

*Посохов М. Ф., Кутувий І. О., Полях І. О., Бровко В. С.*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)*

### **Обґрунтування алгоритму нейрохірургічного лікування хворих на поперекові дорсопатії з тяжким больовим синдромом**

**Актуальність.** Останнім часом кількість пацієнтів, що мають дегенеративні захворювання хребта, котрі супроводжуються інтенсивним болем та неврологічними порушеннями, невпинно зростає та перевищує за кількістю звернень до лікарів первинної ланки кількість пацієнтів із серцево-судинною та бронхолегеневою патологією.

**Мета дослідження:** проаналізувати найближчі результати хірургічного лікування пацієнтів з поперековою дорсопатією для розробки алгоритму диференційованого вибору способу нейрохірургічного лікування.

**Матеріали та методи.** На базі відділення функціональної нейрохірургії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» в період з 03.01.2019 р. до 07.02.2022 р. обстежено та проліковано 165 пацієнтів, із них жінок — 92 (55,76 %), чоловіків — 73 (44,24 %). Пацієнти були віком від 23 до 83 років, середній вік становив  $49,39 \pm 14,42$  роки. Всі пацієнти пройшли комплексне обстеження, яке включало неврологічне, загальноклінічне, нейровізуалізаційне (МРТ, КТ). Вираженість больового синдрому оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) до та після лікування.

**Результати.** Обстеженим хворим загалом проведено 189 інтервенцій, із них двічі оперовані — 14 (8,48 %), тричі — 5 (3,03 %). За типом втручання хворі поділені на чотири групи: I група — рентгенконтрольований радикалоепідуроліз (РКРЕ) — 16 (8,47 %) втручань; II група — інтерламінарна катетеризація епідурального простору за Рацем (ІЛКЕПР) з ціллю адгезіолізу — 75 (39,68 %) втручань; III група — оперативні втручання декомпресивного характеру (мікродискектомія — МДЕ) — 82 (43,39 %);

IV група — оперативні втручання декомпресивно-стабілізуючого характеру (ламінектомія з транспедикулярною фіксацією хребта — ЛЕЗТПФХ, TLIF, PLIF) — 16 (8,47 %).

Вираженість больового синдрому (БС) за ВАШ в I групі спостережень до інтервенцій була від 5,1 до 8,9 (в середньому —  $6,38 \pm 1,02$ ) бали (1 см = 1 бал), а після інтервенції перед випискою із стаціонару — від 1,0 до 7,1 ( $2,63 \pm 1,82$ ) бали. У зв'язку з неефективністю або недостатньою ефективністю РКРЕ в подальшому 4 (25,00 %) пацієнтам були запропоновані і виконані більш радикальніше методики хірургічного лікування: ІЛКЕПР (1 спостереження), МДЕ (1), ЛЕЗТПФХ (2).

Вираженість БС в II групі до інтервенції була від 5 до 8 ( $6,24 \pm 0,73$ ), а після — від 1,2 до 7,0 ( $2,63 \pm 1,82$ ). У зв'язку з неефективністю або недостатньою ефективністю ІЛКЕПР в 4 (5,33 %) випадках виконано РКРЕ, ще в 4 (5,33 %) випадках проведено повторно ІЛКЕПР, в 1 (1,33 %) — МДЕ, а в 3 (4,00 %) — ЛЕЗТПФХ.

Вираженість БС в III групі за ВАШ до інтервенції була від 6 до 10 ( $7,51 \pm 0,72$ ), а після — від 1,0 до 9,0 ( $1,93 \pm 1,05$ ). В подальшому 6 пацієнтам (7,32 %) виконані ІЛКЕПР (5) та ЛЕЗТПФХ (1).

Вираженість БС в IV групі за ВАШ до інтервенції була від 5 до 10 ( $7,25 \pm 1,18$ ), а після — від 1,0 до 4,1 ( $2,19 \pm 0,83$ ). Одному пацієнту цієї групи в подальшому виконано РКРЕ.

**Висновок.** На ґрунті отриманих даних створено алгоритм, який дає можливість покрокового лікування пацієнтів на основі виявлення деяких ознак захворювання, що може спростити відбір пацієнтів для лікування.