

## ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРАММ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

*Исакова Н.В.*

*Харьковский научно-исследовательский институт ортопедии и травматологии им. проф. М.И. Ситенко*

Лечение дистрофически-деструктивных заболеваний позвоночника представляет собой трудную задачу. Нередко для выздоровления и реабилитации больного требуется 2-3 года настойчивого консервативного лечения. Но и в этом случае пациент не всегда излечивается от клинических симптомов: хотя к этому времени сегмент стабилизируется, но развивается остеохондроз дугоотростчатых суставов, иногда приводящий к стенозу каналов спинно-мозговых нервов.

Более того, статистические исследования достаточно большой группы больных показали, что если обострение длится не более 2-3 месяцев, то при консервативном лечении шансы на полное выздоровление составляют 95%, при длительности болевого синдрома более 6 месяцев — 40%, а если болевой синдром продолжается более 1 года, то возможность полного выздоровления не превышает 15%. Следовательно, необходимо не просто избавить пациента от боли, но и сделать это в кратчайшие сроки [1,2].

Патогенетическое лечение - понятие динамическое и непременно включает постоянное решение диагностических задач, выбор оптимального метода коррекции и его безупречного выполнения: прогнозирование результата действия применяемых методов коррекции и характера изменений структурно-функциональных нарушений ПДС при воздействии лечебных методов, оценка соответствия прогнозируемого и реального результата, целенаправленное изменение методов коррекции на основе диагностики результата действия первоначального комплекса лечебных мероприятий.

Выбор лечебной тактики, последовательность применения различных лечебных методов зависят не от симптомов заболевания, а от структурно-функциональных изменений позвоночного двигательного сегмента (ПДС).

Однако приведенные здесь программы служат лишь базой для адекватного лечения, само же лечение, как мы уже говорили, должно корректироваться ежедневно, а порой и чаще, в зависимости от результата, достигнутого

действием предыдущих средств, их структурно-функционального эффекта.

Основы программы лечения:

- 1) нозологический и структурно-функциональный диагноз;
- 2) выбор лечебной тактики и конкретных методов лечения;
- 3) лечение больного;
- 4) диагноз результата и связанных с лечением изменений структурно-функциональных нарушений;
- 5) коррекция лечебной тактики и конкретных методов лечения.

Под лечебной тактикой мы понимаем патогенетически обоснованную последовательность устранения отдельных структурных дефектов и функциональных нарушений [3,4].

Лечебные мероприятия мы считаем нужным разделить на три взаимосвязанные и перекрывающиеся категории: неотложная помощь, активное патогенетическое лечение, реабилитация больного и профилактика рецидивов заболевания.

Помощь должна считаться неотложной до тех пор, пока хотя бы наиболее важные в клиническом отношении структурные дефекты и функциональные нарушения не устранены. Чем тяжелее болевые синдромы и неврологические расстройства, чем грубее нарушения опорной и защитной функции, тем более мощные средства неотложной помощи следует применять. Очевидно, в каких-то определенных ситуациях неотложная помощь будет состоять в немедленном хирургическом вмешательстве (если прогноз относительно других методов лечения неблагоприятен, то вероятность необратимых изменений функции спинного мозга, его корешков и нервов высока).

Тактические задачи лечения состоят в том, чтобы:

- 1) устранить функциональную блокаду ПДС;
- 2) восполнить опороспособность сегмента и ликвидировать нестабильность;
- 3) завершить процесс фибротизации структурного дефекта диска;
- 4) провести комплекс лечебных мероприя-

тий, направленных на восстановление надежности лечения и предупреждения рецидивов;

5) дать научно обоснованные рекомендации для предупреждения прогрессирования заболевания, повышения адаптивных возможностей организма, обучить основам эргономики и производственных нагрузок.

Для устранения функциональной блокады в зависимости от тяжести миотонической реакции применяют разные средства. В большинстве случаев достаточно назначить покой, анальгетики, методы постизометрической релаксации. В более тяжелых случаях используют иглорефлексотерапию, точечный или точечно-сегментарный массаж, мобилизацию и мануальную терапию. Относительно редко эти методы не дают эффекта, и тогда необходимы сеансы вытяжения на тракционных столах или креслах, подводное вытяжение.

Иногда приходится применять эпидуральную блокаду или селективную блокаду фиброзного кольца и только после этого выполнить мобилизацию и манипуляции. Цель манипуляций и других средств — устранить механические причины миотонических реакций.

Неотложная помощь при дискогенной нестабильности состоит в назначении помимо анальгетиков и анальгезирующей физиотерапии покоя в горизонтальном положении, дисциплинирующего накроватного вытяжения небольшими грузами (3-6 кг), ортезированием.

Неотложная помощь больным с протрузиями дисков состоит в устранении механических причин клинической симптоматики. Все пациенты с протрузиями, особенно с выраженными радикулярными синдромами, нуждаются в неотложной госпитализации, так как эффективная помощь им возможна только в условиях стационара.

Принципиальных отличий грыж дисков от протрузий только два: биологически активные продукты неполной деполимеризации протеогликанов пульпозного ядра не “процеживаются” при повышенном внутридисковом давлении, как это характерно для протрузий, а внезапно в большом количестве непосредственно вместе с фрагментами выпавшего пульпозного ядра поступают в эпидуральное и периневральное пространство; основные события реактивного аутоиммунного воспаления локализуются не в пределах диска, как это бывает при протрузиях, но в связи с полной экструзией элементов диска в позвоночный канал воспалительная реакция происходит непосредственно в эпидуральном и перинев-

ральном пространстве, а реактивный эпидурит, и даже арахноидит являются неизбежным следствием грыжи диска, если у конкретного пациента нет иммунодефицитного состояния. Особенно грубый эпидурит и арахноидит наблюдается у лиц с иммунологической гиперреактивностью.

Грыжу диска, к сожалению, устранить достаточно быстро консервативными методами лечения не удастся. Поэтому нереально ставить целью неотложной помощи таким больным немедленное устранение грыжи. Необходимо уменьшить интенсивность болевого синдрома, ликвидировать или уменьшить миотонические синдромы, в том числе функциональную блокаду сегмента, тем самым создав условия для устранения грыжи и регресса неврологической симптоматики. Лечение следует проводить в условиях стационара.

Неотложная помощь больным со спондилоартрозом предусматривает устранение или уменьшение функциональных блокад или неустойчивость ПДС, и соответственно, интенсивности болевого синдрома, обычно связанного не только с механическим раздражением рецепторного поля сустава, но и с обострением артрозоартрита. Иногда достаточно назначения покоя, анальгетиков, нестероидных противовоспалительных средств, анальгезирующей и противовоспалительной физиотерапии.

Выбор одной или нескольких методик оказания неотложной помощи и дальнейшего консервативного лечения зависит от тяжести болевого синдрома, выраженности миотонических реакций, степени нестабильности, характера и тяжести неврологического дефицита и других обстоятельств. Своевременное оказание неотложной помощи и патогенетический подбор тактики лечения дает возможность скорейшего положительного эффекта консервативного лечения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Arnoldi С.С., Brodsky А.Е., Cauchoiх J. et al. Lumbar spinal stenosis and nerve root entrapment syndromes // Clin. Orthop, 1976. — Vol.115. — P.4.
2. Продан А.И. Стеноз поясничного отдела позвоночного канала: Дисс...докт. мед. наук. — Харьков, 1995. — 578 с.
3. Радченко В.А. Оптимизация хирургической тактики и техники операций при дистрофических заболеваниях поясничного отдела позвоночника: Дисс...докт. мед. наук. — Харьков, 1996 — 330 с.
4. Wall P.D. and Merzак K. Textbook of pain. — Edinburgh, Churchill, Livingstone: 1987. — 1064 p.