

УДК 616-03.7+616-7

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИСКОГЕННОЙ РАДИКУЛОПАТИИ ПОЯСНИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСКОРАДИКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ

Маремкулов Азамат Русланович

к.м.н.

Неврологическое отделение №1 Неврологического центра МУЗ Городская больница №2

«Краснодарское многопрофильное

лечебно-диагностическое объединение»,

Краснодар, Россия;

Медицинская компания «ЕВВРО», Краснодар,

Россия

В статье приводится краткая литературная историческая справка о тракционных методах лечения заболеваний позвоночника. Представлен опыт лечения пациентов с межпозвоночной дископатией при использовании в комплексной терапии дискоррадикулярной декомпрессии.

Ключевые слова: ГРЫЖА МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА, ДИСКОРАДИКУЛЯРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ

UDC 616-03.7+616-7

COMPLEX THERAPY OF DISCOGENIC RADICULOPATHY OF LUMBAR LOCALIZATION BY MEANS OF DISCOROOT DECOMPRESSION.

Maremkoulov Azamat Ruslanovich

Dr.Sc.(Med.)

Neurologic branch №1 of Neurologic centers of MEH City hospital №2 «The Krasnodar diversified medical-

diagnostic association», Krasnodar, Russia;

Medical company «EVRRO», Krasnodar, Russia

The brief historical review of traction methods in spine disease therapy was presented. The experience of intervertebral discopathy with using of complex discoroot decompression was demonstrated.

Keywords: INTERVERTEBRAL DISC HERNIATION, DISCOROOT DECOMPRESSION

Боль – наиболее частая причина обращаемости пациентов за медицинской помощью. Боли в спине различной интенсивности и локализации испытывают в тот или иной период жизни от 80 до 100% лиц в популяции по данным различных исследований. Именно этот синдром, ставший в современном мире скорее нормой, чем патологией в понимании подавляющего большинства населения (как ни парадоксально это звучит), является самой частой причиной, по поводу чего пациенты обращаются к неврологам [2, 8, 10]. Около 20% лиц в популяции и порядка 50% лиц трудоспособного возраста испытывают боли в спине в течение года. В среднем каждый третий житель планеты на сегодняшний день страдает от болей в спине, причем еще в 1980 году таковым являлся каждый пятый. Большинство листов нетрудоспособности выдается именно по причине наличия болей в спине, что приводит к ежегодной потере около 75 миллионов рабочих часов. Порядка 60% преждевременного оформления на пенсию происходит именно по причине заболеваний позвоночника и болей в спине. По данным на 1980-1985 годы среди больных неврологического профиля 76% всех амбулаторных и 55,5% всех стационарных пациентов приходилось на пациентов с обусловленной остеохондрозом патологией периферической нервной системы. При этом 75% из них составляли больные с поясничным остеохондрозом, с каждым годом эти цифры только возрастают [1]. В экономически развитых странах (таких как США, Великобритания, Франция и Германия) боль в спине – вторая по частоте причина обращения к врачам общей практики, пятая по частоте госпитализации и третья по частоте показаний к хирургическому лечению [2]. Среди причин возникновения болей в спине значительное место принадлежит дегенеративно-дистрофическим изменениям позвоночника. Подтверждением является факт, что по результатам аутопсии данные изменения регистрируются в той или иной степени выраженности у 85-95% лиц старше 50 лет [13]. Основное количество болевых вертеброгенных синдромов приходится на по-

яснично-крестцовую локализацию, грыжи межпозвоночных дисков на уровне L4-S1 составляют около 80%. Это связано с наибольшей нагрузкой, испытываемой именно этим отделом позвоночника, как в статике, так и при движении [11]. Лечение пациентов с протрузиями и грыжами межпозвоночных дисков является комплексным с традиционным использованием медикаментозной терапии, рефлексотерапии, физиотерапии, мануальной терапии и приемов остеопатии, а также тракционных методик, интерес к которым носит волнообразный характер и в последнее время вновь возрастает [9, 11]. Лечение заболеваний позвоночника «вытяжением» («растяжением», «тракциями») известно еще со времен Гиппократа и Древнего Китая. Методический подход и научную обоснованность этот метод лечения получил в XIX веке в работах J.K. Mitchell, J. Charcot и П.А. Останкова [10]. Современная позиция использования тракционной терапии во всем мире определяются тем, что ее высокая эффективность возможна при условии удовлетворения условиям дозированности, прерывистости и локальности.

Современным вариантом тракционной терапии при вертеброгенном болевом синдроме является локальная внутренняя дискорадикулярная декompрессия с применением оборудования DRX9000™ (USA). Метод лечения одобрен к применению FDA в 1998 году. Создаваемое локальное отрицательное давление в межпозвоночном пространстве и внутри самого диска инициирует «всасывание» грыжевого выпячивания (интрузию диска) в пределы фиброзного кольца. Тракция осуществляется под рентгенокнематографическим контролем, что обеспечивает создание максимального тракционного воздействия при полутора-двукратном увеличении высоты межпозвоночного диска непосредственно на проблемный позвоночно-двигательный сегмент, не оказывая влияния на соседние сегменты. Уменьшение размеров протрузии и/или грыжи диска по завершении курса лечения подтверждается результатами МРТ и РКТ, выполненных в дина-

мике [6, 7]. Непосредственно во время процедуры декомпрессии аппаратом осуществляется программное многократное растяжение мышц с одновременной подачей импульсов на экстра- и интрафузальные волокна с частотой 12 Гц для усиления эффекта деблокирования межпозвоночных суставов. Терапевтический эффект объясняется усилением адаптации в системе «проприорецепторы – нейроны – двигательный анализатор» со значительным уменьшением либо полным отсутствием электрической активности мышцы при ее растяжении, «включением» процессов торможения в центральной нервной системе при перерастяжении мышц [3, 7, 10].

Цель исследования: оценка лечения дискогенных поясничных болей применением локальной внутренней дискорадикулярной декомпрессии с использованием оборудования DRX9000™ (USA).

Материалы и методы. Лечение больных с клиническими проявлениями дискогенной вертебропатологии на поясничном уровне проводилось в медицинской компании «ЕВВРО» 45 пациентам, из них 25 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 20 до 69 лет. Средний возраст составил в группе мужчин $43,12 \pm 2,52$ года, а в группе женщин $47,35 \pm 2,06$ год. Среди пролеченных пациентов преобладали лица в возрасте 30-59 лет, как среди женщин, так и среди мужчин. Гендерные и возрастные показатели пролеченных больных представлены в табл. 1.

Таблица 1 - Гендерная и возрастная характеристика пациентов

Пол, n	Возраст (годы)					Средний	Всего
	18-29	30-44	45-59	60 и более			
Мужчины	3	8	12	2	$43,12 \pm 2,52$	25 (55,55±7,41%)	
Женщины	1	7	9	3	$47,35 \pm 2,06$	20 (44,45±7,41%)	
Итого	4 (8,89± 4,24%)	15 (33,33± 7,03%)	21 (46,67± 7,44%)	5 (11,11± 4,68%)	$45,24 \pm 1,75$	45 (100%)	

Критерии включения пациентов в исследование: умеренный болевой синдром, обусловленный грыжами межпозвоночных дисков поясничной локализации в стадии стихания обострения или в стационарной стадии течения болевого синдрома. Тяжесть болевого синдрома оценивалась пациентами в соответствии с визуальной аналоговой шкалой ВАШ. Адаптивные возможности пациентов определялись с помощью шкалы оценки адаптационно-неврологического статуса [12], учитывающей интенсивность и продолжительность болевого синдрома, необходимость в приеме анальгетиков, возможность одеваться и передвигаться, длительность возможной ходьбы, возможность лежать на спине и на животе, возможность сидеть, затруднения при вставании с постели и со стула, ограничение наклонов вперед/назад/вправо/влево, затруднения при принятии ванны и посещении туалета, нарушения мочеиспускания и дефекации, ограничения работоспособности, нарушения чувствительности и рефлексов, наличие симптомов натяжения и парезов.

Размеры протрузии и грыжи межпозвоночного дисков оценивались по данным рентгеновской томографии или магнитнорезонансной томографии сегментов позвоночника. По завершении курса лечения для динамической оценки состояния исследуемого сегмента позвоночника выполнялся тот же визуализационный метод исследования, который был применен до терапии.

Грыжи межпозвоночных дисков в 8 (12,9%) случаях локализовались на уровне L3-4 сегмента, в 26 (41,9%) случаях на уровне L4-5 сегмента, в 28 (45,1%) случаях – на уровне L5-S1 сегмента. При этом единичная грыжа межпозвоночного диска имела у 26 пациентов (80,0%), а у 9 пациентов (20,0%) были выявлены грыжи двух и более сегментов. По аксиальной локализации грыжи распределились следующим образом: дорзомедианные – 18 (29,06%), дорзолатеральные – 41 (66,1%), фораминальные – 3

(4,8%). Интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале до начала лечения составляла $6,08 \pm 0,39$ баллов. Средний размер грыжевого выпячивания составил $5,53 \pm 0,42$ мм.

В неврологическом статусе, помимо болевого синдрома, до начала лечения диагностированы: радикулопатический парез в 11 случаях (24,4%) 4 балла у 7 пациентов и 3 балла у 4 пациентов, анизорефлексия в 42 (93,32%) случаях, положительные симптомы натяжения у 33 (73,3%) больных, сенсорный дерматомный дефицит у 36 (80,0%) больных. Среди пролеченных пациентов у большинства – 27 человек (60,0%) имела место монорадикулярная симптоматика, у 11 человек (24,4%) были выявлены полирадикулярные проявления с отчетливым преобладанием одного из спинномозговых корешков, у 4 человек (8,8%) симптоматика была полирадикулярной без явлений преобладания в клинической картине одного из задействованных в патологическом процессе спинномозговых корешков, а у 3 человек (6,6%) радикулопатические проявления отсутствовали. В структуре радикулопатического синдрома преобладало поражение спинномозгового корешка S1 – в 30 (48,3%) случаях, в 23 (37,1%) случаях имелось поражение L5 корешка, а в 6 (9,6%) случаях – L4 корешка. Тяжесть болевого синдрома до лечения в среднем составила $6,08 \pm 0,39$ баллов по шкале ВАШ.

Всем пациентам проводился полный стандартный курс дискорадикулярной декомпрессии на оборудовании DRX9000™ (USA), состоящий 20 процедур длительностью 28 минут каждая на протяжении 6 недель (по 5 процедур в 1-ю и 2-ю недели, по 3 процедуры в 3-ю и 4-ю недели, по 2 процедуры в 5-ю и 6-ю недели). Пациентам проводилось комплексное лечение – дискорадикулярная декомпрессия в сочетании с медикаментозной терапией, иглорефлексотерапией, мануальной терапией, остеопатией. Медикаментозная терапия включала комбинации центральных миорелаксантов (tizанидин или толперизон), нестероидных противовоспалительных

препаратов – ингибиторов циклооксигеназы II (лорноксикам или эторикоксиб), венотоников (троксевазин или детралекс) и, при наличии нейропатического компонента болевого синдрома, антиконвульсантов (карбамазепин или вальпроаты).

Результаты лечения. Из числа пролеченных пациентов ни в одном из случаев не было отмечено ухудшения в состоянии (табл. 2), у 1 пациента ($2,22 \pm 2,19$) состояние не изменилось (больной имел выраженную ортопедическую патологию со сложным сколиозом грудопоясничного отдела позвоночника и смещением тазовых костей по горизонтали, в том числе и вокруг вертикальной оси), у 44 пациентов (88,8%) имело место улучшение состояния в той или иной степени.

Таблица 2 - Результаты проведенного лечения дискогенных поясничных болей

Результат	Количество пациентов	
	абсолютное	относительное
Ухудшение	0	0%
Без перемен	1	2,2%
Улучшение незначительное	4	8,8%
Улучшение умеренное	9	20,0%
Улучшение значительное	31	68,8%

Средняя расчетная интенсивность болевого синдрома (табл. 3) в соответствии с ВАШ боли к моменту окончания лечения составила $1,03 \pm 0,12$ балла.

Таблица 3 - Динамика интенсивности болевого синдрома и размера межпозвоночной грыжи

Показатель	До лечения	После лечения	p
Интенсивность боли по шкале ВАШ (баллы)	$6,08 \pm 0,39$	$1,03 \pm 0,12$	$<0,001$
Размер грыжи (мм)	$5,53 \pm 0,42$	$4,02 \pm 0,36$	$<0,01$

В результате проведенного лечения отмечена явная положительная динамика в отношении имевшихся у пациентов радикулопатических паре-

зов (табл. 4): по окончании курса терапии ни у одного из пациентов не было выявлено снижение силы менее 4 баллов.

Таблица 4 - Динамика радикулопатического пареза

Степень пареза	До лечения n (человек)	После лечения n (человек)
0 баллов	0 (0%)	0 (0%)
1 балл	0 (0%)	0 (0%)
2 балла	0 (0%)	0 (0%)
3 балла	4 (8,8%)	0 (0%)
4 балла	7 (15,5%)	3 (6,62%)
5 баллов	34 (75,5%)	42 (93,3%)

Аналогичным образом нами был отмечен достоверный регресс анизорефлексии, симптомов натяжения и сенсорного дефицита (табл. 5) по окончании курса дискорадикулярной декомпрессии.

Таблица 5 - Динамика клинических проявлений радикулярной компрессии

Клинический симптом	До лечения	После лечения	p
Анизорефлексия	42 чел. (93,3%)	6 человек (13,3%)	<0,001
Симптомы натяжения	33 человека (73,3%)	2 человека (4,4%)	<0,001
Сенсорный дефицит	36 человек (80,0%)	13 человек (28,8%)	<0,001

По результатам шкалы оценки адаптационно-неврологического дефицита эффективность проводимой терапии составила $82,2 \pm 5,7\%$, что соответствует хорошим результатам (критерии оценки: 100% - отличный эффект; 99-51% - хороший эффект; 50-11% - удовлетворительный эффект; 10-0% - неудовлетворительный эффект).

При динамической МРТ/РКТ (в зависимости от того, какое исследование было выполнено у пациентов до начала лечения) нами было отмечено уменьшение размеров межпозвоночных грыж на 0,5-3,0 мм. Средний размер грыжевого выпячивания (по результатам МРТ/РКТ-исследования в

динамике) после проведенного лечения (табл. 3) оказался равным $4,02 \pm 0,36$ мм.

Между изменением (уменьшением) размеров грыжи межпозвоночного диска и клиническими проявлениями радикулопатического синдрома была выявлена положительная высокая корреляция ($r_b = 0,84$) и четкая зависимость ($T_{\text{набл.}} = 6,38 > t_{\text{кр.}(0,001)} = 3,96$).

Результаты применения в комплексной терапии поясничной дискогенной патологии метода дискорадикулярной декомпрессии, полученные в нашем исследовании, соответствуют таковым, представленным другими исследователями в этой области. По данным С. Norman Shealy [3] эффективность лечения при включении в комплекс терапевтических мероприятий данного метода составила 86%. Согласно представленным результатам исследований [7], проведенных отечественными авторами, устойчивое значимое улучшение наблюдалось у 81% пациентов (значительное улучшение – 59%, умеренное улучшение – 22%, незначительное улучшение – 17%, отсутствие эффекта или ухудшение – 2%).

Выводы:

1. Комплексное лечение вертеброневрологической патологии с применением метода дискорадикулярной декомпрессии является эффективным и безопасным, позволяющим достичь максимально возможного клинического улучшения в состоянии больных с умеренным болевым синдромом.

2. В результате курса дискорадикулярной декомпрессии имеет место интрузия пролабированного межпозвоночного диска, что позволяет рассматривать метод лечения как патогенетический.

3. Метод дискорадикулярной декомпрессии требует дальнейшего изучения с оценкой отдаленных результатов лечения, а так же сравнения результатов монотерапии, комплексного лечения в сочетании и без применения дискорадикулярной декомпрессии.

Литература

1. Антонов И.П. Современное состояние и перспективы изучения заболеваний периферической нервной системы / И.П.Антонов // Материалы VIII Всесоюзного съезда невропатологов, психиатров и наркологов.- М., 1988.- Т. 3.- С. 274-277.
2. Вернер Г.Т., Неллес М. Боли в спине. Обезболивание и расслабление.- М.: АСТ: Астрель, 2008.- 95, [1]с.
3. Головина Т.В., Дьяков Н.Ю., Юшко А.А. Применение методики DRX9000™ в комплексном лечении поясничной дискогенной радикулопатии // Медико-фармацевтический вестник Татарстана. 2008. №15(341). С. 24.
4. Головина Т.В., Дьяков Н.Ю., Юшко А.А. Безоперационное освобождение от боли в области пояснично-крестцового, шейного и грудного отдела позвоночника // Медико-фармацевтический вестник Татарстана. 2008. №23(349). С. 10.
5. Головина Т.В., Дьяков Н.Ю., Юшко А.А. Безоперационное лечение грыж межпозвонковых дисков с помощью систем DRX9000™ и DRX9500™ // Медико-фармацевтический вестник Татарстана. 2008. №44(370). С. 13-14.
6. Головина Т.В., Дьяков Н.Ю., Юшко А.А. Первый опыт применения в России лечения дегенеративных заболеваний поясничного отдела позвоночника по методике DRX9000™ // Медицинский бизнес. 2008. №10(172). С. 124-126.
7. Головина Т.В., Дьяков Н.Ю., Юшко А.А. Некоторые механизмы действия и комплексное использование методики DRX9000 в лечении поясничной дискогенной радикулопатии // Медтехника. 2008. №2(58). С. 7.
8. Дамулин И.В. Боли в спине: диагностические и терапевтические аспекты.- М.: РКИ Соверо пресс, 2008.- 40с.
9. Кинзерский А.Ю. Ультразвуковая диагностика остеохондроза позвоночника.- Челябинск: Издательство Рекпол, 2007.- 144с.
10. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (Вертеброневрология): Руководство для врачей.- 3-е изд., перераб. и доп.- М.: МЕДпресс-информ, 2003.- 672с.
11. Путилина М.В., Гайкин А.В., Казакова Т.В. Дорсопатия поясничного отдела. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.- М.: Типография ГОУ ВПО РГМУ, 2007.- 64с.
12. Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю. Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках.- СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2006.- 187с.
13. Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника.- Казань, 2002.- 472с.