

УДК: 616.831-001,137^{cc}

О.Є. Пашков, О.О. Перепечай, Я.В. Фіщенко ДОСВІД КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПРОТРУЗІЯМИ ТА ГРИЖАМИ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ У ПОЄДНАННІ ІЗ НЕСТАБІЛЬНІСТЮ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

Пашков О.Є., Перепечай О.О. Фіщенко Я.В. Досвід консервативного лікування хворих із протрузіями та грижами міжхребцевих дисків у поєднанні із нестабільністю поперекового відділу хребта // Український медичний альманах. – 2014. – Том 17, № 3. – С. 132-136.

Проведено аналіз 40 хворих, із нестабільністю та грижею диска у поперековому відділі хребта. Провели аналіз близьких (1 місяць) та віддалених (1,5 роки) результатів консервативного лікування а також вивчили характер і особливості їх перебігу у ранньому та віддаленому періодах. Застосування поєднання мануальної терапії та тракції неприпустимі як метод консервативного лікування грижі диска, поєднаною з нестабільністю. Реабілітація пацієнта (цілеспрямоване відновлення надійності функціонування хребта в умовах фізіологічних, побутових і виробничих навантажень).

Ключові слова: нестабільність, ускладнення, спинний мозок, ХРС (хребцево-руховий сегмент).

Пашков А.Е., Перепечай О.А., Фищенко Я.В. Опыт консервативного лечения больных с протрузиями и грыжами межпозвоночных дисков в сочетании с нестабильностью поясничного отдела позвоночника // Украинський медичний альманах. – 2014. – Том 17, № 3. – С.132-136.

Проведен аналіз 40 больных с диагнозом - нестабильность и грыжа диска в поясничном отделе позвоночника. Провели анализ краткосрочных (1 месяц) и отдаленных (1,5 года) результатов консервативного лечения, а также изучили характер и особенности их течения в раннем и отдаленном периодах. Совместное применение мануальной терапии и тракции, как метода консервативного лечения грыжи диска при наличии нестабильности, не допустимо.

Ключевые слова: нестабильность, осложнения, спинной мозг, ПДС (позвоночно-двигательный сегмент).

Pashkov O., Perepechay O., Fishchenko I. Our experience in nonsurgical treatment of patients with protrusions and herniated discs coupled with instability of the lumbar spine // Український медичний альманах. – 2014. – Том 17, № 3. – С. 132-136.

An analysis of 40 patients with the diagnosis - instability and a herniated disc in the lumbar spine. Analyzed the short-term (1 month) and long-term (1.5 years) results of conservative treatment, and also examined the nature and characteristics of their course in the early and late periods. Combined use of manual therapy and traction as a method of conservative treatment of disc herniation in the presence of instability, is not permissible.

Key words: instability, complications, spinal cord, VCP (vertebral-motor segment).

Вступ. Протрузія або випинання міжхребцевого диску являє собою зсув пульпозного ядра, через вузький або широкий дефекти внутрішніх пластин фіброзного кільця при збереженні цілісності зовнішніх пластин фіброзного кільця і задньої поздовжньої зв'язки.

Грижа міжхребцевого диска, це коли відбувається розрив фіброзного кільця і невелика частина пульпозного ядра виштовхується назовні, стискаючи спинний мозок або нервовий корінець.

Кілька факторів відіграють важливу роль у прояві клінічної симптоматики:

1. Запальна реакція, як аутоімунна відповідь на біологічні активні продукти дегенерації пульпозного ядра.
2. Дисциркуляторні порушення, пов'язані з механічною компресією, що супроводжуються набряком та ішемією нервових структур.
3. Механічне напруження або компресія спинозмозкового нерва.

Якісна відмінність між протрузією і грижею диска - при грижі аутоімунне запалення локалізується не тільки в межах диска, а і в епидуральному і периневральному просторах.

Для виникнення як протрузії так і грижі диска необхідно дві умови:

- а) гіпергідратація пульпозного ядра і поза межне високий внутришньодісковий тиск
- б) зменшення механічної міцності фіброзного кільця і задньої поздовжньої зв'язки.

Протрузії і грижі диска завжди призводять до порушення опорної функції хребта. Менший дефект фіброзного кільця і втрата пульпозного ядра, створює менше порушення опорної функції. Сегмент може залишитися стабільним, хоча при цьому збільшується його деформованість при навантаженнях. Ці зміщення найчастіше не настільки великі, що б кваліфікувати цю деформацію як нестабільність сегмента. Однак при певному порозі деструкції елементів диска порушується опоростабільність не тільки диска, але і всього сегмента. Виникає дискогенна нестабільність сегмента. Збільшення деформованість сегмента, зміщення хребців при русі призводить до появи типового симптомокомплексу нестабільності. У даному випадку ці прояви усуваються за рахунок міотонічної реакції сегментарних м'язів. Сегмент замикається, його опороспроможність доповнюється за рахунок функціональної бло-

кади, його знерухомилення, тобто на шкоду рухової функції.

Також порушення опорної функції хребцево-рухового сегмента компенсується іншими елементами хребта, найчастіше дуговідросчатими суглобами. Подальше прогресування структурно-функціональних змін при остеохондрозі призводить до спондилоартрозу, виникненню неартрозів і їх остеоартрозів, дегенеративного спондилолістезу, а так само стенозу хребетного каналу, і (або) каналів спинномозкових нервів.

Консервативне лікування застосовується на ранніх стадіях при невираженому больовому синдромі і незначних порушеннях хребцево-рухового сегменту (на магнітно-резонансних томограмах протрузії між хребцевого диску до 3-4 мм, а функція хребта в ураженому сегменті – компенсована).

А.І. Продан із співавторами виділив чотири етапи патогенетичного лікування:

1. Невідкладна допомога (усунення основних механізмів продукції болю, інших клінічних проявів).

2. Активне консервативне лікування (усунення або зменшення основних структур-

них порушень хребцево-рухового сегмента, повне або часткове відновлення опорної, рухової і захисної функції).

3. Реабілітація пацієнта (цілеспрямоване відновлення надійності функціонування хребта в умовах фізіологічних, побутових і виробничих навантажень).

4. Профілактика рецидивів захворювання [28].

При неефективності консервативної терапії протягом 2-3 місяців або наростанні клінічних проявів та неврологічних розладів ставляться покази до хірургічного лікування.

Мета роботи. Представити результати консервативного лікування хворих у найближчі та віддалені терміни з протрузіями і грижами дисків у поєднанні з різними видами нестабільності попереково-крижового відділу хребта.

Матеріал та методи досліджень. Матеріалом послужили протоколи обстеження 40 пацієнтів, які проходили лікування з 2010 по 2012 рік в клініці хірургії хребта з нейрохірургічним спинальним центром. Жінок було 20, чоловіків - 20. Середній вік пацієнтів - 47,5 років (варіації 35-74 року). (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл хворих за статтю та віком

Вік хворих	Чоловіки	Жінки	Всього	%
35-44	12	9	21	52,5
45-59	7	5	12	30
60-74	1	6	7	17,5
Всього	20	20	40	-
%	50	50	-	100

Критерії включення в матеріал обстеження - хворі з протрузіями або грижами міжхребцевих дисків у поєднанні з нестабільністю хреб-

цево-рухового сегмента (дискогена, дискартрогена, дискартроостеогена). (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл хворих за видами нестабільності

	ВИДИ НЕСТАБІЛЬНОСТІ			Усього	%
	дискогена	дискартрогена	дискартроостеогена		
Чоловіки	4	4	2	10	50
Жінки	5	2	3	10	50
Всього	9	6	5	20	-
%	45	30	25	-	100

Методи дослідження включали клінічні, рентгенологічні з використанням обов'язкової функціональної профільної спонділограмми, КТ, МРТ. Крім того, до і в різні терміни після лікування, визначали інтенсивність болю за міжнародною шкалою болю (Pain Score), якість життя за шкалою дісабілітації Oswestry (версія 2.0.)

Клінічні дані та результати консервативного лікування у хворих з були оцінені за допомогою прогресивної методики запитальника NASSa (North American spine society lumbar spine outcome assessment instrument), яка найбільш повно відображає як неврологічну симптоматику, так і функціональний стан хворих [35]. Ця методика фактично є вдосконаленим варіантом опитувальника "Oswestry", але на

відміну від нього в неї включені питання, які дозволяють оцінити вираженість неврологічної симптоматики самими хворими. Запитальник заповнюється хворими до лікування, одразу після лікування, через 1-12 місяців та 1,5 роки. Також для оцінки больового синдрому нами використовувалася десятибальна візуально - аналогова шкала, де «0» - позначає відсутність болю, «10» - нестерпний біль [34,37].

Всі хворі були поділені на групи в залежності від виду консервативного лікування. Особлива увага приділялась таким видам консервативного лікування як мануальна терапія, тракція, фіксація в корсеті, епідуральні та артикулярні блокади.

Дані за результатами консервативного лікування представлені в табл.3.

Таблиця 3. Розподіл хворих за видами консервативного лікування.

Методи лікування	I група (n=20)	II група (n=20)	Всього(n=40)	
			абс.	%
НПЗП	20	20	40	100
Міорелаксанти	12	14	26	65
Вітамінотерапія	15	14	29	72,5
Судинні препарати	9	8	17	42,5
Тканева терапія	8	10	18	45
Фіксація в корсеті	12	9	21	52,5
Фізіопроцедури	11	8	19	47,5
Мануальна терапія	14	7	21	52,5
Тракція	11	4	15	37,5
Блокади паравертебральні	12	13	11	27,5
Блокади епідуральні	3	4	7	17,5
Лікувальна фізкультура	4	5	9	22,5
Заняття спортом	3	3	6	15

Для вибору тактики лікування ми використували п'ять критеріїв:

1. Зниження внутрішньодискового тиску, усунення чи зменшення випячування диску і пов'язаний з цим іритация рецептурного поля, синуввертебрального нерва, компресії або натягу елементів спинного мозку.

2. Зменшення нестабільності хребетно-рухового сегмента.

3. Зниження ексудативної фази запальної реакції, так званого «хімічного» впливу на елементи спинного мозку.

4. Усунення дисциркуляторних розладів.

5. Реабілітація та профілактика рецидивів захворювання.

Результати та обговорення. Однією з го-

Таблиця 4. Розподіл хворих за клінічними проявами.

Стадія неврологічних розладів	Стать		всього	%
	чоловіки	Жінки		
Люмбалгія з радікулопатією	8	4	12	30
Радікулопатія	12	16	28	70

Аналізуючи розвиток клінічних проявів, розладів при нестабільності хребта, серед обстежених хворих, переважають хворі з радікулопатією – 28 хворий (70%), радікулопатія з люмбалгією - 12 хворих (30%).

Таблиця 5. Результати консервативного лікування.

Методи лікування	Строк після лікування			
	2 тижні	1 місяць	0,5 року	1,5 року
НПЗП	добре	незадовільно	незадовільно	Незадовільно
Мануальна терапія	Задовільно	незадовільно	незадовільно	Незадовільно
Тракція	добре	Задовільне	незадовільне	Незадовільне
Поєднання блокади та мануальної терапії	добре	Задовільне	незадовільне	Незадовільне
Поєднання НПЗП з фіксацією в корсеті	добре	задовільно	задовільно	Незадовільно

На підставі результатів двох опитувальників виділені три групи результатів лікування по Маснаб, доповнені нашими спостереженнями:

- добрий результат (група I): відсутність рухових і чутливих розладів, повне або майже повне повернення до старого (до початку хвороби або до останнього загострення) рівню

ловних проблем при виборі тактики лікування - діагностика джерела і механізму болю. Джерелом вертеброгенної і (або) корінцевої болі можуть бути - міжхребцевий диск, дугоотростчаті суглоби, спинномозковий нерв і його корінці, м'язи, зв'язки. Крім того, часто наявність функціональної блокади хребцево-рухового сегмента ускладнює діагностику. У багатьох випадках єдиним способом ідентифікації джерела болю, а також можливість провести функціональне рентген обстеження, служить діагностична блокада (епідуральна і селективна блокада спинномозкових нервів).

Розподіл хворих по основним клінічним проявам (табл.4)

Проведено аналіз консервативного лікування строком від 2-х тижнів після лікування до 1,5 років. Результати спостереження наведені в табл.5.

- соціальної і фізичної активності, можливо обмеження великих фізичних навантажень при наявності рідкісних неінтенсивним розладів, відновлення порушеної функції. Відсутність необхідності в постійному прийомі анальгетиків, нормальна активність пацієнта. Відсутність об'єктивних ознак компресії корінців;

- задовільний результат (група II): ми-

нущі епізоди помірних корінцевих болів або болів в нижній частині спини, побутова та соціальна активність відновлені не повністю, можливі тільки невеликі фізичні навантаження, наявність рецидивів больового синдрому, який вимагає проведення консервативного лікування або нестійкого прийому анальгетиків. Відсутність об'єктивних ознак компресії корінців;

- незадовільний результат (група III): Суб'єктивно відзначається відсутність продуктивних змін і ефекту від операції. Пацієнта турбує постійний триваючий больовий синдром, існує необхідність в прийомі анальгетиків і значно знижена активність пацієнта. Об'єктивно виявляються ознаки триваючої радикулопатії або погіршення стану.

Як видно з таблиці 5, найближчі результати консервативного лікування яке ми розглядали мають позитивний ефект, але вже через місяць ми спостерігали повернення неврологічної симптоматики при деяких видах консервативного лікування, а через 1,5 року у всіх хворих відзначалося повернення неврологічної симптоматики до вихідного. Також нами від-

мічено, що яскраво вираженим протипоказанням до консервативного лікування поєднання грижі диска з нестабільністю є мануальна терапія і тракція. Більш задовільні результати дає поєднання НПЗП з фіксацією в корсеті, що пояснюється патогенезом даного захворювання.

Висновки:

1. Застосування поєднання мануальної терапії та тракції неприпустимі як метод консервативного лікування грижі диска, поєднаною з нестабільністю.

2. Поєднання застосування НПЗП з фіксацією в корсеті дає позитивний ефект, але не більше ніж на 6 місяців.

3. Дистрофічні ураження міжхребцевого диска та інших елементів хребцево-рухового сегменту на ранніх етапах патологічного процесу можуть бути оборотними.

4. При грубій деструкції тканин одужання пов'язано не з регенерацією тканин а з репаративними процесами і адаптивно-компенсаторними механізмами.

5. Консервативне усунення епізоду загострення не означає вилікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. **Аганесов А.Г.** Десятилетний опыт применения микрохирургической дискэктомии / А.Г. Аганесов, Х.А. Мусалатов // Вест, травматол. и ортопед. - 2002. - № 3. - С. 21 -25.
2. **Аганесов А.Г.** Реконструкция позвоночного сегмента при спондилолистезе поясничного отдела позвоночника / А.Г. Аганесов, К.Т. Месхи // Хирургия позвоночника. - 2004. - № 4. - С. 18 - 22.
3. **Алтунбаев Р.А.** Компьютерно-томографическое исследование анатомических особенностей позвоночного канала на нижнепоясничном уровне у больных с люмбоишиалгиями / Р.А. Алтунбаев // Вертеброневрология. - 1993. - № 2. - С. 14-18.
4. **Антонов И.П.** Поясничные боли / И.П. Антонов, Г.Г. Шанько. - Минск, 1989.-143 с.
5. **Ахадов Т.А.** МРТ спинного мозга и позвоночника / Т.А. Ахадов, В.О. Панов, У. Айххофф. - М., 2000. - 747 с.
6. **Берснев В.П.** Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов: руководство для врачей / В.П. Берснев, Е.А. Давыдов, Е.Н. Кондаков. - СПб: Специальная литература, 1998. - 368 с.
7. **Благодатский М.Д.** Патогенез и хирургическое лечение корешковых синдромов поясничного остеохондроза (экспериментальные и клинические исследования): автореф. дис. д-ра мед. наук / М.Д. Благодатский.-Л., 1987.-43 с.
8. **Благодатский М.Д.** Диагностика и лечение дискогенного пояснично-крестцового радикулита / М.Д. Благодатский, С.И. Мейерович. - Иркутск: Изд-во Иркутского ун-та, 1987. - 272 с.
9. **Богородинский Д.К.** Спондилогенный пояснично-крестцовый радикулит / Д.К. Богородинский, Д.Г. Герман, О.О. Годованик, А.А. Скоромец. -М.: Медицина, 1975.- 148 с.
10. **Брехов А.Н.** Морфологическое и биомеханическое состояние поврежденного сегмента спинного мозга в условиях его стабилизации: дис. канд. мед наук / А.Н. Брехов. - Симферополь, 1986. - 240 с.
11. **Брехов А.Н.** Развитие микрохирургической дискэктомии в системе минимально инвазивных технологий хирургического лечения поясничного остеохондроза / А.Н. Брехов // Український нейрохірургічний журн.-2001.-№2.- С. 9.
12. **Брехов А.Н.** Рестабилизация поясничного сегмента позвоночника после микродискэктомии / А.Н. Брехов, М.И. Калинин, А.М. Поляков и др. // Новые технологии в нейрохирургии : Мат. VII междунар. симпозиума. - СПб, 2004. - С. 81 - 82.
13. **Булгаков В.Н.** Передняя декомпрессия корешков спинномозговых нервов на пояснично-крестцовом уровне / В.Н. Булгаков, А.А. Луцки, В.С. Карпенко // Мат. III съезда нейрохирургов России. - СПб, 2002.-С. 236-237.
14. **Васильев А.Ю.** Чрезкожная лазерная вапоризация в лечении грыж межпозвоночных дисков / А.Ю. Васильев, В.М. Казначеев, Г.А. Пахомов и др. // Мат. III съезда нейрохирургов России. - СПб, 2002. - С. 237 -238.
15. **Васильев А.Ю.** Методика чрезкожной лазерной вапоризации в лечении грыж межпозвоночных дисков различных отделов позвоночника / А.Ю. Васильев, В.М. Казначеев, Б.В. Фомин и др. // Новые технологии в нейрохирургии: Мат. VII междунар. симпозиума. - СПб, 2004. - С. 82 - 83.
16. **Васильева О.В.** Особенности диагностики и лечения больных с грыжами поясничных межпозвоночных дисков при врожденном стенозе позвоночного канала : автореф. дис. канд. мед. наук / О.В. Васильева. - Курган, 2002.-24 с.
17. **Веселовский В.П.** Диагностика синдромов остеохондроза позвоночника / В.П. Веселовский, М.К. Михайлов, О.Ш. Самитов. - Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1990. - 288 с.
18. **Ветрилэ С.Т.** Показания и особенности выбора тактики хирургического лечения поясничного остеохондроза с использованием трапспедикуляр-

- ных фиксаторов / СТ. Ветрилэ, В.В. Швец, А.И. Крупаткин // Хирургия позвоночника. - 2004. - № 4. - С 40 - 46.
19. **Грунтовский Г.Х.** Обоснование и клиническое применение керамических имплантатов при хирургическом лечении некоторых заболеваний и повреждений опорно-двигательного аппарата : автореф. дис. д-ра мед. наук / Г.Х. Грунтовский. - Харьков, 1988. - 28 с.
20. **Понтер В.Э.** Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы / В.Э. Понтер, Г.Ц. Дамбаев, П.Г. Сысолятин и др. - Томск: Изд-во Томского ун-та, 1998. - 487 с.
21. **Давыдов Е.А.** Спондилодез провололочными никелид-титановыми конструкциями с термомеханической памятью / Е.А. Давыдов, Д.Е. Давыдов, О.П. Шаболдо // Актуальные вопросы нейрохирургии: Мат. совещания главных нейрохирургов. - Мурманск, 1995. - С. 34 - 35.
22. **Давыдов Е.А.** Варианты многоплоскостного спондилодеза никелид-титановыми провололочными конструкциями / Е.А. Давыдов, О.П. Шаболдо // Мат. II съезда нейрохирургов РФ. - Н. Новгород, 1998. - С. 269.
23. **Давыдов Е.А.** Восстановительные операции при последствиях травм позвоночника и спинного мозга : дис. д-ра мед. наук / Е.А. Давыдов. - СПб, 1998.-278 с.
24. **Дорошенко П.В.** Модифицированный переднебоковой ретроперитонеальный доступ к поясничному отделу позвоночника для оперативного лечения больных с компрессиями конского хвоста и поясничных спинномозговых корешков : автореф. дис. ... канд. мед. наук / П.В. Дорошенко. - М., 2004. - 20 с.
25. **Доценко В.В.** Хирургическое лечение поясничного остеохондроза с применением модифицированного забрюшинного вентрального доступа : автореф. дис. канд. мед. наук / В.В. Доценко. - Рязань, 2000. - 26 с.
26. **Марголин Г.А.** Бескровные методы хирургического лечения болезненных проявлений поясничного остеохондроза / Г.А. Марголин. - Архангельск: Изд-во Архангельской гос. мед. академии, 1995. - 144 с.
27. **Марков А.И.** Задний спондилодез в лечении грыжи межпозвоночного диска / А.И. Марков, Д.Б. Власов // Новые технологии в нейрохирургии : Мат. VII междунар. симпозиума. - СПб, 2004. - С. 94.
28. **Хвисяк Н.И.** Нестабильность поясничного отдела позвоночника: дис. д-ра мед. наук / Н.И. Хвисяк. - Харьков, 1977. — 472 с.
29. **Хвисяк Н.И.** Нестабильность поясничного отдела позвоночника//Автор дисс. докт. мед. наук – Киев, 1977 – 30с.
30. **Хелимский, А.М.** Нейрохирургическое лечение хронических дискогенных болевых синдромов шейного и поясничного остеохондроза : дис. д-ра мед. наук / А.М. Хелимский. - Хабаровск, 1996. - 378 с.
31. **Хелимский, А.М.** Хронические дискогенные болевые синдромы шейного и поясничного остеохондроза. - Хабаровск: РИОТИП, 2000. - 256 с.
32. **Холин А.В.** Магнитная резонансная томография позвоночника и спинного мозга / А.В. Холин, А.Ю. Макаров, Е.А. Мазуркевич. - СПб: Лито-Синтез, 1995.-132 с.
33. **Холин А.В.** Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы / А.В. Холин. - СПб: Гиппократ, 1999.-192 с.
34. **Холодов С.А.** Микрохирургическая реконструктивная декомпрессия нейро-сосудистых образований при дискогенных поражениях поясничного отдела позвоночника: автореф. дис. д-ра мед. наук / С.А. Холодов. - М., 2002. - 45 с.
35. **Agazzi S.** Posterior lumbar interbody fusion with cages: an independent review of 71 cases / S. Agazzi, A. Reverdin, D. May // Spine. - 1999. -Vol. 91, №2.-P. 186-192.
36. **Armstrong J.W.** Autogenous conchal cartilage as a replacement after a discectomy / J.W. Armstrong, J.M. Heit, R.C. Edwards // Oral Surgery. - 1992. -Vol. 73, № 3, p. 269-272.
37. **Asch H.L.** Prospective multiple outcomes of outpatient lumbar microdiscectomy: should 75 to 80% success rates be the norm? / H.L. Asch, P.J. Lewis, D.B. Moreland et al. // Spine. - 2002. - Vol. 96, № 1. - P. 34 - 44.
38. **Benazet J.P.** Le traitement de la hernie lombaire par discectomie percutanee / J.P. Benazet, R. Roy-Camille, G. Saillant, P. Menei // Chirurgie. -1991.-Vol. 117, № 1.-P. 59-67.
39. **Bonaldi G.** Percutaneous discectomy using Onik's method: 3 years' experience / G. Bonaldi, G. Bellonti, D. Prosetti, L. Moschini // Neuroradiol. - 1991.-Vol. 33, №6.-P. 516-519.

Надійшла 12.02.2014 р.

Рецензент: проф.. В.К.Івченко