

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

УДК 616.721.1-007.43-07

Лукина Е.В., Колесов В.Н.

ФПК и ППС им. К.Н. Третьякова,

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов, Россия

TACTICS OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH HERNIAS OF INTERVERTEBRAL DISKS

Lukina EV., Kolesov, VN.

Saratov state medical University n.a. VI Razumovsky, Russian Ministry of Health, Saratov, Russia

Как часто в нашей повседневной жизни мы встречаем слово «остеохондроз» или «хондроз». Люди, не имеющие отношения к медицине, под этим словом понимают болевые ощущения в пояснице или шее, сопровождающиеся мышечным напряжением. Но так ли это на самом деле? Не навредит ли доктор пациенту, не разобравшись в ситуации подробно?

Как следует из названия, термин «Остеохондроз» означает локальный дистрофический процесс в костной и хрящевой тканях. В настоящее время в развитых странах Европы и Америки в медицинских классификациях дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника такой нозологической формы как «остеохондроз позвоночника» не существует. И лишь в предыдущей германской классификации существовал термин «остеохондроз» и обозначал классическую «грыжу Шморля». В «Американском словаре английского языка» Уэбстера, в различных медицинских английских словарях понятие остеохондроза позвоночника даже не существует [7].

Термин «остеохондроз» был предложен немецким ортопедом А. Хильдебрандтом в 1933 году для обозначения изменений в опорно-двигательном аппарате. По мнению Я.Ю. Попелянского, остеохондроз позвоночника – это заболевание человека как биологического вида, «болезнь цивилизации», связанная с прямохождением и с условиями «эксплуатации позвоночника» в современной жизни. Он расценивал остеохондроз как «полифакторное дегенеративное заболевание двигательного сегмента, поражающее первично межпозвонковый диск, а вторично — другие отделы позвоночника, опорно-двигательного аппарата и нервную систему» [2, 6].

Остеохондроз позвоночника является нейроортопедической проблемой, т.е. лечением данного заболевания занимаются специалисты разного профиля. Это и неврологи, и ортопеды, и нейрохирурги, на определенном этапе – мануальные терапевты, физиотерапевты, врачи лечебной физкультуры, остеопаты. Однако встает вопрос, на каком этапе развития дегенеративно-дистро-

фических нарушений больного должен курировать тот или иной специалист и, соответственно, какое лечение больной должен получать.

По мнению многих исследователей дегенеративно-дистрофические изменения в межпозвонковых дисках – это естественный процесс старения организма, на возникновение и ускорение которого влияют многочисленные факторы, такие как образ жизни, характер трудовой деятельности, обменные нарушения и другие. Но основную роль в развитии данной патологии играет хроническая перегрузка межпозвонкового диска. Выявление причины возникновения дегенеративных изменений в каждом конкретном случае является достаточно трудоемким процессом, но патогенез этих изменений достаточно изучен.

Этому распространенному патологическому процессу подвержены до 80% населения планеты. По данным Национального центра статистики здоровья населения США (National Center for Health Statistics) люди в возрасте до 45 лет чаще всего ограничивают свою активность из-за постоянных болей в спине и шее, а распространенность хронической боли в спине составляет 26–32% взрослого населения [5]. В России распространенность болей в спине и шее составляет до 47% среди всех причин нейропатической боли [1, 9]. В 2007 году Российским обществом по изучению боли проводилось эпидемиологическое исследование распространенности нейропатической боли, ее причин и характеристик у амбулаторных больных. На основании этих данных, боли в шейном, грудном и поясничном отделах позвоночника составляют 50,5% всех других вариантов нейропатической боли [9].

А всегда ли найденные изменения являются причиной боли? Если у пациента имеет место нарастание болевого синдрома в покое или в ночное время, боль носит необычный характер или иррадиацию, имеются в анамнезе злокачественные новообразования, хронические инфекционные заболевания, если болевой синдром связан с

приемом пищи, мочеиспусканием, дефекацией, половым актом, сопровождается необъяснимой лихорадкой или снижением веса, выраженными соматическими нарушениями, то эти причинно-следственные отношения становятся глубоко сомнительными. Однако к вертеброгенным заболеваниям могут привести длительное неправильное положение тела, неправильная осанка, перенесенные в прошлом травмы, с нарушением правильного двигательного стереотипа, вибрация, нарушение обмена веществ, ревматологические заболевания и другие. Не малое значение имеют наследственные особенности организма. Боли в спине влияют на качество жизни пациента, ограничивают его жизненную активность, изменяют его эмоциональный фон и поведение.

Грыжа межпозвоночного диска является одной из стадий формирования дегенеративно-дистрофических расстройств позвоночника. Под грыжей межпозвоночного диска принято понимать выпячивание элементов диска в просвет позвоночного канала, приводящее к компрессии спинного мозга и/или его корешков. Грыжа межпозвоночного диска имеет определенные диагностические критерии. Это наличие вертеброгенного болевого синдрома, наличие чувствительных, двигательных выпадений, тазовые расстройства, наличие относительно глубоких биомеханических нарушений компенсации двигательного акта, подтвержденные данными нейровизуализации и электрофизиологическими методами. Из-за сложившихся стереотипов на основании публикации Микстера и Барра в далеком 1934 году теория грыжи диска позиционировалась как доминанта в возникновении болей в спине и генерации неврологической симптоматики. И дискогенная природа поясничного радикулита стала общепризнанной. При этом число оперативных вмешательств по поводу грыж межпозвоночных дисков росло просто катастрофически, достигая, по сообщениям зарубежных хирургов, четырехзначных чисел. При этом положительного результата удалось добиться, по разным источникам, от 50 до 70 % случаев, в результате того, что не все клинические проявления дегенеративно-дистрофического процесса, происходящего в позвоночнике, можно объяснить только патологией межпозвоночного диска [2]. Однако, по данным современных исследований, грыжи дисков – достаточно распространенное явление, но жалобы на какие-либо страдания в связи с этим встречаются достаточно редко. Это удалось доказать при помощи МРТ, проведенной среди вполне здоровых людей, у которых не болела спина. В результате выявлено, что при отсутствии жалоб повреждения дисков встречаются у каждого пятого, а возрасте после 60 лет – у каждого третьего респондента.

Тактика ведения пациента с грыжей диска зависит от ряда факторов. Во-первых, это размер выпячивания, индекс позвоночного канала, заинтересованность твердой мозговой оболочки, рубцово-спаечный процесс, ликворный блок, длительность страдания, тяжесть и длительность клинической симптоматики. Вопрос об оперативном вмешательстве должен решаться индивидуально и предпочтение должно отдаваться, безусловно, консервативным методам лечения. Показания оперативного лечения межпозвоночных грыж делятся на две группы – это абсолютные (наличие полного ликвородинамического и миелографического блока, крупные секвестрированные грыжи межпозвоночного диска) и относительные (выраженность и стойкость корешковых синдромов при отсутствии эффекта от применения всех возможных консервативных средств). Однако, все

возможные консервативные средства в условиях поликлиники или стационара – общеневрологического или специализированного – в руках врача общей практики, невролога общего профиля или вертеброневролога представляются по-разному. По такому зыбкому принципу нельзя определять показания к операции, которая даже у опытного хирурга дает до 5% осложнений [4].

К причинам возврата вертеброгенных и корешковых болевых синдромов относят прогрессирующую дегенерацию и рецидив грыжи на оперированном межпозвоночном уровне; развитие спаечного процесса в позвоночном канале с исходом в обширный эпидуральный фиброз; возникновение грыжи диска на смежном уровне; нестабильность позвоночно-двигательного сегмента с явлениями радикулоишемии, миелопатии; фасет-синдром. Все эти причины рецидива поясничных дискэктомий были объединены в «синдром неудачно оперированного позвоночника» (FBSS – Failed Back Surgery Syndrome). Этот термин отражает наличие постоянных поясничных или корешковых болей у пациентов, перенесших одно или несколько оперативных вмешательств по поводу заболеваний поясничного отдела позвоночника. На основании наших данных лишь половина отдаленных результатов дискэктомий являются благоприятными. До 15% пациентов вынуждены оперироваться повторно. В 60% случаях после перенесенных оперативных вмешательств сохраняется болевой синдром в нижней части спины различной интенсивности, а ¼ случаев – корешковые боли. По данным разных авторов, от 15% до 50% – число неудачных операций на поясничном отделе позвоночника. От чего же зависит такой значительный диапазон проблем. Безусловно от тяжести заболевания, возраста пациента, вида операции, способов оценки результатов [3, 4, 8]. И это только в том случае, если правильно были установлены показания и противопоказания к оперативному вмешательству на дисках.

О хронической боли мы говорим в том случае, если она длится свыше 3–6 месяцев и ведет к подавлению физических и социальных функций человека. Длительная боль сопровождается изменением физиологических параметров (АД, пульс, расширение зрачков, изменение концентрации гормонов) и психологическими изменениями (эмоционально-аффективная сфера). И в итоге хроническая боль становится самостоятельным болезненным состоянием, требующим особого внимания и адекватного лечения. А всегда ли болевой синдром, возникающий у больного с грыжей межпозвоночного диска, является следствием этих морфологических изменений?

Как известно, хроническая боль гетерогенна. Выделяют ноцицептивную, нейропатическую и дисфункциональную боли. Однако, существуют заболевания, при которых нельзя однозначно судить о том, какой тип боли имеется у конкретного пациента. Тогда мы говорим о смешанной боли, при которой одновременно существуют несколько ее типов. Грыжа межпозвоночного диска является причиной именно сочетанной боли. Активация локальных ноцицепторов и эктопические разряды поврежденного нервного корешка заставляют пациента испытывать боль, включающую как ноцицептивный, так и нейропатический компоненты. Нейропатический компонент при болях в спине может быть обусловлен не только радикулопатией, но и синдромом безрезультатно прооперированной поясницы, метастатическим процессом, спинальной травмой, стенозом позвоночного канала. Кроме того, нельзя забывать о мышечно-тонических нарушениях. В патогенезе хронического болевого син-

дрома лежит механизм «порочного круга». Болевой синдром вызывает рефлекторный мышечный дефанс. Возникшее напряжение мышц приводит к перевозбуждению спинальных нейронов, постуральным нарушениям и еще большему усилению боли. Следующий момент, при хронических органических болевых синдромах, в том числе при грыжах межпозвоночных дисков, со временем все большее значение приобретает психогенный компонент болевой импульсации, что также приводит к формированию смешанного характера боли. Свыше 60% пациентов с хронической болью имеют психогенные нарушения, в первую очередь, тревогу и депрессию. До 80% пациентов общесоматической практики, страдающих депрессией, предъявляют жалобы на боль. Причем боль может быть единственным проявлением маскированных депрессий.

Итак, несмотря на то, что лечить боль стали на заре человечества, обезболивание является важнейшей задачей врача и в наши дни. И купировать боль необходимо в зависимости от механизма ее возникновения. Необходимость радикального вмешательства должна быть всесторонне обоснована. Выключение одного позвонково-двигательного сегмента и перегрузка соседних чреваты развитием процесса на смежных уровнях. При этом может потребоваться повторная операция на первично пораженном сегменте или на соседних уровнях. Поэтому вопрос об оперативном лечении больного с грыжей межпозвоночного диска по относительным показаниям должен решаться строго индивидуально, жестче решая вопросы не только о противопоказаниях, но и о показаниях к оперативному лечению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Боль (практическое руководство для врачей) / Под редакцией Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкина. М.: Издательство РАМН, 2011, 512 с.
2. Давыдов Е.А. Хронические вертеброгенные болевые синдромы (клиника, диагностика, лечение): Курс лекций. – СПб, Изд-во ФГБУ «РНХИ им. проф. А.Л. Поленова» Минздрава России, 2012, 348 с.
3. Лукина Е.В., Островский В.В., Колесов В.Н. и др. Болезнь оперированного диска // Материалы юбилейной всероссийской научно-практической конференции «Поленовские чтения», Санкт –Петербург, 2006 – С. 104–105.
4. Островский В.В. Оптимизация тактики хирургического лечения больных с поясничным остеохондрозом // Автореферат дис. канд. мед. наук, г. Саратов, 2006, 24 с.
5. Попелянский Я. Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Т.2: Пельвиомембральные синдромы поясничного остеохондроза. — Йошкар-Ола: Марийское кн. изд-во, 1983.
6. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. – М: Медицина, 1989, 462 с.
7. Попелянский Я. Ю. О вертебрoneврологическом и биологическом аспектах остеохондроза // Неврологический вестник. – 1999. – т. 31, № 1–4, с. 5–9;
8. Шоломов И.И., Колесов В.Н., Лукина Е.В. и др. Болезнь оперированного диска // Эскизы практической нейрохирургии. – Балаково. Изд-во ОО «Анис», 2012, С. 186–190.
9. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Давыдов О.С. и др. Результаты Российского эпидемиологического исследования распространенности невропатической боли, ее причин и характеристик в популяции больных, обратившихся к врачу-неврологу // Боль, 2008, №3, с. 24–32.

REFERENCES:

1. Pain (a practical guide for doctors) / Edited by NN Yahno, ML Kukushkin. M.: Publisher of Medical Sciences, 2011, 512 p.
2. Davydov EA Chronic pain syndromes of vertebral (clinical features, diagnosis, treatment): Lectures. – St. Petersburg, Publishing House of the State Organization «RNHI them. prof. AL Polenov» Russian Ministry of Health, 2012, 348 p.
3. EV Lukin, Ostrovsky VV, Kolesov V. et al. of the operated disc disease // Proceedings of the Jubilee All-Russian scientific-practical conference "Polenovskie reading" St. .Petersburg, 2006 – P. 104–105.
4. VV Ostrovsky Optimization of surgical treatment of patients with lumbar osteochondrosis // Abstract dis. cand. med. Sciences, Saratov, 2006, 24, p.
5. Popelyansky Ya Yu vertebral diseases of the nervous system. Vol.2: pelviomembrale syndromes of lumbar osteochondrosis. – Yoshkar Ola: Mari book. Publishing House, 1983.
6. Popelyansky Ya.Yu. Diseases of the peripheral nervous system. – M: Medicine, 1989, 462 p.
7. Popelyansky Ya Yu About Vertebro-neurologichesky and biological aspects of osteochondrosis // Neurological Gazette. – 1999. – t.31, № 1–4, p. 5–9;
8. Sholomov II, Kolesov V., Lukin E. et al. of the operated disc disease // Sketches practical neurosurgery. – Balakovo. Publishing house of the NGO "Anis" 2012 P. 186–190.
9. Yahno NN, Kukushkin ML, OS Davydov et al. Results of Russian epidemiological studies the prevalence of neuropathic pain, its causes and characteristics in a population of patients visiting a doctor-neurologist // Pain, 2008, №3, p. 24–32.

РЕЗЮМЕ

Целью данной работы явилась акцентуация внимания специалистов на купирование болевого синдрома у пациентов с вертеброгенными нарушениями. Дегенеративно-дистрофическим поражениям позвоночника подвержены до 80% населения планеты. И далеко не всегда найденные изменения являются причиной боли. Купировать боль необходимо в зависимости от механизма ее возникновения. Необходимость радикального вмешательства должна быть всесторонне обоснована. Поэтому вопрос об оперативном лечении больного с грыжей межпозвоночного диска по относительным показаниям должен решаться строго индивидуально, жестче решая вопросы не только о противопоказаниях, но и о показаниях оперативного лечения.

Ключевые слова: боль, грыжа межпозвоночного диска.

ABSTRACT

The aim of this work was to accentuation of attention of specialists in the relief of pain in patients with vertebro-genic disturbances. Degenerative-dystrophic lesions of the spine is exposed to 80% of the world population. And not always found changes are the cause of the pain. To relieve pain you need depending on the mechanism of its occurrence. The need for radical intervention must be fully justified. Therefore, the question of surgical treatment of the patient with a herniated disc for relative indications should be resolved on a strictly individual basis, solving tougher questions not only about contraindications, but also about the indications of surgical treatment.

Keywords: pain, herniated disc.

Контакты:

Лукина Е.В. E-mail: lukina-elena72@yandex.ru

Колесов В.Н. E-mail: v.n.kolesov@yandex.ru