

А. А. Кондрашов, Н. Е. Полищук

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

Одесский государственный медицинский университет

Эффективность эпидурального введения местного анестетика бупивакаина с дипроспаном или без него в лечении хронических болей в нижней части спины (НЧС) и нижних конечностях у больных с фораминальными грыжами межпозвонковых (м/п) дисков поясничного отдела позвоночника и корешковым синдромом исследована у 46 пациентов. Больные разделены на 2 группы: группа 1 (28 пациентов) получала эпидурально местный анестетик бупивакаин 0,5%-й раствор 8 мл + 2 мл физиологического раствора, группа 2 (28 пациентов) получала местный анестетик бупивакаин 0,5%-й 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 интенсивности боли.

При обращении интенсивность боли в обеих группах была весьма высокой: $8,00 \pm 0,81$ в группе бупивакаина и $8,10 \pm 1,77$ в группе бупивакаин + стероиды. После эпидуральной блокады в обеих группах интенсивность боли статистически достоверно ($P < 0,05$) уменьшалась до $3,1 \pm 0,8$ в первой группе и $2,80 \pm 0,95$ во второй группе. В процессе терапии мы отметили тенденцию к уменьшению интенсивности боли в обеих группах через 3 мес.: $3,00 \pm 1,88$ в первой и $3,00 \pm 1,49$ во второй группе. Далее в процессе терапии интенсивность боли продолжала уменьшаться и через 6 мес. составила $2,80 \pm 1,33$ в первой группе и $2,9 \pm 0,7$ во второй, а через 12 мес. интенсивность боли в первой группе снизилась до $2,70 \pm 1,19$ и до $2,80 \pm 1,04$ во второй группе. На всех этапах наблюдения уменьшение интенсивности боли в обеих группах было статистически достоверным по сравнению с исходным уровнем. Однако между группами статистически достоверного отличия не наблюдалось.

Следует отметить, что наибольшее снижение интенсивности боли отмечено у пациентов с широким позвоночным каналом (более 13 мм) и секвестрами малого размера (менее

7 мм в наибольшем измерении). Так, у пациентов первой группы с широким каналом позвоночника через 1 нед. после эпидуральной блокады боль уменьшилась до $2,80 \pm 0,56$, через 3 мес. — до $2,60 \pm 0,76$, продолжая снижаться, через 6 мес. — $2,40 \pm 0,57$ и $2,20 \pm 0,48$ — через 12 мес. после начала терапии. Наибольшая интенсивность боли среди пациентов первой группы отмечена у больных с минимальной шириной канала и максимальными размерами секвестра. При обращении интенсивность боли у пациентов с диаметром канала позвоночника до 13 мм составила $8,40 \pm 1,36$, через 1 нед. после эпидуральной блокады уменьшилась до $3,4 \pm 1,0$ с последующей тенденцией к дальнейшему снижению: $3,20 \pm 0,91$ через 3 мес., $2,90 \pm 0,77$ через 6 мес. и $2,80 \pm 1,12$ через 12 мес. после начала терапии.

Аналогичными были результаты среди пациентов первой группы с большими секвестрами. Интенсивность боли через 1 нед. после эпидуральной блокады у них уменьшилась с $7,40 \pm 1,18$ до $2,90 \pm 0,69$ ($P < 0,05$). В дальнейшем интенсивность боли у пациентов данной группы продолжала уменьшаться, составил $2,40 \pm 0,91$ через 3 мес., $2,10 \pm 0,83$ через 6 мес. и $2,20 \pm 0,94$ через 12 мес. после начала терапии.

Во второй группе динамика интенсивности боли в процессе



терапии мало отличалась от таковой у пациентов первой группы. Наиболее эффективной эпидуральная инъекция стероидов оказалась у пациентов с минимальными размерами секв-

стра (до 7 мм). Через 1 нед. после эпидуральной блокады интенсивность боли у этой группы пациентов уменьшилась с $7,80 \pm 1,15$ в исходном уровне до $2,60 \pm 0,57$. Далее интенсивность

боли стабилизировалась и мало изменилась в процессе лечения.

У пациентов второй группы с широким каналом показатели интенсивности боли составили $7,90 \pm 1,15$ при обращении, через 1 нед. после эпидуральной блокады интенсивность боли статистически достоверно ($P < 0,05$) уменьшилась до $2,70 \pm 0,59$ и далее мало менялась в процессе лечения. Следует отметить, что на протяжении всего курса терапии интенсивность боли была статистически достоверно ниже исходного уровня.

Среди пациентов с узким каналом интенсивность боли была несколько выше. Так, через 1 нед. после эпидурального введения стероидов показатели ВАШ составили $2,90 \pm 0,47$ против $8,20 \pm 1,78$ при обращении. Далее в процессе лечения отмечались некоторые колебания интенсивности боли: $3,10 \pm 0,55$ через 3 мес., $2,90 \pm 0,63$ через 6 мес. и через 12 мес. интенсивность боли не изменилась. Все показатели статистически достоверно ниже по сравнению с исходными.

Несколько выше были показатели ВАШ у пациентов с секвестрами 7 мм и более. При обращении больные этой группы жаловались на выраженные боли — $8,40 \pm 1,76$, боль значительно уменьшилась после эпидурального введения стероидов и составила $3,00 \pm 0,68$ уже через 1 нед., через 3 мес. показатели ВАШ составили $3,10 \pm 0,92$, а через 6 — $3,00 \pm 0,73$.

Исходные демографические данные и клинические характеристики пациентов

Таблица 1

Показатели	Группа 1, n=22	Группа 2, n=24	P (между группами)
Пол			
Мужчины	11 (50 %)	11 (46 %)	0,899
Женщины	11 (50 %)	13 (54 %)	
Возраст, среднее \pm SD	$52,60 \pm 11,86$	$54,50 \pm 12,97$	0,850
Масса, среднее \pm SD	$81,00 \pm 15,26$	$79,40 \pm 12,61$	0,847
Рост, среднее \pm SD	$170,00 \pm 9,67$	$169,72 \pm 10,03$	0,837
Продолжительность боли, среднее \pm SD	$84,10 \pm 80,74$	$89,80 \pm 71,48$	0,890
Диаметр канала < 13 мм, число пациентов	8	9	0,886
Диаметр канала > 13 мм, число пациентов	14	15	0,772
P-р секвестра < 7 мм, число пациентов	11	11	0,879
P-р секвестра > 7 мм, число пациентов	11	13	0,792
Начало боли			
Постепенное	7 (32 %)	8 (54 %)	0,787
Внезапное	15 (68 %)	16 (46 %)	
Распределение боли			
Двустороннее	6 (27 %)	7 (29 %)	0,877
Справа или слева	16 (73 %)	17 (71 %)	
Распределение боли на нижней конечности			
Двустороннее	6 (27 %)	7 (29 %)	0,687
Справа или слева	16 (73 %)	17 (71 %)	
ВАШ, среднее \pm SD	$8,40 \pm 1,34$	$8,20 \pm 1,56$	0,913
ODI, среднее \pm SD	$32,60 \pm 5,59$	$31,50 \pm 6,37$	0,867

Показатели визуальной аналоговой шкалы на этапах исследования

Таблица 2

Показатели в группах	Исходный уровень	1 нед.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
Группа 1, n=22	$8,00 \pm 0,81$	$3,1 \pm 0,8^*$	$3,00 \pm 1,88^*$	$2,80 \pm 1,33^*$	$2,70 \pm 1,19^*$
Диаметр канала < 13 мм, n=8	$8,40 \pm 1,36$	$3,4 \pm 1,0^*$	$3,20 \pm 0,91^*$	$2,90 \pm 0,77$	$2,80 \pm 1,12^*$
Диаметр канала > 13 мм, n=14	$7,80 \pm 1,15$	$2,80 \pm 0,56^*$	$2,60 \pm 0,76^*$	$2,40 \pm 0,57^*$	$2,20 \pm 0,48^*$
P-р секвестра < 7 мм, n=11	$7,40 \pm 1,18$	$2,90 \pm 0,69^*$	$2,40 \pm 0,91^*$	$2,10 \pm 0,83^*$	$2,20 \pm 0,94^*$
P-р секвестра > 7 мм, n=11	$8,2 \pm 2,1$	$3,10 \pm 0,77^*$	$3,20 \pm 0,99^*$	$2,90 \pm 0,74^*$	$2,80 \pm 0,65^*$
Группа 2, n=24	$8,10 \pm 1,77$	$2,80 \pm 0,95^*$	$3,00 \pm 1,49^*$	$2,90 \pm 0,70^*$	$2,80 \pm 1,04^*$
Диаметр канала < 13 мм, n=9	$8,20 \pm 1,78$	$2,90 \pm 0,47^*$	$3,10 \pm 0,55^*$	$2,90 \pm 0,63^*$	$2,90 \pm 0,71^*$
Диаметр канала > 13 мм, n=15	$7,90 \pm 1,15$	$2,70 \pm 0,59^*$	$2,80 \pm 0,93^*$	$2,80 \pm 1,04^*$	$2,60 \pm 0,83^*$
P-р секвестра < 7 мм, n=11	$7,80 \pm 1,15$	$2,60 \pm 0,57^*$	$2,7 \pm 1,1^*$	$2,80 \pm 0,69^*$	$2,70 \pm 0,59^*$
P-р секвестра > 7 мм, n=13	$8,40 \pm 1,76$	$3,00 \pm 0,68^*$	$3,10 \pm 0,92^*$	$3,00 \pm 0,73^*$	$2,90 \pm 0,47^*$

Примечание. * — статистически достоверное различие по сравнению с исходным уровнем (среднее \pm SD).



За последующие 6 мес. интенсивность боли уменьшилась до $2,90 \pm 0,47$, что статистически достоверно ($P < 0,05$) ниже по сравнению с исходным уровнем.

Значительное (более 50 %) уменьшение интенсивности боли у пациентов с осложненными м/п грыжами отмечено во всех исследуемых группах (табл. 3). Однако у пациентов с широким позвоночным каналом и малыми размерами секвестра значительное уменьшение интенсивности боли наблюдалось чаще. Так, среди пациентов с широким каналом значительное уменьшение интенсивности боли отмечено в 35,7 % через 1 нед. после эпидуральной блокады и в 57 % случаев через 12 мес. после начала терапии. В то же время, значительное уменьшение интенсивности боли у пациентов с малыми размерами секвестра данной группы составило 36 % через 1 нед., затем возросло до

54 % через 3 мес., до 64 % — через 6 мес. и до 72 % — через 12 мес. после начала терапии.

Среди пациентов с узким каналом, получивших бупивакаин, показатели ВАШ не были столь обнадеживающими. Так, через 1 нед. значительное уменьшение интенсивности боли отмечено у 37,5 % с последующей положительной динамикой до 50 % через 6 и 12 мес.

Аналогичная динамика значительного уменьшения интенсивности боли наблюдалась и среди пациентов с большим секвестром. Колебания составили от 31 % на начальных этапах терапии до 46 % в конце наблюдения.

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 первой группы функциональное состояние по шкале ODI составило в исходном уровне ($29,20 \pm 4,67$) балла. После эпидуральной блокады отмечено статистически достоверное снижение ODI до ($19,40 \pm 1,67$) балла, через 3 мес. — ($19,10 \pm 3,37$), через 6 мес. — ($18,70 \pm 2,73$) балла и через 12 мес. — ($17,50 \pm 4,79$) балла. Все показатели были статистически достоверно ниже исходных.

Анализируя динамику функционального состояния пациентов в зависимости от диаметра канала позвоночника и размера секвестра, следует отметить, что функциональное состояние пациентов первой группы восстанавливалось постепенно. Наилучшими были показатели среди пациентов с широким позвоночным каналом и минимальными размерами секвестра. Так, у больных с широким каналом через 1 нед. после эпидуральной блокады показатели ODI составили $18,20 \pm 0,98$ против $26,70 \pm 2,11$ в исходном уровне. В дальнейшем отмечалась положительная динамика: $18,00 \pm 1,49$ через 3 мес., $17,80 \pm 1,37$ через 6 мес. и $16,10 \pm 1,15$ через 12 мес. после начала лечения.

Аналогичными были показатели функционального состояния у больных с минимальными

Иллюстрация значительного уменьшения интенсивности боли (> 50 %) на этапах исследования, абс. (%)

Показатели в группах	1 нед.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
Группа 1, n=22	9 (40)	10 (45)	11 (50)	11 (50)
Диаметр канала < 13 мм, n=8	3 (37,5)	3 (37,5)	4 (50)	4 (50)
Диаметр канала > 13 мм, n=14	5 (35,7)	6 (43)	7 (50)	8 (57)
Р-р секвестра < 7 мм, n=11	4 (36)	6 (54)	7 (64)	8 (72)
Р-р секвестра > 7 мм, n=11	3 (27)	3 (27)	5 (45)	5 (45)
Группа 2, n=24	8 (33)	8 (33)	11 (46)	12 (50)
Диаметр канала < 13 мм, n=9	3 (33)	3 (33)	3 (33)	3 (33)
Диаметр канала > 13 мм, n=15	6 (40)	7 (47)	7 (47)	8 (53)
Р-р секвестра < 7 мм, n=11	4 (36)	4 (36)	4 (36)	4 (36)
Р-р секвестра > 7 мм, n=13	4 (31)	4 (31)	4 (31)	6 (46)

Таблица 3

Динамика ODI у пациентов в процессе лечения

Показатели в группах	Исходный уровень	1 нед.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
Группа 1, n=22	$29,20 \pm 4,67$	$19,40 \pm 1,67^*$	$19,10 \pm 3,37^*$	$18,70 \pm 2,73^*$	$17,50 \pm 4,79^*$
Диаметр канала < 13 мм, n=8	$32,40 \pm 3,97$	$21,10 \pm 2,17^*$	$20,90 \pm 1,68^*$	$20,10 \pm 1,35^*$	$19,40 \pm 1,07^*$
Диаметр канала > 13 мм, n=14	$26,70 \pm 2,11$	$18,20 \pm 0,98^*$	$18,00 \pm 1,49^*$	$17,80 \pm 1,37^*$	$16,10 \pm 1,15^*$
Р-р секвестра < 7 мм, n=11	$24,50 \pm 2,21$	$17,10 \pm 1,08^*$	$17,40 \pm 1,12^*$	$17,00 \pm 1,71^*$	$16,40 \pm 1,54$
Р-р секвестра > 7 мм, n=11	$33,10 \pm 2,87$	$20,4 \pm 2,1^*$	$21,00 \pm 1,76^*$	$20,00 \pm 2,05^*$	$18,20 \pm 1,76^*$
Группа 2, n=24	$30,00 \pm 4,32$	$19,4 \pm 1,8^*$	$18,80 \pm 6,29^*$	$18,20 \pm 6,29^*$	$17,40 \pm 6,38^*$
Диаметр канала < 13 мм, n=9	$31,10 \pm 2,79$	$20,90 \pm 2,03^*$	$20,10 \pm 1,76^*$	$19,80 \pm 1,71^*$	$18,20 \pm 2,03^*$
Диаметр канала > 13 мм, n=15	$27,10 \pm 2,54$	$17,40 \pm 1,06^*$	$17,00 \pm 2,06^*$	$16,40 \pm 1,13^*$	$16,00 \pm 0,97^*$
Р-р секвестра < 7 мм, n=11	$26,20 \pm 2,12$	$18,00 \pm 1,17^*$	$17,80 \pm 1,57^*$	$17,40 \pm 0,94^*$	$16,80 \pm 1,11^*$
Р-р секвестра > 7 мм, n=13	$32,40 \pm 2,79$	$21,10 \pm 2,17^*$	$20,60 \pm 1,76^*$	$19,10 \pm 1,15^*$	$18,60 \pm 0,75^*$

Таблица 4

Примечание. * — указывает на статистически достоверное различие по сравнению с исходным уровнем.



секвестрами: $24,50 \pm 2,21$ при обращении, после эпидуральной блокады показатели ODI снизились до $17,10 \pm 1,08$ ($P < 0,05$). Дальнейшая динамика функционального состояния имела тенденцию к улучшению: $17,40 \pm 1,12$ через 3 мес., $17,00 \pm 1,71$ через 6 мес. и через 12 мес. после начала терапии показатели ODI составили ($16,40 \pm 1,54$) балла. На всех этапах лечения показатели ODI были статистически достоверно ниже ($P < 0,05$) исходных значений.

У пациентов второй группы динамика восстановления функционального состояния была аналогичной. После эпидуральной блокады показатель ODI снизился до $19,4 \pm 1,8$, через 3 мес. он составил $18,80 \pm 6,29$, через 6 мес. — $18,20 \pm 6,29$ и через 12 мес. — ($17,40 \pm 6,38$) балла.

Максимальное восстановление функционального состояния отмечено в обеих группах у пациентов с широким каналом позвоночника и минимальными размерами секвестра. Показатели ODI у этих пациентов второй группы колебались от $16,00 \pm 0,97$ до $17,40 \pm 1,06$ на этапах исследования, что мало влияло на их образ жизни.

Функциональное состояние пациентов второй группы с узким каналом позвоночника и большими секвестрами (более 7 мм) восстанавливалось в меньшей мере и колебалось от $18,20 \pm 2,03$ до $21,10 \pm 2,17$, что статистически достоверно ($P < 0,05$) ниже исходного значения.

Снижение ODI на 40 % и более отмечено у 45 % пациентов (первая группа) и у 42 % больных во второй группе (табл. 5). Максимальное снижение отмечено у пациентов с широким каналом позвоночника и минимальными размерами секвестров. Не выявлено статистически достоверного сни-

жения между группами на этапах исследования.

Отношение к работе

В момент обращения среди пациентов первой группы полный рабочий день были заняты 3 больных, на больничном листе находились 14 пациентов, а 5 человек были нетрудоустроенными (домохозяйки — 2, пенсионеры — 3). Через 1 нед. после эпидуральной блокады приступили к работе в течение полного рабочего дня 6 пациентов, а на больничном листе оставалось 11 больных. Через 3 мес. к работе вернулись все трудоустроенные пациенты.

Аналогичная динамика наблюдалась и во второй группе (табл. 6). Через 1 нед. после эпидурального введения стероидов 10 пациентов работали полный рабочий день, а 9 продолжали оставаться на больничном листе, а через 3 мес. все трудоустроенные пациенты приступили к работе.

Прием анальгетиков

В процессе лечения мы рекомендовали нашим пациентам в качестве анальгетика препарат кетанов, не оказывающий существенных побочных действий. Его примерная анальгетическая активность: 30 мг кетанова, введенного в/м, приравнивается к 12 мг морфина, также введенного в/м.

До эпидуральной блокады пациенты первой группы принимали в среднем ($51,2 \pm 4,3$) мг кетанова (табл. 7), через 1 нед. после блокады доза статистически достоверно снизилась до $15,80 \pm 0,13$, а через 3 мес. стабилизировалась на уровне ($14,7 \pm 2,8$) мг, практически не меняясь в процессе дальнейшего наблюдения (($14,9 \pm 1,5$) мг через 6 мес. и ($14,8 \pm 1,1$) мг через 12 мес.). Снижение дозы кетанова на всех этапах наблюдения было статистически достоверным ($P < 0,05$).

Аналогичная динамика отмечалась и среди пациентов

Таблица 5
Снижение ODI > 40 % от исходного уровня, абс. (%)

Показатели в группах	1 нед.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
Первая, n=22	8 (36)	8 (36)	9 (41)	10 (45)
Диаметр канала < 13 мм, n=8	2 (25)	3 (37)	3 (37)	4 (50)
Диаметр канала > 13 мм, n=14	6 (43)	6 (43)	6 (43)	7 (50)
Р-р секвестра < 7 мм, n=11	5 (45)	5 (45)	5 (45)	6 (55)
Р-р секвестра > 7 мм, n=11	3 (27)	3 (27)	3 (27)	5 (45)
Вторая, n=24	8 (33)	8 (33)	9 (38)	10 (42)
Диаметр канала < 13 мм, n=9	3 (33)	3 (33)	4 (44)	5 (56)
Диаметр канала > 13 мм, n=15	6 (40)	6 (40)	6 (40)	7 (47)
Р-р секвестра < 7 мм, n=11	4 (36)	4 (36)	4 (36)	5 (45)
Р-р секвестра > 7 мм, n=13	4 (31)	4 (31)	4 (31)	6 (46)

Таблица 6

Отношение к работе

Статус	Первая группа					Вторая группа				
	Исходный уровень	1 нед.	3 мес.	6 мес.	12 мес.	Исходный уровень	1 нед.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
Полный день	3	6	17	17	17	4	10	19	19	19
Больничный лист	14	11	0	0	0	15	9	0	0	0
Домохозяйки	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Пенсионеры	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4
Всего пациентов	22	22	22	22	22	24	24	24	24	24



Таблица 7

Прием анальгетика кетанова, мг

Группа	Прием кетанова, мг				
	Исходный уровень	1 нед.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
Первая, n=42, среднее ± SD, мг	51,2±4,3	15,80±0,13	14,7±2,8	14,9±1,5	14,8±1,1
Вторая, n=42, среднее ± SD, мг	49,8±3,9	15,50±0,58	14,9±1,5	14,7±1,0	14,4±1,3
P (между группами)	0,810	0,92	0,912	0,886	0,879

второй группы. Через 1 нед. после эпидуральной блокады пациенты второй группы принимали (15,80±0,58) мг препарата, через 3 мес. — (14,9±1,5) мг, через 6 мес. — (14,7±1,0) мг, а через 12 мес. — (14,4±1,3) мг. Следует отметить, что и в первой, и во второй группах пациенты с широким каналом и малыми секвестрами принимали кетанов в весьма низких дозах и нерегулярно, в то время как пациенты с узким каналом позвоночника и большими секвестрами продолжали прием препарата в течение всего времени наблюдения. Именно эти пациенты и определили статистические дозы приема кетанова в процессе наблюдения.

Осложнения

В процессе выполнения эпидуральных блокад и последующего наблюдения осложнений у пациентов обеих групп не наблюдалось.

Характеристика манипуляций

Анализируя количество эпидуральных блокад, выполненных в каждой группе, следует отметить, что общее количество эпидуральных инъекций в первой группе составило 5,21±1,43, а во второй группе — 4,75±0,27 (табл. 8). Статистически достоверного различия между группами не выявлено. Пациентам первой группы с широким каналом позвоночника выполнено (3,400±0,342) блокады за 12 мес., что статистически достоверно (P<0,05) меньше среднего ко-

личества блокад по группе — 5,21±1,43. Больным с малыми секвестрами также выполнено статистически достоверно (P<0,05) меньше блокад по сравнению со средним их количеством по группе.

Пациентам с узким каналом позвоночника и большими секвестрами выполнено соответственно (6,8±1,2) и (6,70±0,88) блокад за 12 мес., что статистически достоверно больше, чем пациентам с широким каналом и большим секвестром.

Аналогичная картина наблюдалась и среди пациентов второй группы.

Минимальное количество блокад — 3,30±0,74 и 3,20±0,94 — выполнено пациентам с широким каналом и малыми секвестрами, в то время как больным с узким каналом и большим секвестром выполнено (5,70±0,57) и (6,80±0,54) блокад за 12 мес. Различия между

этим подгруппами статистически достоверно (P<0,05).

В первой группе было оперировано 12 пациентов, консервативная терапия которых была недостаточно эффективной. Во второй группе было оперировано 13 пациентов.

Изменения в массе тела

Не выявлено статистически достоверных колебаний массы тела по сравнению с исходным уровнем (табл. 9).

Анализ показателей массы тела пациентов не выявил различий между группами (см. табл. 9).

Дискуссия

Проведенное исследование выявило уменьшение интенсивности боли после выполнения эпидурального введения бупивакаина и сочетания бупивакаина с дипроспаном у пациентов с грыжами м/п дисков, осложненных секвестрированием. Статистически достоверного различия между исследуемыми группами не выявлено. Наиболее эффективной терапия оказалась у пациентов с широким каналом позвоночника (> 13 мм) и малыми секвестрами (< 7 мм).

Выявлено значительное статистически достоверное различие в количестве процедур между пациентами с широким и узким позвоночным каналом, а также между больными с большими и малыми секвестрами.

Таблица 8

Характеристика манипуляций

Показатели в группах	Количество инъекций за 12 мес.	Количество оперированных больных
Первая, n=22	5,21±1,43	12
Диаметр канала < 13 мм, n=8	6,8±1,2	3
Диаметр канала > 13 мм, n=14	3,400±0,342*	1
P-р секвестра < 7 мм, n=11	3,70±0,47*	2
P-р секвестра > 7 мм, n=11	6,70±0,88	6
Вторая, n=24	4,75±0,27	13
Диаметр канала < 13 мм, n=9	5,70±0,57	3
Диаметр канала > 13 мм, n=15	3,30±0,74*	2
P-р секвестра < 7 мм, n=11	3,20±0,94*	2
P-р секвестра > 7 мм, n=13	6,80±0,54	6

Примечание. * — статистически достоверное (P<0,05) различие между подгруппами.



Таблиця 9

Динамика маси тела пацієнтів за період терапії

Показатель	Група, середнє ± SD		P
	Первая, n=22,	Вторая, n=24,	
Исходная масса, кг	78,94±19,26	76,75±19,54	0,865
Масса через 1 год, кг	79,95±22,99	79,33±14,73	0,964
Динамика массы, кг	1,01±3,62	2,58±3,96	0,065
Пациенты, потерявшие в массе, абс. (%)	10 (45)	11 (46)	0,818
Пациенты, набравшие массу, абс. (%)	5 (22)	3 (12,5)	
Пациенты без динамики массы, абс. (%)	7 (32)	10 (42)	

Роботоспособність статистически достовірно підвисилась в обоєх групах.

Как показано в настоящем исследовании, эпидуральные инъекции как со стероидами, так и без них обеспечивают эффективную аналгезию и высокую функциональную активность пациентам с широким каналом и малыми секвестрами. Пациен-

ты с такой патологией требуют в среднем 4–5 эпидуральных инъекций в год для обеспечения качественной аналгезии и приемлемого функционального состояния, позволяющего вести обычный образ жизни.

Иная ситуация наблюдалась среди пациентов с узким каналом и большими секвестрами. Эти пациенты получили наи-

большее количество эпидуральных инъекций с наименьшим эффектом. В конечном счете, большинство пациентов с данной патологией было оперировано. На этом основании мы считаем, что пациентам с узким каналом позвоночника и/или большими размерами секвестра следует предлагать оперативное лечение после установления диагноза. Эпидуральные блокады для таких пациентов могут служить лишь симптоматической терапией.

В заключение следует отметить, что проведенное исследование демонстрирует эффективность данного метода терапии у пациентов с широким каналом и малыми секвестрами, который может быть рекомендован как терапевтический метод, обеспечивающий аналгезию, функциональную активность и работоспособность и требующий 3–5 эпизодов терапии в течение года.

УДК 616.89-085.214:577.15

В. Г. Шутурмінський, Л. С. Кравченко, О. В. Татаріна, С. В. Щербаков

ВИЗНАЧЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОТРОПНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ФУНКЦІОНАЛЬНУ АКТИВНІСТЬ СЛИННИХ ЗАЛОЗ У ЕКСПЕРИМЕНТІ

Одеський державний медичний університет

Актуальність теми

Утворення та виділення слини є складним і багатоетапним процесом, у якому беруть участь не тільки залозисті клітини ацинусів, але й клітини стінок вивідних проток. Слиновидільна функція контролюється нервовим і гормональним механізмами [1; 2].

Однією з основних причин порушення слиновиділення і, як наслідок, виникнення сухості порожнини рота, ксеростомії є прийом медикаментозних препаратів. Побічна дія лікарських засобів у вигляді сухості порож-

нини рота відмічається у багатьох пацієнтів, що потребують протезування [3; 4]. Особливу групу серед них утворюють особи, які тривалий час приймають нейротропні препарати (табл. 1).

Саме тому метою даного дослідження є вивчення впливу тривалого введення нейротропних препаратів на слиновиділення.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводили на 120 щурах масою 80–150 г обох статей віком 1,5 міс.

Тваринам дослідних груп протягом 1 міс. вводили внутрішньошлунково за допомогою спеціального зонду дослідні нейротропні препарати оптимальними дозами з розрахунку клінічного застосування у хворих.

Щури були розподілені на 6 груп по 20 у кожній таким чином:

— I група — контрольна, її утворили інтактні тварини;

— II група тварин отримувала аміназин дозою 4,28 мг/кг 1 раз на добу;

— III група — тизерцин дозою 0,35 мг/кг 1 раз на добу;

