, т.к. нагрузки на позвоночный столб эта процедура не снижает (не делает человека более легким, не заставляет его сидеть, сохраняя поясничный лордоз, не меняет его образ жизни). Более того, авторы пишут о трехкратном прокалывании суставной фасетки, но не сообщают, почему ги-

алуоновая кислота при этом не вытекает из полости сустава?

Еще более загадочной является продолжительность эффекта от введения этой кислоты — длительностью до года. Кислота обладает сильным обезболивающим местным или системным действием? Каков механизм анальгезии в этом случае? Если эта кислота способствует регенерации хряща, поступлению в полость сустава питательных веществ, кислорода — т.е. усилению метаболизма в суставе, то это можно объяснить только исключительными терапевтическими свойствами этой кислоты и ее мощным стимулирующим действием на ангиогенез (иначе как питательные вещества и кислород будут попадать в дегенерировавший ранее сустав) и пролиферацию хрящевой ткани. Вот этот механизм хотелось бы узнать подробнее и с гистологическим подтверждением (не от автора, от фирмы). Я с трудом представляю, как может помочь эта процедура пациенту с фасеточным синдромом и при весе 120–150 кг, или спортсмену, поднимающему штангу.

Интересно сравнить группу больных с фасеточным синдромом, которые пойдут заниматься фитнесом (закачивать мышцы спины и брюшного пресса), снизят свой вес, будут плавать, много двигаться и регулярно делать массаж мышц спины и конечностей, с группой пациентов, которым вводили гиалуроновую кислоту и проводили консервативное лечение.

Вероятно, у очень ограниченного контингента пациентов эта процедура может иметь некий эффект. Необходимо оценить эффект плацебо (например, набрать группу больных, которым будут вводить в сустав физиологический раствор). Нужны очень строгие критерии отбора больных и не только по клиническим признакам, но и по данным лучевых методов диагностики (сохранность фасеток и хряща, капсулы суставов). Необходимо оценивать вес больного и образ жизни. Необходима доказательная база (например, МРТ фасеток на высокопольном аппарате до и после введения гиалуроновой кислоты в день выполнения процедуры, через 10 дней, через три месяца и через год). Этот метод лечения требует дальнейшего изучения, накопления опыта, и лет через 10–15 мы сможем более объективно оценить его вклад в лечение пациентов с болями в спине.

А.А. Гринь (Москва)