

Алексеев В.В., Терехов В.С., Петоченко М.В., Змачинская О.Л.,
Наумовская Н.А., Лихачев С.А.

Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии,
Минск, Беларусь

Результаты нейрохирургического лечения хронического болевого расстройства различной этиологии

Цель исследования: оценка эффективности хирургических методов лечения хронических болевых синдромов различной этиологии и определение дифференцированного подхода к хирургическому лечению тяжелых хронических болевых синдромов.

Материалы и методы. Нами было прооперировано 6 пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом вследствие авульсии корешков плечевого сплетения и/или травмы плечевого сплетения и 1 пациент с инкурабельным нейрофиброматозом корешков C6–Th6 методом DREZ-миелотомии. Также нами был прооперирован 2 пациента с травмой седалищного нерва, 5 – с синдромом оперированного позвоночника и 7 – с ушибом спинного мозга методом имплантации электродов в заднее эпидуральное пространство спинномозгового канала и подкожной имплантации нейростимулятора с целью проведения хронической стимуляции спинного мозга (SCS-метод). Всего 14 пациентов.

При выполнении DREZ-миелотомии с целью купирования болевого синдрома вследствие авульсии корешков плечевого сплетения и/или травмы плечевого сплетения выполнялась деструкция задних рогов спинного мозга на стороне боли на глубину до 3 мм с шагом 1 мм на уровне C4–Th1 методом высокочастотной коагуляции с T 65C и экспозицией 20 с. У пациента с нейрофиброматозом оперативное вмешательство выполнялось в 2 этапа – сначала был прооперирован C5–Th2, а затем Th3–Th6-уровень. Анамнез болевого синдрома составил период от 1 года до 5 лет.

При имплантации электродов при лечении синдрома оперированного позвоночника и травмы седалищного нерва уровень имплантации определялся в соответствии с болевыми ощущениями, использовался 8-контактный пункционный электрод и осуществлялась пункционная имплантация – 4 случая. А при подавлении болевого синдрома вследствие ушиба мозга использовалась открытая имплантация 16-контактного электрода на уровень, соответствующую

щий сегменту болевых ощущений, – 14 наблюдений. Все пациенты тестировались с использованием опросника Paindetect, всех перед операцией осматривал психиатр. Всем пациентам после имплантации подключался наружный временный нейростимулятор на срок до 1 нед. и впоследствии коллегиально принималось решение о необходимости имплантации постоянного стимулятора. Анамнез болевого синдрома составил от 1 года до 12 лет.

Результаты и обсуждение. После проведенного оперативного лечения пациента с авульсией корешков и травмой плечевого сплетения полное или значительное подавление боли наблюдалось у 5 пациентов из 7 прооперированных, в том числе хороший эффект был получен у пациента, страдающего нейрофиброматозом. Эффективность метода при данной патологии – 70%.

При лечении пациентов методом SCS методика была признана эффективной и постоянный нейростимулятор имплантирован у 1 пациента с травмой седалищного нерва, у 3 пациентов с синдромом оперированного позвоночника и у 4 – с ушибом спинного мозга. Средняя эффективность метода – 60%.

Заключение. Учитывая достаточно высокую эффективность DREZ-миелотомии при болевых синдромах, связанных с авульсией корешков и травмами плечевого сплетения, данный метод лечения при данной патологии можно считать методом выбора. В случае SCS-метода относительную низкую эффективность метода можно объяснить тем, что значительная часть пациентов имела длительный стаж болевого синдрома, а также несовершенством методов отбора пациентов на лечение с использованием данной методики.