УДК 616.721.1-007.43-089:616.831.959-084:616.69-008.1

В.А. Балязин, Н.В. Андрианова

ВЛИЯНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЭПИДУРАЛЬНОГО ФИБРОЗА НА ДИНАМИКУ ТЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРУЕМЫХ ПО ПОВОДУ ГРЫЖИ ДИСКА ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра нервных болезней и нейрохирургии
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29. E-mail: natashachem@mail.ru.

Цель: оценить эректильную дисфункцию (ЭД) в динамике у пациентов, оперированных разными способами по поводу грыжи диска пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материалы и методы: исследованы 34 пациента мужского пола. Всем больным до и после операции проводили оценку выраженности болевого синдрома, степени ЭД, неврологического исхода. Пациенты разделены на 2 группы: микродискэктомия без кюретажа полости диска с профилактикой эпидурального фиброза аутожиром имбибированным Депо-медролом – группа I, микродискэктомия с кюретажем полости диска - группа II.

Результаты: эректильная дисфункция у больных с грыжей диска пояснично-крестцового отдела позвоночника встречалась в 57,7% случаев. У 38,2% пациентов выявлялась умеренная и тяжелая ЭД.

Заключение: результаты хирургического лечения в I группе пациентов были несколько лучше, чем у пациентов II группы. Это связано с меньшей частотой возникновения в I группе рецидивов грыжи диска и рубцово-спаечного эпидурита в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: эректильная дисфункция, грыжа диска, рубцово-спаечный эпидурит.

V.A. Balyazin, N.V. Andrianova

INFLUENCE OF INTRAOPERATIVE PREVENTION OF EPIDURAL FIBROSIS ON DYNAMICS OF ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH SURGERY FOR A HERNIATED DISC AT THE LUMBOSACRAL REGION OF SPINE

Rostov State Medical University
Department of Nervous Diseases and Neurosurgery
29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: natashachem@mail.ru.

Purpose: To study post erectile dysfunction (ED) in the dynamics of the patients operated on various ways for a herniated disc of the lumbar-sacral region of spine.

Materials and methods: 34 male patients were operated. All the patients before and after surgery were evaluated the severity of pain, the degree of erectile dysfunction, neurological outcome. The patients were divided into 2 groups: microdiskectomy without curettage cavity disk with prevention of epidural fibrosis by fat with injections of Depo-Medroli - group I, microdiskectomy without curettage cavity disk group - II.

Results: Erectile dysfunction in patients with disc herniation of the lumbosacral region of spine in our study occurred in 57.7% of cases. In 38.2% of patients was revealed moderate and severe ED.

Summary: Results of surgical treatment in the first group of patients were some what better than those of the second. This is associated with a lower incidence in the first group of recurrence of disc herniation and scar-adhesions epiduritis in the postoperative period.

Keywords: erectile dysfunction, herniated disc, scar-adhesive epidurit.

Введение

Сексуальное здоровье является важной составляющей эмоционального и физического здоровья любого человека и неотъемлемым элементом понятия «качество жизни». Эректильная дисфункция (ЭД) – это нарушение половой функции у мужчин с неспособностью достигать или поддерживать эрекцию полового члена, достаточную для проведения полового акта, которое наблюдается, по крайней мере, в течение трех месяцев [1]. Нейрогенная ЭД составляет около 10% всех расстройств в мужской копулятивной сфере, включая вертеброгенные заболевания нервной системы [2-4]. В общей заболеваемости остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника составляет 30% [2], а грыжи поясничных межпозвонковых дисков являются частым и наиболее тяжелым его проявлением [5-7]. У больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза истинная сексуальная дисфункция имеет сложный патогенез, в котором основную роль играет органическое поражение периферической нервной системы - нарушение чувствительности, двигательные расстройства, поражение вегетативного звена и нарушение нейрогуморальной регуляции половой функции. Это и обусловливает клинические проявления сексуальной дисфункции-гипоэрекцию, гиполибидемию, преждевременную эякуляцию, стертость оргазма [8]. Возникшая ЭД негативно сказывается на жизни мужчины, приводя к выраженным эмоциональным нарушениям, отрицательно влияет на трудовую деятельность, вызывает дисгармонию и оказывает негативное влияние на прочность брака. Своевременное и качественное хирургическое лечение межпозвонковой грыжи играет важную роль в лечении подобных пациентов. Совершенствование хирургической техники, внедрение микрохирургических методик удаления грыж не исключило неудовлетворительные исходы, которые регистрируют у 4,1- 25% оперированных [9,10]. Одной из наиболее частых причин синдрома неудачно оперированного позвоночника (Failure Back Surgery Syndrome – FBSS), который может приводить к ЭД в послеоперационном периоде - является рубцово-спаечный эпидурит, частота встречаемости которого колеблется от 25 до 36% [11,12]. Уменьшение частоты возникновения рубцово-спаечного эпидурита не вызывает сомнений для улучшения послеоперационных результатов. Все это заставляет нейрохирургов вновь и вновь обращаться к проблемам поиска средств профилактики рубцово-спаечного эпидурита.

Цель исследования - оценить эректильные нарушения в динамике у пациентов оперированных разными способами по поводу грыжи диска пояснично-крестцового отдела позвоночника. Изучить ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения и дать их сравнительную характеристику.

Материалы и методы

Работа основана на изучении результатов лечения 34 пациентов мужского пола с грыжами дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника, оперированных в нейрохирургическом отделении клиники Ростовского государственного медицинского университета с 2008 по 2010 год следующими способами оперативного вмешательства: микродискэктомия без кюретажа полости диска с профилактикой эпидурального фиброза аутожиром имбибированным Депо-медролом (патент № RU (11) 2294169 (13) C1) – группа I (n=14), микродискэктомия с кюретажем полости диска - группа II (n=20). Каждому больному в предоперационном периоде проведено комплексное неврологическое и инструментальное обследование: рентгенография, МРТ, КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. Изучались жалобы, анамнез заболевания. В пред- и послеоперационном периодах (через 10-15 дней после операции, через 6 месяцев- 3 года после операции) проводили оценку выраженности болевого синдрома с помощью визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ) [13]. Исходы хирургического лечения оценивали по субъективной оценочной шкале MacNab, а также по шкале неврологического исхода Nurick [14,15]. Для оценки сексуального здоровья мужчин использовали Международный индекс эректильной функции 5 (МИЭФ-5) [16]. Проводили повторную МРТ при наличии показаний (рецидив болевого корешкового синдрома и неврологический дефицит различной степени выраженности). Все данные были обработаны с использованием методов математической статистики.

Результаты и обсуждение

Все больные до оперативного вмешательства проходили курс консервативного лечения амбулаторно или стационарно без удовлетворительного терапевтического эффекта. После консультации нейрохирурга они были госпитализированы для оперативного лечения. В исследование включены только первичные одноуровневые операции по поводу секвестрированной грыжи межпозвонкового диска. Исследовано 34 пациента мужского пола. Средний возраст пациентов составил 40,7 лет (группа I— 38,4 лет, группа II —43,3 года). Среднее количество дней госпитализации составило 14,2 дней (группа I - 14,6 дней, группа II - 13,9 дней). Наибольшее количество больных – 17 (50%) имели грыжевые выпячивания на уровне L5-S1 диска. Грыжа L4-L5 межпозвонкового диска была выявлена в 14 (41,18%) наблюдениях. У 3 (8,82%) пациентов грыжа обнаружена на уровне L3-L4 диска.

При поступлении средний уровень болевого синдрома, оцененный ВАШ в обеих группах, был однороден: в группе I - 9,2 баллов, во II - 9,1. В раннем послеоперационном периоде (через 10-15 дней) уровень болевого синдрома в группе I составил 3,43 баллов, во II - 4,05 баллов. В отдаленном послеоперационном периоде (через 3 года) данные показатели составили для группы I - 0,86 баллов, для II - 2,70 баллов. При этом в группе II у 5 больных на всем протяжении послеоперационного периода сохранялся умеренно выраженный болевой синдром, рецидив болевого синдрома наблюдался у 4 больных, у 2 из них по данным МРТ наблюдали признаки рецидива грыжи диска на том же уровне, у остальных 7 – признаки рубцово-спаечного эпидурита. Динамика болевого синдрома по шкале ВАШ представлена на рис. 1.

В предоперационном периоде по анкете МИЭФ-5 у 58,7% больных выявляли эректильную дисфункцию разной степени выраженности. При этом у 20,5% пациентов выявляли ЭД легкой степени, у 8,8% - умеренно

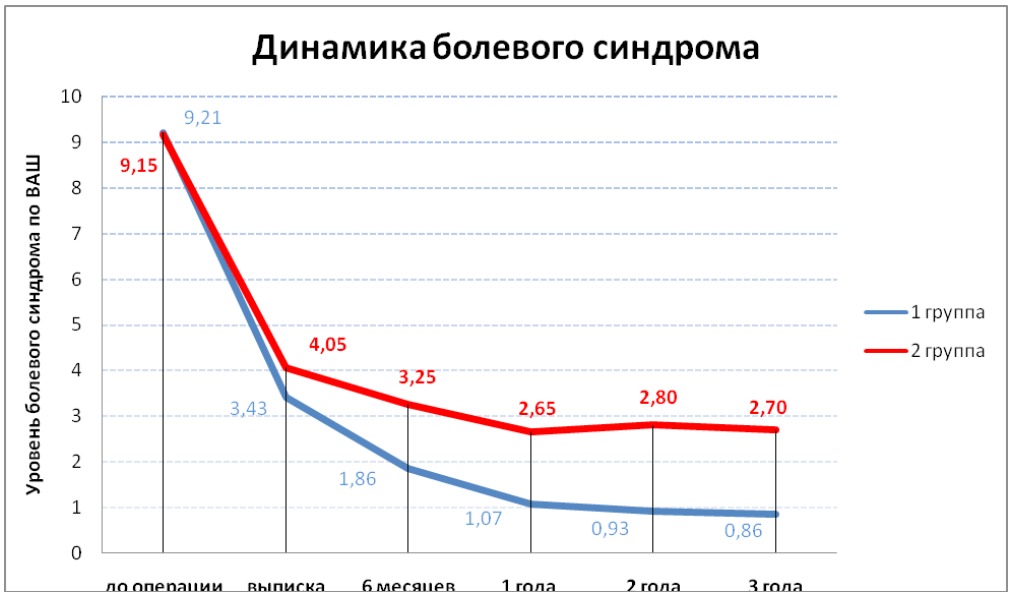

Рисунок 1. Динамика болевого синдрома

выраженную, у 29,4% - тяжелую. В группе I до операции ЭД выявляли у 64,2% больных: легкую - у 14,2%, умеренную - у 14,2%, тяжелую - у 35,8% пациентов. В группе II до операции ЭД выявляли у 55% пациентов. Легкую степень ЭД регистрировали у 25%, умеренную - у 5%, тяжелую - у 25%. В послеоперационном периоде в группе I наблюдали положительную динамику в виде уменьшения процента количества больных с ЭД с 57,1% через 10-15 дней после операции до 14,3% через 3 года, при этом у этих пациентов выявляли ЭД только легкой степени выраженности. ЭД у больных группы II через 10-15 дней после операции сохранялась у того же процента больных (55%), через год - у 40%, через три года - у 45%. В группе II через три года после операции 20% больных отмечали тяжелые нарушения, хотя через год они выявлялись только у 10% больных.

Динамика ЭД в послеоперационном периоде отражена в таблице 1 и на рис. 2.

Таблица 1

Процент больных ЭД в послеоперационном периоде

	Степень ЭД/ сроки	До операции	При выписке	Через 1 год	Через 3 года		До операции	При выписке	Через 1 год	Через 3 года
1 ГРУППА	Без нарушений	35,8% (n=5)	42,8 % (n=6)	57,1% (n=8)	85,7% (n=12)	2 ГРУППА	45% (n=9)	45% (n=9)	60% (n=12)	55% (n=11)
	легкая	14,2 % (n=2)	28,5% (n=4)	28,6% (n=4)	14,3% (n=2)		25% (n=5)	25% (n=5)	10% (n=2)	15% (n=3)
	умеренная	14,2 % (n=2)	21,4% (n=3)	14,3% (n=2)	0% (n=0)		5% (n=1)	5% (n=1)	20% (n=4)	10% (n=2)
	тяжелая	35,8% (n=5)	7,2% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)		25% (n=5)	25% (n=5)	10% (n=2)	20% (n=4)
	Всего с ЭД	64,2% n=9	57,1% n=8	42,8% (n=6)	14,3% (n=2)		55% (n=11)	55% (n=11)	40% (n=8)	45% (n=9)

По критериям MacNab через 6 месяцев после операции в группе I свое самочувствие как отличное оценили 50% пациентов, хорошее – 35,7%, удовлетворительное – 14,2%. Через три года отличное наблюдали у 57,1% пациентов, хорошее - у 35,7%, удовлетворительное - у 7,2%. Анализ результатов через 0,5-3 года по шкале Nurick продемонстрировал отличный результат у 57,2% пациента и хороший у 42,8%. В данной группе больным повторных хирургических вмешательств выполнено не было.

В группе II по критериям MacNab через 6 месяцев отличный результат был у 25% пациентов, хороший - у 30%,

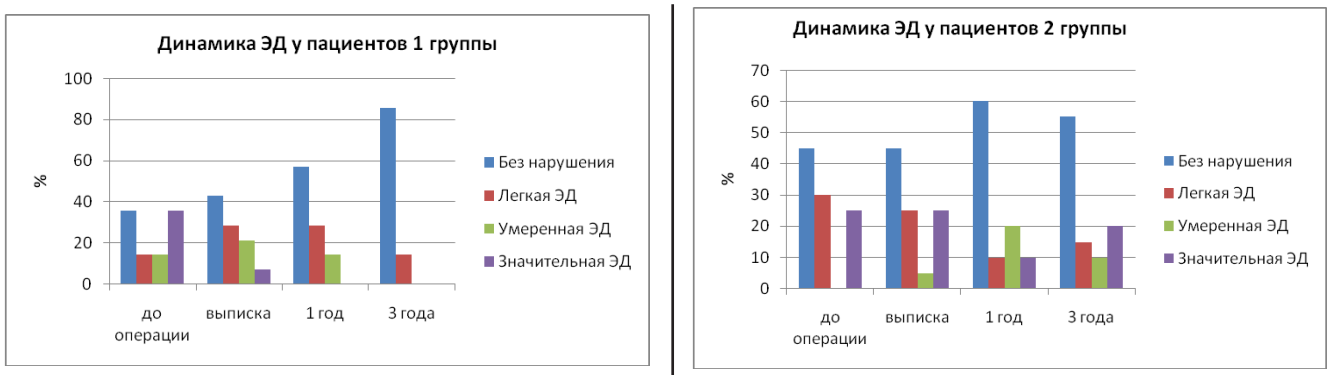

Рис. 2. Динамика ЭД у пациентов обеих групп

удовлетворительный - у 45%. К третьему году отмечалась некоторая отрицательная динамика: отличный результат был у 20% пациентов, хороший – у 25%, удовлетворительный - у 45% и плохой - у 10%. По шкале Nurick через 6 месяцев отличный результат был у 15% пациентов и хороший у 85%. Через три года отличный результат наблюдали у такого же количества больных, хороший - у 75%,плохой - у 10% пациентов. В данной группе больных повторное хирургическое вмешательство было выполнено 10% больным с рецидивом межпозвонковой грыжи диска.

Таким образом, по критериям MacNab через три года в группе I **свое самочувствие как отличное и хорошее** оценили на 47,5% больше пациентов, чем во II. Кроме того в группе I удовлетворительную оценку дали в 6,25 раз меньшее количество пациентов. По шкале Nurick через три года в группе I хороший и отличный результаты был на 10% у большего количества пациентов, чем во группе II. Причем у 10% пациентов этой группы наблюдалось ухудшения состояния, что привело к повторному хирургическому вмешательству.

Выводы

Эректильная дисфункция у больных с грыжей диска пояснично-крестцового отдела позвоночника в нашем исследовании выявлена в 57,7% случаев. У 38,2% пациентов регистрировали умеренную и тяжелую ЭД.

В послеоперационном периоде в группе I **наблюдалось** в 2 раза больше пациентов, у которых к третьему году по шкале МИЭФ-5 уменьшилась степень или полностью регрессировала ЭД.

У представителей группы II по сравнению с группой I **через три года после оперативного лечения наблюдалось** в три раза большее количество больных, страдающих эректильной дисфункцией.

Результаты хирургического лечения в группе I пациентов были несколько лучше, чем у пациентов группы II. Это, видимо, связано с меньшей частотой возникновения в группе I рецидивов грыжи диска и рубцово-спаечного эпидурита в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. NIH Consensus Development Panel on Impotence. Impotence // JAMA. – 1993. - Vol.: 270. - P. 83-90.
2. Бойко Н.И. Сексология и андрология / Н.И. Бойко, Ю.А. Борисенко, А.А. Быстров. -Киев: Абрис, 1997. – 880 с.
3. Махмудов Я.Я. Сегментарная мультимодальная рефлексотерапия при вертебро-нейрогенной простатопатии/ Я.Я. Махмудов, Л.А. Махмудова // Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии. -СПб., 2003. - С. 168 - 169.
4. Агасаров Л.Г. Динамика клинико-физиологических показателей состояния половой сферы при купировании вертеброгенных болевых синдромов/ Л.Г. Агасаров, Е.Е. Мейзеров, М.В. Королева // Журн. невропатол. и психиатр. -1994. - Т. 94, №. 4. - С. 14 - 16.
5. Dowd, G.C. Herniated lumbar disc evaluation and management / G.C. Dowd, G.P. Rusich, E.S. Connolly // Neurosurg. Quart. – 1998. Vol. 8, No 2. – P. 140-160.
6. Рузаев М.Т. Комплексное лечение хронического простатита в сочетании с рефлекторными синдромами поясничного остеохондроза/ М.Л. Рузаев, Е.Ф. Левицкий, И.А. Колмацуй // Мужское здоровье и долголетие. — М., 2004.- С. 104.
7. Попелянский, Я. Ю. Выбор органа (нейрогенные проблемы по данным клиники) / Я. Ю. Попелянский. // Неврологический журнал.- 1999. - №. 5. -С. 44-48.
8. Рахманов А. Поясничный остеохондроз у мужчин в генезе нарушений сексуального здоровья и их коррекции: Автореф. дис. канд. мед. наук.-Харьков, 1992.-19 с.
9. Матвеев В.И., Древаль О.Н., Пархисенко Ю.А, Глущенко А.В. Постдискэктомический синдром. — Воронеж: Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 2005. — 229 с.
10. Gasinski P., Radek M., Jozwiak J. et al. Peridural fibrosis inlumbar disc surgery — pathogenesis, clinical problems andprophylactic attemps //Neurol. Neurochir. Pol. — 2000. —Vol. 34. — № 5. — P. 983—993.
11. Матвеев В.И., Древаль О.Н., Пархисенко Ю.А, Глущенко А.В. Постдискэктомический синдром. — Воронеж: Изд-во Воронеж.гос. ун-та, 2005. — 229 с.
12. Исаева Н.В., Дралюк М.Г. Основные подходы к лечению и профилактике послеоперационного эпидурального фиброза у больных с поясничным остеохондрозом позвоночника// Нейрохирургия.-2010.-№3.-С.74.
13. Huskisson E.C. Measurement of pain // Lancet. – 1974. – № 2. – P. 1127–1131.
14. Macnab D., Fitzsimmons G., Casserly C. Development of the Life Roles Inventory – Values Scale // Canadian Journal of Counselling. – 1987. –№ 21. – P. 86–98.
15. Nurick S. The pathogenesis of spinal cord disorder associated with cervical spondylosis// Brain. – 1972. – № 95. – P. 87–100.
16. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as adiagnostic tool for erectile dysfunction/R.C.Rosen, J.C.Cappelleri, M.D.Smith et al.// Int. J.Impot. Res.—1998.—Vol.11, № 6.— P. 319–326.

ПОСТУПИЛА 17.07.2013