

СИНДРОМ «ЛІКАРСЬКОЇ ПОМИЛКИ»

Останніми роками значно зросла кількість операцій на хребті, що пояснюється появою більш точних методів діагностики та впровадженням нових малотравматичних технологій. Однак чи завжди лікування доцільне? Нерідко лікарі видаляють пацієнту грижу міжхребцевого диска, не враховуючи характер болю. Це не лише не призводить до полегшення стану хворого, а, навпаки, — обтяжує перебіг захворювання.



Оксана (30 років, Полтава)

Біль у попереку супроводжує мене вже 8 років. Спочатку він не заважав мені жити, а просто обмежував деякі рухи. Але сидячий спосіб життя і робота з паперами, мабуть, погіршили ситуацію. Через кілька років больові відчуття в попереку стали цілодобовими і нестерпними. Уже не допомагали ані знеболювальні засоби, ані блокади. Під час МРТ було виявлено грижу міжхребцевого диска, і мені запропонували операцію. Її зробили в 2013 р. у Полтаві.

Полегшення я не відчула, але лікарі запевняли, що потрібно дочекатися завершення відновного періоду. Я знову почала приймати знеболювальні засоби — так минуло півроку. Мій чоловік забив тривогу і змусив піти до лікарні. Лікарі на підставі результатів МРТ зробили висновок, що грижа рецидивувала і необхідна повторна операція.

У 2014 р. мене прооперували вдруге. І знову не настало довгоочікуваного полегшення. Протягом наступного року я всіляко нама-

галася «потоваришувати» зі своєю проблемою: виконувала нескладні фізичні вправи, приймала хондропротекторні та протизапальні засоби, вела здоровий спосіб життя. Але незабаром «збунтувався» шлунок, який втомився перетравлювати жмені ліків. Тому я вирішила звернутися до столичної лікарні, сподіваючись, що там з'ясують, у чому причина цілодобового болю.

Коли ж лікарі почали наполягати на третій операції, я злякалася ...

КОМЕНТАР СПЕЦІАЛІСТА



Олексій СРОШКІН,
невролог, нейрохірург Центрального
госпіталю МВС України

все частіше оперуємо пацієнтів з рецидивами: вони відзначаються у 38% випадків.

У чому була основна помилка колега, яка призвела до розвитку синдрому? Під час підготовки до операції не були враховані всі фактори компресії. По-перше, суть стенозу хребтового каналу полягає в тому, що «кінський хвіст» у дуральній оболонці, який розміщений на рівні попереку, починає здавлюватися під дією різних факторів і різних структур хребта (у тому числі і міжхребцевих дисків). Але в ситуації з Оксаною колеги врахували тільки грижі. Насправді стеноз уже був спровокований і рубцевими змінами після попередніх операцій, і розростанням фасеток міжхребцевих суглобів і жовтих зв'язок. По-друге, виділяють і нехірургічні причини FBSS. І це вкрай важливо! Ступінь больових відчуттів у ділянці хребта не завжди корелює зі ступенем морфологічних змін, проте чітко відповідає особливостям психічного стану пацієнта.

Виникнення больового синдрому після декомпресії останнім часом пов'язують з наявністю високого рівня тривоги. У цьому випадку під маскою поперекового болю нерідко ховається депресивний стан. Це підтверджено результатами 25 рандомізованих і контрольованих досліджень, а саме: психічні та психологічні показники є кращими факторами прогнозу болю у спині, аніж медичні характеристики чи біографічні дані. У міру того, як біль набуває хронічного характеру, психологічні проблеми стають чи не основними в підтриманні болю і больової поведінки. Синдром невдало оперованого хребта здебіль-

шого діагностується в пацієнтів, у яких до операції були порушення сну, депресія, а також сімейні, соціальні та економічні проблеми. Крім того, відновлення больового синдрому нерідко провокується певними поведінковими шаблонами. Пацієнти з дорсопатіями зазвичай перекладають відповідальність за стан свого здоров'я на лікарів (фактор високої екстернальності). Це негативно впливає на результат лікування.

На жаль, дотепер діагностика депресії, яка супроводжує хронічний біль, залишається вкрай низькою. У штаті відділень, де проходять лікування такі пацієнти, як правило, немає ані психіатрів (психотерапевтів), ані клінічних психологів. Наявність маркерів психогенного компонента болю вказує на необхідність прямого впливу на психологічні порушення — додавання до схеми лікування антидепресантів (уже на початковому етапі) і проведення когнітивно-поведінкової психотерапії. Доведено, що антидепресанти (зокрема амітриптіліну гідрохлорид) забезпечують ще й знеболювальний ефект, який до того ж настає набагато раніше і завдяки застосуванню нижчих доз, ніж потрібно для досягнення антидепресантної дії. Відновне лікування в таких пацієнтів можна починати тільки після регресу симптомів тривоги і депресії!

З огляду на виклади лікування FBSS становить серйозну проблему. Тут варто ретельно дотримуватися принципів лікарської етики: лікар, що погоджується на проведення повторної операції, має взяти на себе відповідальність за вирішення проблем, які виникли після першого втручання. Від-

повідає за лікування той хірург, який останнім торкнувся пацієнта скальпелем! Ми ж, нейрохірурги, можемо усунути тільки неспсихологічні причини FBSS. Найбільшу групу таких хворих становлять пацієнти, у яких видалення грижі виконували заднім доступом (як це було у випадку з Оксаною). За нашими даними, з технікою операції пов'язано близько 85% рецидивів. Відсутність спинного мозку на поперековому рівні не є достатнім аргументом для того, щоб грижі будь-якої локалізації видаляти тільки ззаду, оскільки спинномозкові нерви цього рівня мають велике функціональне значення.

Ми зробили Оксані повноцінну декомпресію: прибрали фасетки, жовту зв'язку і грижу. Але найважливіше, що не було враховано при попередніх операціях, — провели стабілізацію: встановили систему транспедикулярної фіксації і доповнили її переднім спондилодезом (тобто замінили один поперековий диск). Пацієнтку вертикалізували на другий день після операції. Больовий синдром зник одразу: за візуально-аналоговою шкалою болю — 0 балів. Через кілька днів реабілітаційного лікування ми виписали її додому, рекомендувавши протягом нетривалого часу приймати антидепресанти, щоб організм «забув» про біль. Прогноз дуже сприятливий: комплекс маніпуляцій, які ми провели, гарантує унеможливлення виникнення болю в поперековому відділі. Система складається з нікелю й титану, встановлюється пожиттєво і не потребує корекції.

Тетяна ПРИХОДЬКО, «ВЗ»

Наша пацієнтка була двічі оперована з приводу міжхребцевої грижі диска на рівні 4-5-го поперекових хребців. Обидві операції виявилися безрезультатними: сильний біль не вщухав, заважав жінці працювати і не давав спати вночі. До нас у відділення вона потрапила на дообстеження і категорично була проти третьої операції, тому що попередні дві її вкрай розчарували. Проводячи діагностичні процедури, ми виявили значний стеноз хребтового каналу на рівні проведених хірургічних втручань.

У медичній літературі нині використовується термін «синдром невдало оперованого хребта» (FBSS — Failed Back Surgery Syndrom), який визначається як тривалий хронічний біль у нижній частині спини або нижніх кінцівках після цілком успішної з анатомічної точки зору операції на хребті. Профілактика FBSS полягає у виборі оптимальної тактики під час планування першої операції, але, на жаль, ми