

## Skausmas, būdingas operuoto stuburo sindromui

Bronius Špakauskas, Žilvinas Dambrauskas, Asta Krikščionaitienė

Kauno medicinos universiteto klinikų Neurochirurgijos klinika

**Raktažodžiai:** tarpslankstelinio disko išvarža, operuoto stuburo sindromas, lėtinis skausmas.

**Santrauka.** Straipsnyje nagrinėjami juosmeninės stuburo srities tarpslankstelinio disko patologija, diagnostika bei gydymas. Pateikiama literatūros apžvalga ir analizė, Kauno medicinos universiteto Neurochirurgijos klinikos duomenys bei specialios pacientų anketinės apklausos, naudojant McGill ir vizualinę analoginę skausmo skalę, duomenys bei jų įvertinimas. Aptariama operuoto stuburo sindromo svarba klinikinėje praktikoje, pagrindiniai diagnostikos ir gydymo būdai, jų efektyvumas bei vėlyvieji pooperaciniai rezultatai, taip pat pacientų patiriamo skausmo vertinimas pagal specialiuosius klausimynus ir jų klinikinės informacijos vertę.

### Įvadas

Operuoto stuburo sindromas (OSS) (Failed Back Surgery Syndrom) – tai būklė, kai pacientui išlieka pastovus skausmo sindromas, nepaisant vienos ar kelių operacijų, atliktų dėl juosmens mioskeletinių ir (ar) nervų šaknelių skausmų. OSS tampa vis svarbesne medicinos problema, kurios sprendimas turi būti pagrįstas kelių specialistų išvadomis. Veiksmingas OSS gydymas galimas tik tuo atveju, jei yra tiksli diagnozė. Psichiatrai ir psichologai turi diagnozuoti ir gydyti psichologinius sutrikimus, jie turi aktyviai dalyvauti multidisciplininės skausmo reabilitacijos medikų komandos darbe. O į organinės patologijos gydymą orientuoti gydytojai turi būti atsakingi už fizinio gydymo ir reabilitacijos plano sudarymą. Šiuo metu pasaulyje išsivyravę nuostata, jog daugeliui ligonių, sergančių OSS, reikalingas fizinis gydymas ir psichologinė pagalba, o vienas svarbiausių etapų, prieš pradedant gydymą, yra nuodugnus skausmo įvertinimas.

Literatūros duomenimis, 10–30 proc. juosmeninių stuburo operacijų rezultatai nepatenkinami, todėl 5–10 proc. ligonių kenčia lėtinius skausmus, nes jiems nepadedą netgi modernios ir brangios skausmo malšinimo priemonės (1–6).

**Darbo tikslas.** Išanalizuoti visus 2000 m. Kauno medicinos universiteto klinikų Neurochirurgijos skyriuje gydytus operuoto stuburo sindromus, įvertinti pacientų patiriamą skausmą ir vėlyvuosius gydymo rezultatus.

**Metodika.** Tyrimo metu atlikta retrospektyvioji 53 ligos istorijų analizė. Vėliau visiems pacientams paštu išsiųstas specialusis juosmens skausmo vertinimo klausimynas, į kurį atsakė 30 (56,6 proc.): 16 moterų (53,3 proc.) ir 14 vyrų (46,7 proc.).

*Juosmens skausmo priežastys operuoto stuburo sindromo metu:*

- Tarpslankstelinio disko išvaržos atsinaujinimas.
  - Kitos lokalizacijos tarpslankstelinio disko išvarža.
  - Epidurinė fibrozė, lokalus arachnoiditas.
  - Tarpslankstelinio sąnarėlių uždegimas (fasetinis sindromas).
  - Segmentinis juosmens nestabilumas.
  - Spondilitas arba spondilodiscitas.
  - Chirurginė intervencija neteisingai įvertinus segmento patologijos vietą.
  - Nervų šaknelių traumavimas operacijos metu.
  - Neatpažinta kito segmento disko išvarža.
  - Nepašalinti išvaržos fragmentai.
  - Kitos priežastys (navikai, spondilolistezė, ekstra-vertebralinis nervų kompresija, polineuropatija).
- (Pagal Keyl W., Wirth C.J., Kramer J.) (3)

Kauno medicinos universiteto Neurochirurgijos klinikos duomenimis, dažniausios operuoto stuburo sindromo priežastys yra periduralinė fibrozė, kito lygio ar kitos pusės išvaržos (6).

### Klinikiniai duomenys

Operuoto stuburo sindromui būdingi tokie patys simptomai kaip ir tarpslankstelinio disko išvaržoms:

1. Šaknelinis–kompresinis sindromas, t.y. pažeistos šaknelės radikulopatijos požymiai (skausmas, jutimų, motorikos ir refleksų sutrikimai inervuojamajame segmente, nervų tempimo simptomai).
2. Vertebralinis sindromas – segmentinis stuburo padėties pakitimas (skoliozė, kifozė, lordozė), segmentiniai funkciniai sutrikimai (riboti judesiai).
3. Būdingi psichosomatiniai pokyčiai, atsiradę vei-

kiant lėtiniam skausmui ir sutrikusiai socialinei pacientų adaptacijai.

Apie 95 proc. tarpslankstelių diskų išvaržų būna L4–L5 ir L5–S1 segmentuose (3, 7, 8). Todėl šiuose lygiuose dažniausiai ir atliekamos pakartotinės operacijos. Operuoto stuburo sindromo atvejais dažniausiai skausmas ir kiti simptomai taip pat siejami su pakitimais šioje stuburo dalyje. Manoma, jog pažeidimų čia atsiranda dėl to, kad tai yra didžiausio stuburo paslankumo ir krūvio vietos (1, 2, 4, 7).

### Diagnostika

Diagnozuojant operuoto stuburo sindromą, ligonio tyrimą reikia pradėti nuo jo apklausos. Reikėtų surinkti kiek galima išsamesnę ligos bei paciento gyvenimo anamnezę, išanalizuoti buvusias stuburo operacijas, kitą taikytą gydymą, įvertinti bendrąją psichikos ir emocinę paciento būklę, fizinį aktyvumą, analgetikų vartojimą.

Tokie ligoniai dažniausiai kenčia nuo lėtinio skausmo, todėl ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas skausmui įvertinti. Skausmas turi būti įvertintas kiekybiškai ir kokybiškai (2, 3, 8, 9). Daug duomenų galima surinkti negaištant gydytojų laiko, jei taikoma anketinė pacientų apklausa, kaip tai daroma daugelyje Vakarų šalių. Jų patirtis parodė, jog tokie klausimynai ne tik padeda parinkti tinkamesnį gydymą konkrečiam ligoniui, bet ir patys savaime turi įtakos geresniems gydymo rezultatams, kadangi skatina pacientus domėtis negalavimų priežastimis, identifikuoti veiksnius, kurie palengvina jų būklę, o gydytojams padeda atskirti įvairius subjektyvius nusiskundimus.

1999–2000 m., bendradarbiaujant Kauno medicinos universiteto Neurologijos ir Neurochirurgijos klinikoms (A.Krikščionaitienė, Ž.Dambrauskas, A.Ščiupokas, B.Špakauskas), buvo parengtas originalus klausimynas, kuris naudotas pacientų, sergančių operuoto stuburo sindromu, apklausai Kauno medicinos universiteto klinikų Spinalinės neurochirurgijos skyriuje 2000 m. (žr. tyrimo aprašymą).

Operacijos baigtys priklauso ne tik nuo operacinės technikos, bet ir nuo tinkamos ligonių atrankos, tiksliai nustatytų indikacijų operacijai. Socialiniai ir psichologiniai veiksniai paciento pasveikimui turi gana didelės įtakos, todėl turi būti tinkamai vertinami (3, 7, 8).

Nustatant tikslią diagnozę ir numatant gydymo planą, labai svarbus ir objektyvus paciento ištyrimas, kuris paprastai susideda iš keleto etapų:

1. Neinstrumentiniai tyrimai: neurologinis tyrimas, stuburo apžiūra, palpacija ir perkusija, anatominis stuburo deformacijų ir paslankumo įvertinimas.

2. Neinvaziniai instrumentiniai tyrimai: apžvalgine spondilografija galima nustatyti įgimtas anomalijas, destrukciją, atsiradusią dėl navikų arba infekcijos. Kelių krypčių rentgenogramos rodo stuburo nestabilumą, slankstelių pasislinkimus, netiesioginius tarpslankstelinio disko išvaržos požymius (ištiesinta lordozė, skoliozė, kifoze, tarpslankstelių tarpų susiaurėjimas).

Kompiuterinėje tomogramoje (KT) be kontrastavimo galima matyti išvaržos lokalizaciją, dydį, sekvestrus stuburo kanale bei stuburo kanalo stenozę. Esant operuoto stuburo sindromui, šis tyrimas gali būti nepakankamai informatyvus bei specifiškas, kadangi prastai rodo minkštųjų audinių būklę stuburo kanale.

Tobuliasias ir šiuolaikiškiasias stuburo patologijos diagnostikos metodus – branduolių magnetinis rezonansas (BMR). BMR suteikia tikslesnės informacijos apie minkštųjų audinių būklę, išvaržų atsinaujinimą, tolimas laterales išvaržas, sąaugas ir nugaros smegenų patologiją.

Šiuos neinvazinius vizualinius tyrimus gerai papildo elektromiografinis tyrimas (EMG), padedantis identifikuoti konkrečios nervų šaknelės pažeidimą. Jau bandoma diagnostikai taikyti ir didelio intensyvumo ultragarsą (2, 8–11).

3. Invaziniai instrumentiniai tyrimai: KT mielografija padeda patikslinti stuburo kanalo formą (esant stenozei ir sąauginiam procesui), išvaržos padėtį.

Kaip papildomi tyrimai rečiau taikoma neuroendoskopija bei diskografija (12–14).

### Gydymo principai

OSS sukelia daug įvairių priežasčių, tačiau visais atvejais tokiems ligoniams jau padarytos viena ar net kelios stuburo operacijos, todėl vėliau parinkti tinkamą gydymą – ypač svarbu ir sudėtinga. Gydymą rekomenduotina rinktis pagal vyraujančią sindromą:

1. Miofascialinis sindromas: trigerinių taškų infiltracija vietiniais anestetikais arba gliukokortikoidais, akupunktūra, TENS ir geriamieji analgetikai; taikytina ir trigerinių taškų destrukcija šalčiu, elektrochirurginėmis priemonėmis ir kt.
2. Tarpslankstelių sąnarėlių distrofiniai pakitimai, artrozė, artritai nėra tiesioginė indikacija chirurginiam gydymui, todėl atliekamos blokados vietiniais anestetikais arba įvairių nervų struktūrų, susijusių su lėtinio skausmo atsiradimu ir plitimu (simpatinio nervo, *ramus communicans*, *ramus dorsalis*), radiodažnuminė destrukcija. Taip pat taikomos daugkartinės vietinių anestetikų arba gliukokortikoidų injekcijos į fasetinius sąnarėlius (15, 16).

3. Peridurinė fibrozė: lokali nervų šaknelės blokada vietiniais anestetikais, epidurinės hialuronidazės ir vietinio anestetiko mišinio injekcijos, jeigu yra aktyvus uždegimas, kortikosteroidų injekcijos.
4. Tarpslankstelinio disko išvaržos atsinaujinimas, kito segmento išvarža, spinalinė stenozė, peridurinė fibrozė: esant skausminiam sindromui, jutimų arba motorikos sutrikimams, paprastai ligoniai operuojami pašalinant nervų struktūras spaudžiančius disko fragmentus, sąaugas, trepanavus kaulinius darinius, spaudžiančius nervų šaknelę. Peridurinės fibrozės profilaktikai operacijų metu naudojamos poliaktyviosios membranos, besirezorbuojančios medžiagos arba laisvi riebalų transplantai, kuriais apsupama apnuoginta nervų šaknelė.
5. Segmentinis nestabilumas, spondilolistezė: šiais atvejais dažniausiai daroma operacija ir atliekama segmentinė stuburo slankstelių fiksacija.
6. Neuromoduliacinis skausmo malšinimas yra paskutinė priemonė, kai kiti gydymo metodai jau neefektyvūs. Tai gana invazinis gydymo metodas, kuomet reikia neurostimulatoriaus arba infuzinės pompos implantacijos, spinalinio elektrodo arba intratekalinio kateterio atitinkamame segmente. Prieš implantaciją paprastai daromas mėginys, kurio duomenys patvirtina šios terapijos efektyvumą konkrečiam pacientui. Klinikinių tyrimų duomenimis, neurostimuliacija (daugiakontakčiais elektrodais arba dviejų kanalų metodu) bei intratekalinės morfino infuzijos yra labai veiksmingos ir turinčios gana nedidelį šalutinį poveikį procedūros, galinčios padėti malšinant lėtinį skausmą (1, 2, 17–21).

### Rezultatai ir jų aptarimas

2000 m. Kauno medicinos universiteto klinikose Spinalinės neurochirurgijos skyriuje operuoti 739 ligoniai, sergantys tarpslankstelinio disko išvaržomis. 53 (7,17 proc.) ligoniams diagnozuotas operuoto stuburo sindromas, iš jų 25 (3,38 proc.) operuoti pakartotinai. Literatūros duomenimis, pakartotinių chirurginių procedūrų skaičius po pirminės disektomijos siekia 5–18 proc. 1992–1997 m. Kauno medicinos universiteto Neurochirurgijos klinikoje pakartotinai operuoti 98 ligoniai (5,68 proc.) (22–24).

Gydymas, taikytas pacientams, sergantiems operuoto stuburo sindromu:

- 25 ligoniai (47,2 proc.) operuoti;
- 28 ligoniai (52,8 proc.) gydyti konservatyviai.

*Objektyvūs duomenys apie pacientus, kuriems pasireiškė operuoto stuburo sindromas*

1. Duomenys apie dažniausiai nustatomą patologiją, susijusią su operuoto stuburo sindromu, pateikiami 1 pav. Kita patologija dažniausiai yra peridurinė fibrozė, lokalus arachnoiditas, segmentinis juosmens nestabilumas, spondilitas ar spondilodiscitas, išlikę nepašalinti išvaržos fragmentai (1 pav).
2. Pacientų pasiskirstymas pagal ankstesnių operacijų skaičių dėl juosmeninės stuburo dalies išvaržos pateikiamas 2 pav.
3. Neurologinis ligonių tyrimas: Lasego simptomas buvo teigiamas 46 (86,8 proc.) pacientams, jutimų sutrikimų nustatyta 31 (58,5 proc.), motorikos sutrikimai – 41 (77 proc.).
4. Vizualiniai instrumentiniai tyrimai: kompiuterinė tomografija (KT) atlikta 46 (86,8 proc.) pacientams, branduolių magnetinio rezonanso tyrimas – 7 (13,2 proc.), KT mielografija – 7 (13,2 proc.), spondilografija – 2 (3,87 proc.) pacientams.
5. Operacijos metu nustatyti pakitimai, jų pobūdis ir lokalizacija pateikiami 1 ir 2 lentelėse.
6. Ankstyvieji gydymo rezultatai pateikiami 3 pav., jame pateikiami gydytojų vertinimai, atsižvelgiant į pooperacinę eigą, ligos eigos kitimą gydymo metu bei neurologinių simptomų regresą. Duomenys paimti iš medicininės dokumentacijos.

*Dėmesio! Skausmas gali būti vienintelis OSS simptomus*

Lietuvoje dar nėra sistemos, kuri galėtų padėti įvertinti gydymo efektyvumą bei rezultatus, kai atsižvelgiama į subjektyvius vertinimus: skausmą, socialinę adaptaciją, ligonio pasitenkinimą operacija. Lietuvoje klinikiniam darbe iki šiol nebuvo naudojami skausmo objektyvizavimo metodai, kuriais galima geriau įvertinti gydymo efektyvumą, ligos eigos kitimą bei prognozę.

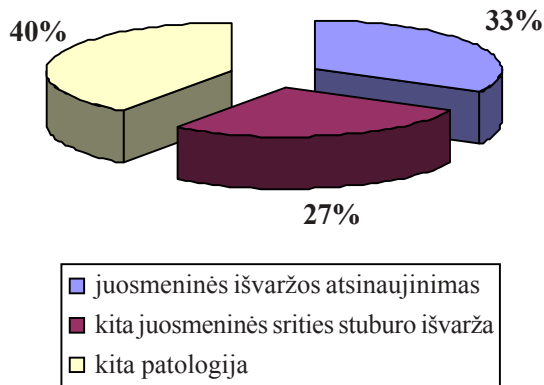
*Kaip pacientai patys vertina chirurginio gydymo efektyvumą iškart po operacijos?*

- 22 pacientams po operacijos skausmas išnyko arba sumažėjo, visi ligoniai teigia, jog tai vienintelis tikrai efektyvus gydymo būdas (4 pav.);
- 8 pacientų būklė nepasikeitė arba net pablogėjo.

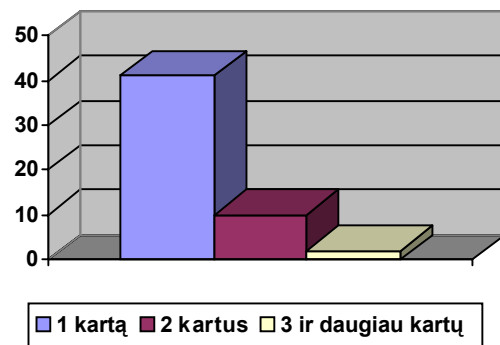
### *Vėlesnių rezultatų vertinimas*

- 30 ligonių (56,6 proc.) užpildė anketą namuose po 0,5–1 metų;
- 22 (73 proc.) ligoniai nurodė, kad po paskutinės operacijos skausmas sumažėjo, 8 (27 proc.) – kad išliko toks pats arba sustiprėjo;
- 27 ligoniai (90 proc.) nurodė, kad šiuo metu vartoja vaistus nuo skausmo, iš jų 22 (73,3 proc.) vartoja kasdien.

Vokietijoje atlikti ilgalaikiai tyrimai parodė, jog geri chirurginio gydymo rezultatai buvo 80 proc.



1 pav. Diagnozuota patologija



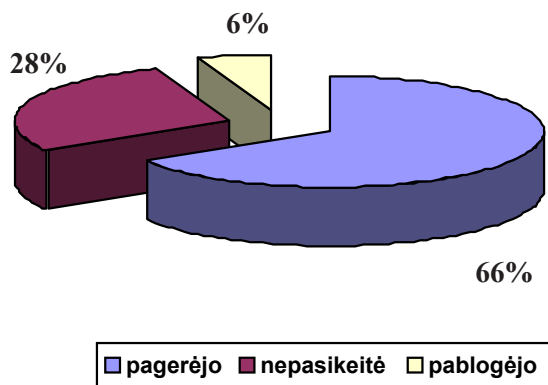
2 pav. Ankstesnių operacijų skaičius

1 lentelė. Pakitimų pobūdis

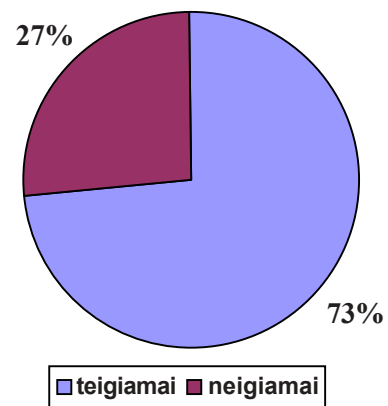
Nustatyti pakitimai	Intraoperaciniai radiniai	
Išvaržos atsinaujinimas	4	16,0%
Išvaržos atsinaujinimas ir peridurinė fibrozė	13	52,0%
Peridurinė fibrozė	5	20,0%
Kitos lokalizacijos išvarža	2	8,0%
Spinalinė stenozė	1	4,0%
Iš viso	25	100%

2 lentelė. Pakitimų lokalizacija

Segmentas	Intraoperaciniai radiniai	
Th <sub>12</sub> -L <sub>1</sub>	1	4,0%
L <sub>1</sub> -L <sub>2</sub>	1	4,0%
L <sub>2</sub> -L <sub>3</sub>	–	–
L <sub>3</sub> -L <sub>4</sub>	5	20,0%
L <sub>4</sub> -L <sub>5</sub>	1	4,0%
L <sub>4</sub> -L <sub>5</sub> ir L <sub>5</sub> -S <sub>1</sub>	16	64,0%
L <sub>5</sub> -S <sub>1</sub>	1	4,0%
Iš viso	25	100%



3 pav. Ankstyvieji pooperaciniai rezultatai



4 pav. Pacientai vertina operaciją

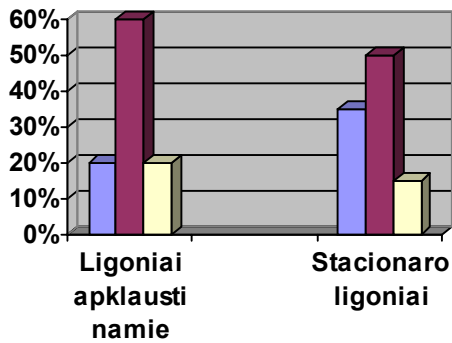
pacientų pirmaisiais metais po chirurginio gydymo, tačiau šis skaičius sumažėjo iki 22 proc. tolesnio klinikinio stebėjimo metu (2–27 metų po operacijos) (3).

Kokybinis skausmo vertinimas pagal McGill klausimyno lietuviškąją versiją ir kiekybinis skausmo vertinimas pagal vizualinę analoginę skalę pateikiamas 5 ir 6 paveiksluose. Juose lyginamos ir dvi pacientų grupės: pirmoji – namie gydomi liginiai, kurių būklė ir nusiskundimai yra lengvesni; antroji – liginėje gydomi liginiai, kuriems yra labai ryškus skausminis sindromas, dažnai ir jutimų bei motorikos sutrikimų.

Pasaulyje yra dvi visuotinai pripažintos skausmo vertinimo skalės:

1. McGill skausmo skalė naudojama kokybiniam skausmo vertinimui, t.y. padeda nustatyti, kokio pobūdžio skausmas vyrauja (3 lentelė).

Somatinis skausmo pobūdis būdingas ūminiam skausmui, atsiradusiam dėl organinių pakitimų, įvairių audinių pažeidimų. Tokį skausmą dažniausiai lydi ir organų funkcijos bei jutimų sutrikimai, rodantys, jog pacientui reikalingas skubus medikamentinis gydymas arba operacija.



■ somatinis ■ emocinis ■ somatinis/emocinis

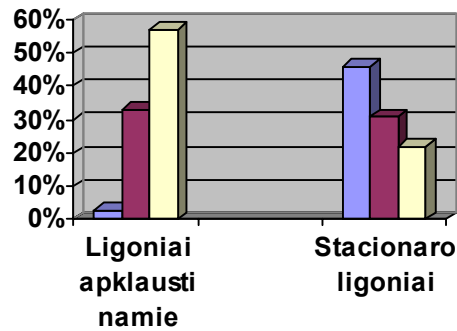
$\chi^2=22,6, p=0,000012$ .

### 5 pav. Kokybinis skausmo vertinimas

Emocinis skausmas dar vadinamas psichogeniniu, kadangi jis atsiranda dėl žmogaus centrinės nervų sistemos veiklos pokyčių, kurie yra reakcija į didelį emocinį pervargimą, nuolatinį stresą, psichinę traumą ir kt. Emocinį skausmą dažniausiai lydi daug kitų sunkiai apibūdinamų nusiskundimų: nerimas, nuovargis, baimė, socialinė dezadaptacija, depresija, anatomiškai ir fiziologiškai nepaaiškinami jutimų ir organų funkcijos sutrikimai, vegetacinės nervų sistemos disfunkcija. Tokiems pacientams skubi medicinos pagalba ir juo labiau operacija dažniausiai nereikalinga, tačiau negalima pamiršti, jog jų patiriamas skausmas yra tikras ir labai varginantis, todėl šiuos žmones būtina tinkamai gydyti. Jiems labai tinka antidepressantai, anksiolitikai ir spazmolitiniai medikamentai. Gydyti galima taikyti akupunktūrą bei kitas alternatyviosios medicinos priemones, taip pat fizioterapiją, kineziterapiją, manualinę terapiją ir psichologinę pagalbą.

Ligonius, kenčiančius lėtinį skausmą, dažniausiai vargina mišrus somatinis–emocinis skausmas, todėl jiems po operacijos dėl organinių pakitimų reikėtų skirti ir gydymą, kuris mažintų psichogeninį skausmą bei dezadaptaciją. Visgi manoma, kad kokybinis skausmo vertinimas gali padėti atrinkti pacientus stacionariniam gydymui ir operacijai (25, 26).

Šis tyrimas (jo metu buvo naudojama lietuviškoji McGill skalės versija) taip pat parodė, kad yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp stacionare ir namie gydomų ligonių. Spinalinės neurochirurgijos skyriuje gydomi ligoniai ir ypač tie, kurie vėliau buvo operuoti, daug dažniau pagal McGill skalę nurodė, kad juos vargina somatinis arba mišrus somatinis–emocinis skausmas, o namie gydomi pacientai dažniau skundėsi emocinio arba mišrus pobūdžio skausmais.



■ 9–10 balų ■ 7–8 balai ■ 4–6 balai

$\chi^2=32,6, p=0,0000$ .

7–10 balų: stac. lig. (77,6%) amb.lig. (39,3%).

### 6 pav. Kiekybinis skausmo vertinimas

*Vertinimas.* Jei yra daugiau skausmą apibūdinančių žodžių iš 1–7 grupės – skausmas somatinio pobūdžio, jei iš 8–15 grupės – emocinis skausmas. Tačiau gali būti ir mišrus skausmo pobūdis, kai yra po lygiai somatinių ir emocinių skausmą apibūdinančių žodžių.

2. *Vizualinė analoginė skalė (VAS)* taikoma kiekybiniam skausmo vertinimui, t.y. padeda nustatyti jo intensyvumą, stiprumą. Manoma, jog tai moderniausia ir kol kas tiksliausia priemonė skausmui objektyvizuoti. Naudojant VAS, galima palyginti skausmo stiprumą prieš gydymą ir po jo, įvertinti gydymo veiksmingumą konkrečiam ligoniui ir ligonių grupėms. Būtent dėl šių savybių VAS šiuo metu daugelyje pasaulio šalių plačiai naudojama skausmui vertinti onkologinėje, neurologinėje, chirurginėje praktikoje ir kitose medicinos srityse (27–29).

Šis tyrimas taip pat parodė, kad objektyvus skausmo įvertinimas pagal VAS gali būti naudojamas ne tik medikamentinio arba chirurginio gydymo efektyvumui įvertinti, bet ir pacientų atrankai stacionarizuojant bei parenkant gydymą. Mūsų duomenimis, stiprus ir labai stiprus skausmas (7–10 balų) vargino 77,6 proc. stacionare operuotų ligonių ir tik 39,3 proc. namie konservatyviai besigydančių pacientų.

Mes naudojome paprastą tiesinę vizualinę analoginę skausmo vertinimo skalę, kurioje pacientas pažymi skausmo stiprumą. Objektyvizuojant skausmo stiprumą, skalė padalijama į 10 lygių dalių ir nustatoma, kurioje atkarpoje yra paciento atžyma. Tuomet skausmas vertinamas balais: 1–4 – balai silpnas, 5–6 balai – vidutinio stiprumo, 7–8 – stiprus, 9–10 – labai stiprus skausmas.

Siekiant dar tiksliau įvertinti skausmo lokalizaciją, jo plitimą ir kitas ypatybes, mes prašėme pacientų pažymėti skausmo lokalizaciją ir plitimą specialiose



3 lentelė. McGill skausmo klausimynas

<b>1.</b> <input type="checkbox"/> banguojantis <input type="checkbox"/> pulsuojantis <input type="checkbox"/> tvinksintis	<b>7.</b> <input type="checkbox"/> deginantis <input type="checkbox"/> perštintis <input type="checkbox"/> plikinantis <input type="checkbox"/> "karštas"	<b>13.</b> <input type="checkbox"/> siutinantį <input type="checkbox"/> erzinantį <input type="checkbox"/> pykdantis
<b>2.</b> <input type="checkbox"/> smelkiantis <input type="checkbox"/> dilsintis <input type="checkbox"/> geliantis <input type="checkbox"/> duriantis/diegiantis <input type="checkbox"/> veriantis <input type="checkbox"/> grėžiantis	<b>8.</b> <input type="checkbox"/> maudžiantis <input type="checkbox"/> geliantis <input type="checkbox"/> bukas	<b>14.</b> <input type="checkbox"/> nemalonus <input type="checkbox"/> neištveriamas <input type="checkbox"/> bjaurus
<b>3.</b> <input type="checkbox"/> dilgčiojantis <input type="checkbox"/> "šaudantis" <input type="checkbox"/> lyg adatėlėmis badytų <input type="checkbox"/> badantis	<b>9.</b> <input type="checkbox"/> įkyrus <input type="checkbox"/> varginantis <input type="checkbox"/> slopinantis <input type="checkbox"/> sekinantis	<b>15. Įrašykite savo skausmą apibūdinančius žodžius:</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>4.</b> <input type="checkbox"/> pjaunantis <input type="checkbox"/> skeliantis pusiau <input type="checkbox"/> aštrus	<b>10.</b> <input type="checkbox"/> alpinantis/tamsu akyse <input type="checkbox"/> gniaužiantis kvapą <input type="checkbox"/> pykinantis	
<b>5.</b> <input type="checkbox"/> sukaustantis <input type="checkbox"/> mėšlungiškas <input type="checkbox"/> spaudžiantis/slegiantis <input type="checkbox"/> traiškantis <input type="checkbox"/> gniaužiantis/veržiantis	<b>11.</b> <input type="checkbox"/> keliantis mirties baimę <input type="checkbox"/> keliantis nerimą <input type="checkbox"/> keliantis baimę	<b>Skausmo stiprumas:</b> <input type="checkbox"/> silpnas <input type="checkbox"/> vidutinio stiprumo <input type="checkbox"/> stiprus <input type="checkbox"/> nepakeliamas
<b>6.</b> <input type="checkbox"/> sukantis <input type="checkbox"/> plėšiantis/draskantis <input type="checkbox"/> tempiantis <input type="checkbox"/> lyg pleištą kaltų	<b>12.</b> <input type="checkbox"/> kankinantis <input type="checkbox"/> verčiantis judėti, keisti padėtį <input type="checkbox"/> neleidžiantis užmigti <input type="checkbox"/> neleidžiantis galvoti apie nieką kitą <input type="checkbox"/> neleidžiantis susikaupti	

Pateiktame sąrašė yra žodžių, kurie tinka jūsų skausmui apibūdinti. Sąrašė žodžiai suskirstyti į grupes. Pirmiausia prašome perskaityti visus pirmosios grupės žodžius. Prašome nuspręsti, kuris iš jų geriausiai apibūdina jūsų skausmą ir pažymėti jį "varnele" šalia esančiame langelyje. Taip pat prašome perskaityti ir kitas žodžių grupes.

**Pastaba:** 1 – jei skausmui apibūdinti tinka keli tos pačios grupės žodžiai, tai prašome pažymėti visus; jei netinka nė vienas, nežymėkite nieko; 2 – jei sąrašė nėra jūsų skausmą apibūdinančių žodžių, prašome įrašyti savo apibūdinimą 15 langelyje.

piktogramose, kuriose atvaizduotas žmogaus kūnas.

*Skausmo įtaka socialiniam gyvenimui.* Šie duomenys taip pat buvo surinkti remiantis pacientų atsakymais į standartizuotus anketos klausimus.

- Visi ligoniai (100 proc.) nurodė, kad skausmas sumažino galimybę poilsiauti, užsiimti mėgstama veikla, keliauti.

- 25 (83,3 proc.) nurodė, kad sumažėjo bendravimo džiaugsmas.
- 26 (86,7 proc.) pasikeitė santykiai su artimiausiais žmonėmis ir buvo sunku susidoroti su kasdieniais sunkumais.
- 24 (80 proc.), nurodė, kad labai padidėjo dirglumas.

### Išvados

1. Ligonių apklausa, naudojant tikslinius klausimynus, gali padėti geriau įvertinti paciento būklę atsižvelgiant ir į jo subjektyvius potyrius: skausmą, socialinę adaptaciją, pasitenkinimą gydymu. Ji padeda įvertinti ir objektyvizuoti skausmą bei kitus jį lydinius nemalonius jutimus, papildo klinikinio, neurologinio ir instrumentinio tyrimo duomenis.

Gydytojui nereikia skirti daug laiko šiam tyrimui, nes ligoniai klausimynus gali savarankiškai pildyti laukiamajame arba palatoje. Neretai toks papildomas tyrimas gali padėti sprendžiant, kokią gydymo būdą reikėtų skirti konkrečiam ligoniui, nes šiuo metu sukuriama vis daugiau įvairių alternatyvų.

2. Mūsų duomenimis, yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp stacionare ir ambulatoriškai gydomų ligonių jaučiamo skausmo. Stacionare gydomi tie ligoniai, kurie paprastai skundžiasi žymiai stipresniais somatinio pobūdžio skausmais, dažniausiai kylančiais dėl įvairios organinės patologijos, kurią neretai reikia gydyti chirurginiu būdu. Ambulatorinius ligonius dažniau vargina lėtinis emocinio pobūdžio ir silpnas skausmas, kuris dažniausiai gydomas konservatyviai. VAS ir McGill skalės naudojimas padeda atskirti šias dvi ligonių grupes. Todėl manome, jog reikėtų naujo požiūrio ir priemonių, padedančių objektyvizuoti ir

įvertinti skausmą.

3. Operacijos dėl nugaros skausmų užima svarbią vietą. Dauguma operuotų ligonių yra patenkinti gydymo rezultatais, nes normalizuojasi jų socialinė adaptacija, sumažėja skausmas, išnyksta jutimų arba motorikos sutrikimai.

4. Pakartotinių chirurginių procedūrų ankstyvieji ir vėlesni rezultatai yra žymiai blogesni. Pacientų anketinė apklausa poliklinikoje, priėmimo ir konsultacijų skyriuose gali efektyviai padėti atskirti ligonius, kuriems yra reikalingas tyrimas bei gydymas stacionare, pakartotinė operacija, nuo tų, kurie ir toliau sėkmingai gali būti gydomi konservatyviomis priemonėmis namie. Toks papildomas tyrimas gali padėti išvengti mažai efektyvių ir nesavalaikių operacijų, nes, sugretinus objektyvius klininius duomenis ir ligonių atsakymų į anketos klausimus, paaiškėjo, jog sunkiau sergantys stacionarizuoti pacientai gali būti atpažinti pagal skausmo anketos duomenų įvertinimą.

5. Chirurginio OSS gydymo rezultatai Lietuvoje ir Vakarų Europos šalyse yra labai panašūs, tačiau rezultatų vertinimas būtų tikslesnis, jei mūsų klinikiame darbe būtų taikoma pacientų apklausa specialiaisiais klausimynais bei skausmo objektyvizavimas visame pasaulyje naudojamais McGill klausimynais ir VAS.

## Pain in the case of Failed Back Surgery Syndrom

Bronius Špakauskas, Žilvinas Dambrauskas, Asta Krikščionaitienė

*Clinic of Spinal Neurosurgery, Kaunas University of Medicine Hospital, Lithuania*

**Key words:** intervertebral disc herniation, Failed Back Surgery Syndrome, chronic pain.

**Summary.** The problems of diagnosis and treatment of Failed Back Surgery Syndrome are briefly analyzed in this article. Literature overview and analysis is supplemented by the data collected at the Spinal Neurosurgery Department in Kaunas University of Medicine Hospital during the study in which clinical findings and data were analyzed and compared to the answers of patients in the special questionnaires about pain specially designed for the patients with low back pain and the Failed Back Surgery Syndrome. During this study specially designed questionnaire was introduced for the detailed pain evaluation, McGill pain questionnaire and visual analogical scales were included in this diagnostic tool. The most important clinical aspects of diagnosis and treatment of Failed Back Surgery Syndrome are discussed in this article and compared to the clinical trial in order to point out the real their value, effectiveness and long term results. In addition, the clinical value and use of special pain questionnaires is discussed and their auxiliary role is established.

Correspondence to B.Špakauskas, Clinic of Spinal Neurosurgery, Kaunas University of Medicine Hospital, Eivenių 2, 3007 Kaunas, Lithuania. E-mail: spak@takas.lt

### Literatūra

1. Crock HV. A Short Practice of Spinal Surgery- 2<sup>nd</sup> ed. Springer Verlag, 1993.
2. Czervionke LF, Berquist TH. Imaging of the Spine. Orthopaedic Clinics of North America 1997;28(4):583-616.
3. Ekkehard W. Fritsch, Jurgen Heisel, Stefan Rupp. The Failed Back Surgery Syndrome. Reasons, Intraoperative Findings, and Long- term Results: A Report of 182 Operative Treat-

- ments. Spine 1996;21(5):626-33.
4. Greenberg MS. Spine and spinal cord. In: Greenberg MS, editors. Handbook of Neurosurgery. 3<sup>rd</sup> ed. Greenberg Graphics, Inc; 1994. p. 463-520.
  5. Ščiupokas A. Periferinės nervų sistemos ligos. Vertebrogeninė neuropatija. (Diseases of Peripheral Nervous System.) Kaunas, 1997; p. 61-90.
  6. Špakauskas Br, Ambrozaitis K, Jagminas L. Reoperation for Failed Back Surgery syndrome. Rotterdam 1998; 1:42.
  7. Ščiupokas A, Špakauskas Br. Periferinės nervų sistemos ligos. Juosmeninės srities stuburo degeneracinių ligų chirurginis gydymas. (Diseases of Peripheral Nervous System.) Kaunas, 1997; p. 97-102.
  8. Albeck MJ, Hilden J, Kjaer L, Holtas S. A Controlled Comparison of Myelography, Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging in Clinically Suspected Lumbar Disc Herniation. Spine 1995;20(4):443-8.
  9. Amundsen T, Weber H, Lilleas F, Nordal H. Lumbar Spinal Stenosis. Clinical and Radiological Features. Spine 1995;20:1178-86.
  10. Patrick CAJ, Vroomen, Marc CTFM de Krom, Jan T. Wilmink. Pathoanatomy of clinical findings in patients with sciatica: a magnetic resonance imaging study. J Neurosurg (Spine 2) 2000;92:131-4.
  11. Fishgrund JS, Montgomery DM. Diagnosis and Treatment of Discogenic Low Back Pain. Orthopaedic Review 1993;311-18.
  12. Kirkpatrick JS. Oh, My Aching Back. Evaluation and Surgical Treatment of Lumbar Spine Disorders. J Southern Med Assoc 1996;89(10):935-9.
  13. Herron L. Recurrent Lumbar Disc Herniation: Results of Repeat Laminectomy and Discectomy. Journal of Spinal Disorders 1994;7(2):161-6.
  14. Hoffman RM, Wheeler KJ, Deyo RA. Surgery for Herniated Lumbar Discs: A literature synthesis. J of General Internal Medicine 1993;13(15):487-96.
  15. M Sindou, P Mertens, M Wael. Microsurgical DREZotomy for pain due to spinal cord and or cauda equina injuries: long term results in a series of patients. Pain 2001;92(1-2):159-71.
  16. Fandino J, Botana C, Viladrich A, Gomez Bueno J. Reoperation After Lumbar Disc Surgery: Results in 130 Cases. Acta Neurochirurgica 1993;122:102-4.
  17. McCulloch JA. Focus Issue on Lumbar Disc Herniation: Macro- and Microdiscectomy. Spine 1996;21(245):455-65.
  18. Onik G, Helms CA. Automated Percutaneous Lumbar Discectomy. University of California Printing Department; 1988.
  19. Shapiro S. Cauda Equina Syndrome Secondary to Lumbar Disc Herniation. Neurosurgery 1993;32(5):743-7.
  20. Silvers HR, Lewis PH, Asch HL, Clabeaux DE. Lumbar Discectomy for Recurrent Disc Herniation. Journal of Spinal Disorders 1994;7(5):408-19.
  21. Taylor L. Evaluation of outcomes following lumbar discectomy. N Zealand Med J 1996;109:398-400.
  22. Tullberg T, Isacson J, Weidenhielm L. Does Microscopic Removal of Lumbar Disc Lead to Better Results Than the Standard Procedure? Spine 1993;18(1):24-7.
  23. Devulder JER. Flow chart and desirable interventions for the treatment in the Failed Back Surgery Syndrome. Neurosurgery 1996;52:1-2.
  24. Epstein NE. Different Surgical Approaches to Far Lateral Lumbar Disc Herniations. Journal of Spinal Disorders 1995;8(5):383-94.
  15. Graver V, Ljunggren AE, Magnaes B, Loeb M, Lie H. Is the Outcome of Traditional Lumbar Disc Surgery Related to the Size of Exposure? Acta Neurochirurgica 1996;138:824-8.
  26. Wipf JE, Deyo RA. Low Back Pain. Med Clin North America 1995;79(2):231-46.
  27. Buch K. Lower back pain and sciatica: how best to manage them? Br J Hosp Med 1994;51 (5):216-22.
  28. Gunnar Bergstrom, Irene B. Jensen, Lenart Bodin. The impact of psychologically different patient groups on outcomes after a vocational rehabilitation program for long term spinal pain patients. Pain 2001;93(3):229-37.
  29. Oysten P Nygaard, Roar Kloster, Tore Solberg. Duration of leg pain as a predictor of outcomes after surgery for lumbar disc herniation: a prospective cohort study with 1- year follow up. J Neurosurg (Spine 2) 2000;92:131-4.

*Straipsnis gautas 2001 10 19, priimtas 2002 05 27  
Received 19 October 2001, accepted 27 May 2002*