

Жовнір І. І. к.мед.н. (Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янчука, м. Рівне)

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВЕРТЕБРОГЕННИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

***Анотація.** В статті на основі проаналізованих результатів комплексного лікування 46 пацієнтів з рефлексорними і корінцевими синдромами остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта, з урахуванням патогенезу вертеброгенного больового синдрому обґрунтовано доцільність поряд з медикаментозною терапією використання методів кінезіотерапії та фізіотерапії.*

***Ключові слова:** остеохондроз хребта, больовий синдром, лікування, пацієнти.*

***Аннотация.** В статье на основании проанализированных результатов комплексного лечения 46 пациентов с рефлексорными и корешковыми синдромами остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника, с учетом патогенеза вертеброгенного болевого синдрома обосновано целесообразность, наряду с медикаментозной терапией, использования методов кинезиотерапии и физиотерапии.*

***Ключевые слова:** остеохондроз позвоночного хребта, болевой синдром, лечение, пациенты.*

***Annotation.** Article based on analyzed results of combined treatment of 46 patients with reflex and radicular syndromes in degenerative lumbosacral spine, the usefulness of the pathogenesis of vertebragenous pain syndrome along with medical therapy, the use of physiotherapy and physical therapy.*

***Keywords:** osteochondrosis of spine, pain syndrome, treatment, patients.*

В загальній популяції розповсюдженість неврологічних проявів остеохондрозу хребта складає близько 80 %. За даними різних авторів поперекова локалізація болю займає від 60 до 80 % із загальної кількості хворих з остеохондрозом, що звернулись за медичною допомогою. Водночас, біль у спині займає друге місце по частоті всіх випадків тимчасової втрати працездатності і п'яте місце серед випадків госпіталізації, і є однією з актуальних проблем сучасної медицини в силу її високої розповсюдженості та значних економічних витрат, пов'язаних з втратою працездатності.

Серед етіологічних чинників, які зумовлюють розвиток больових синдромів в нижньому відділі спини є остеохондроз попереково-крижового відділу хребта, який являє собою хронічний дистрофічний процес, що проявляється зниженням гідрофільності і деструкцією тканини міжхребцевих дисків, їх кілоподібним випинанням в бік хребтового

каналу, реактивними змінами в оточуючій кістковій тканині хребців та розвитку артрозу дуговідросткових суглобів.

В залежності від того, на які структури патологічно впливає кила диску виділяють рефлекторні та компресійні синдроми. Рефлекторні синдроми, що пов'язані з подразненням рецепторів, які закладені в тканинах хребта приводять до виникнення зон гіпертонусу і трофічних змін в м'язевій тканині. Причиною формування компресійних синдромів є безпосередня компресія нервових корінців (радикулопатія) і спинномозкових гангліїв.

Чинником, що поглиблює розвиток цієї патології є слабкість паравертебральних м'язів внаслідок м'язевої детренованості за рахунок малорухомого способу життя, що веде до недостатності м'язевого корсету.

Тому, виділення патологічних синдромів має велике значення для вибору тактики лікування та визначення прогнозу захворювання.

Метою нашого дослідження є розробка індивідуальних програм реабілітації пацієнтів з рефлекторними та корінцевими синдромами остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта.

В процесі дослідження було обстежено 46 пацієнтів з гострим вертеброгенним больовим синдромом, які проходили курс лікування в неврологічному відділенні центральної міської лікарні м. Рівне. Із них рефлекторні синдроми (люмбалгії і люмбаішалгії) зустрічались у 27 чоловік, компресійні корінцеві синдроми у 19 чоловік.

Вік хворих становив $42,2 \pm 2,1$ років. Тривалість стаціонарного лікування у середньому складала $12,4 \pm 1,3$ днів. Критеріями включення пацієнтів в досліджувану групу були: клінічні ознаки L1–L5 або S1–S5 радикального ураження; хронічний перебіг захворювання; МРТ або КТ картина грижі (гриж) міжхребцевого диску попереково-крижової локалізації, які відповідали рівню ураженого корінця. При цьому, проводився аналіз скарг та даних неврологічного статусу, лабораторне, нейроортопедичне, рентгенологічне дослідження, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія хребта.

У всіх хворих був виявлений остеохондроз різного ступеню виразності і киліві випинання дисків. Для об'єктивізації больового синдрому використовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ). Ґрунтуючись на суб'єктивних відчуттях хворих, використання шкали дозволило кількісно виразити ступінь больового синдрому.

Найчастіше відмічались характерні скарги: іррадіація болю в сідницю (45 % випадків), промежину (в 26 %) або ногу (в 62 %), посилення больового синдрому при рухах (в 68 %) і кашлю (в 31 %), відчуттям оніміння ноги, особливо ступні (в 52 %), наявність міофасціальної дисфункції (в 68 %), болючість при пальпації паравертебральних точок (в 96 %), позитивних симптомів натягу (в 94 %), гіпорексії (в 76 %), розвитком протибольового сколіозу хребта (в 52 %), зниження м'язевої сили у нижніх кінцівках до 3–4 балів, вегето-судинних (в 65 %), та нейродистрофічних розладів (в 74 %).

Порушення чутливості є складовою частиною клінічної картини ураження спино-мозкового корінця і важливою діагностичною ознакою, яка свідчить про залучення до патологічного процесу чутливої порції спино-мозкового нерву або заднього спино-мозкового корінця. Джерелом болю у попереку, області тазу, нижніх кінцівок можуть бути міофасціальні пункти (МФТП). Для їх виявлення ми використовували пальпаторне дослідження м'язів поперекової області, тазового поясу і нижніх кінцівок. Були обстежені: м'яз, що випрямляє хребет, великий, середній і малий сідничні м'язи, грушоподібний м'яз, м'яз, що напружує широку фракцію стегна, чотириголовий м'яз, двоголовий м'яз стегна, напівперетинчастий, напівсухожильний м'язи, литковий м'яз, передній великогомілковий м'яз та довгий розгинач великого пальця ступні.

МФТП являли собою локальні м'язові ущільнення розміром не більше 1 см в діаметрі, при пальпації давали патерн відображеного болю.

Больові відчуття часто супроводжувались парестезіями у вигляді відчуття оніміння, мерзлякуватості або «жару» в кінцівках. Парестезії локалізувались в зоні розповсюдження болю, але у частини хворих вони виходили за її межі, розповсюджуючись по всій нижній кінцівці.

Оцінка виразності больового синдрому з використанням шкали ВАШ показала, що у всіх хворих біль класифікувався як виразний ($8,15 \pm 0,20$ і значно виразний $8,09 \pm 0,23$) (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка показників болю в процесі лікування хворих з
вертеброгенними больовими синдромами

Методика	До лікування	Після лікування
ВАШ, см	$8,15 \pm 0,20$	$2,07 \pm 1,67$
Числова шкала оцінки балів	$8,41 \pm 0,21$	$2,29 \pm 1,56$

Примітка : – р 0,5 в порівнянні з показниками до лікування.

Для лікування хворих нами застосовувався: точковий і сегментарний масаж, постізометрична релаксація м'язів, мобілізація на поперековому відділі хребта, м'язева тракція з часом процедури 30 хвилин при компресійних синдромах. Показами до фракційного лікування був стійкий компресійний синдром, визваний килою диска, протипоказами – секвестрація кили, нестабільність ПДС, грубі м'язево-тонічні синдроми.

Застосовувалась голкорексфлексотерапія. Вибір точок, послідовність впливу визначили відповідно до принципів класичної акупунктури з урахуванням даних акупунктурної діагностики на Накатані, загального стану хворого, супутньої патології. Впливи на точки місцево-сегментарної

дії, больові (V 22-28, 31-34, 46-50, 54, T3-5, VB29, 30, 34, 36, E36, 42, 44V40, 50, 54, 57,60, 65, 67 і VB30), віддалені і загальнозміцнюючі (G14, P7, VB34, VB 39, TR5, IG17, RP6, E36, MC6, V11, T14), які визначають розвиток загальної реакції і розташовані в комірцевій зоні, в області рук, ніг, а також точки які знаходяться в зоні переважної іннервації пошкодженого корінця. Використовували правила міжмеридіанних зв'язків класичної рефлексотерапії: «поперекове-ло», «у-сін», «полудень-полініч», «чудові меридіани». Для цього, з метою збалансування «інь-ян» енергії, впливали на стандартні пункти (седативні, тонізуючі точки, точки - посібники, ло-пункти та ін.) в залежності від індивідуальних особливостей хворого. Використовували 2-3 аурикулярні точки. Для посилення лікувального ефекту використовували точки на непошкодженій нижній кінцівці. При проведенні всього курсу РТ і кожної процедури враховували наявність у хворого супутньої патології, тобто здійснювали вплив як на основні точки, так і на симптоматичні.

Із фізіотерапевтичних методів із врахуванням протипоказів по супутній патології використовували: підводне поперекове витягання без вантажу, гідромасаж, гальванічні, синусоїдальні модульовані, біодинамічні, інтерференційні токи, ампліпульс, магнітні поля низької частоти в пульсуючому і перемінному режимах, лазеротерапію, ультразвук в імпульсному режимі, ультрафонофорез анальгіну, анестезину, баралгіну, гідрокортизону, еуфіліну, ерітеміні дози середньохвильового ультрафіолетового опромінення.

Застосовували нервово-м'язеву електростимуляцію по моно полярній методиці, при якій активний електрод розташовували на руховій точці м'язу, що стимулювався, а пасивний (індиферентний) – у відповідному сегменті хребта. Використовували також озокеритові (46-48°), парафінові (48-50°) або грязьові (40-42°) аплікації на спазмовану ділянку. З ціллю забезпечення зниження тону м'язів, відновлення гемодинаміки, тканевого метаболізму, трофічної функції симпатико-адреналової системи примінялися загальні скіпідарні, йодобромні, хлоридно-натрієві ванни. Окрім того, всім пацієнтам проводили медикантозну терапію: введення L-лізіну есцитану 0,1 % – по 10.0 мл на 100.0 мл 0,9 % р-ну NaCl; нестероїдних протизапальних препаратів, анальгетиків, міорелаксантів, вітамінів групи В.

З метою сповільнення дегенеративних змін в хрящевій тканині ПДС, оберненого розвитку змін, які виникли в ній приміняли хондропротектори, повільнодіючі протизапальні і структурно-модифікуючі препарат: хондроїтина сульфат і глюкозамін, які являють собою природні компоненти хрящової міжклітинної речовини (ДОНА в капсулах 250 мг, під час їжі по одній дві капсули три рази в день на протязі 1-3 місяців).

Застосовувались лікувальні медикаментозні паравертебральні блокади. Розроблявся індивідуальний комплекс лікувальної фізкультури. Для зменшення виразності м'язевого спазму й укріплення м'язевого корсету використовувалися вправи в ізометричному режимі в двох варіантах (при затримці дихання на фазі виходу і при затримці дихання на фазі видиху);

вправи на активне розслаблення різних м'язевих груп, які сприяли зниженню м'язевого тонуусу і покращенню загальної координації рухів, аутогенне тренування.

Окрім того, примінялися вправи направлені на тренування балансу (вправи на координацію, рівновагу, відновлення осанки), проводили навчання хворих раціональному руховому режиму: засвоєння правильного сидіння, стояння, ходи, переносу і підйому важких предметів, навиків виконання побутових робіт. Хворим пропонувалось дотримання раціонального харчування; обмеження вживання тваринних жирів, цукру, кондитерських виробів, дієта збагачена фосфором і білками (риба, свіжі овочі та фрукти); продукти, які містять тіолові проферменти (брусника, клюква, грейпфрути); контроль маси тіла.

Суть консервативної терапії заключалась у зменшенні запалення, набряку, зняття надмірної м'язевої напруги, покращення мікроциркуляції і оксигенації тканини. Цим самим знімалася компресія нервового корінця, покращувалось його кровопостачання, регресував больовий синдром.

В результаті проведеного лікування відмічалось клінічне поліпшення, що виражалось у зменшенні інтенсивності больового вертебрального синдрому з 9-10 до 3-2 балів по шкалі ВАШ. Збільшився об'єм рухів в блокованих ПДС; зменшилась виразність міофіксації і деформації хребта; зменшились симптоми натягу (Лассега), зони гіпестезії; збільшилась сила в згиначах і розгиначах ступні і пальців; поліпшився стан хворих, що виразилось у стабільній вертебродинаміці.

На підставі отриманих результатів лікування хворих з рефлекторними і корінцевими синдромами остеохондрозу попереково-крижової локалізації доцільно рекомендувати в комплексному лікуванні поряд з медикаментозною терапією використання методів кінезіотерапії та фізіотерапії, що дозволяє знизити терміни лікування хворих у стаціонарі, сприяє більш значному клінічному виздоровленню та покращенню якості життя пацієнтів.

1. Бубковський С. М. Руководство по кинезитерапии. Лечение боли в спине и гриж позвоночника / С. М. Бубковський. – М., 2004. – 112 с. 2. Кузнецов В. Ф. Справочник по вертеброневрологии: клиника, диагностика / В. Ф. Кузнецов. – Минск., Беларусь, 2000. – 315 с. 3. Жарков П. Л. «Пояснение» боли / П. Л. Жарков, А. П. Жарков, С. М. Бубновский. – М., 2001. – 143 с. 4. Орел А. М. Рентгендиагностика позвоночника для мануальных терапевтов: Т. 1 / А. М. Орел. – М.: Видар, 2006. – 312 с. 5. Петерсон Х. Общее руководство по радиологии / Х. Петерсон. – М.: Спос, 1996. – 323-325 с. 6. Попелянский М. Ю. Ортопедическая неврология. Руководство для врачей / М. Ю. Попелянский. – М.: МЕД пресс-информ., 2003. – 670 с. 7. Фищенко В. Я. Кинезотерапия поясничного остеохондроза / В. Я. Фищенко, И. А. Лазарев, И. В. Рой. – К.: Медкнига, 2006. – 96 с. 8. Bresvik H., Borehgrevink P.C., Allen S.M. Assessment of pain / H. Bresvik, P. C. Borehgrevink, S. M/ Allen // British Journal of Anesthesia. – 2008. –101 (1). – P. 17-24.

Рецензент: д.пед.н., доцент Поташнюк І. В.