

## **РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА**

**Томчук Александр Григорьевич**

*аспирант. Сургутский государственный университет, институт технических  
и естественных наук, РФ, г. Сургут*

**Богданов Александр Николаевич**

*д-р мед. наук, профессор. Сургутский государственный университет,  
медицинский институт, РФ, г. Сургут*

*E-mail: [a.n.bogdanov52@mail.ru](mailto:a.n.bogdanov52@mail.ru)*

## **REHABILITATION THERAPY OF NEUROLOGICAL DISORDERS OF LUMBAR OSTEOCHONDROSIS**

**Tomchuk Alexandr**

*postgraduate student. Surgut University, institute of natural and technical sciences,  
Russia, Surgut*

**Bogdanov Alexandr**

*doctor of medical sciences. Surgut University, Medical unstitute, Russia, Surgut*

### **АННОТАЦИЯ**

В условиях вертебрологического центра пролечено 140 пациентов в возрасте от 28 до 63 лет с вертеброгенной люмбалгией и люмбоишалгией. Использовалось подводное вытяжение позвоночника, внутримышечные блокады с кортикостероидами и анестетиками, постизометрическая релаксация спазмированных мышц и антиконвульсанты с анальгетическим действием. В результате лечения в течение 5—7 дней положительные результаты были достигнуты в 94 % наблюдений. Полная реабилитация с восстановлением трудоспособности была достигнута в 65,7 % наблюдений.

### **ABSTRACT**

Specialized vertebral centre offered treatment to 140 patients (aged 28 to 63 years) with lumbalgia and lumboishalgia. Was applied underwater vertebra traction along, blocks with corticosteroids and, postisometric relaxation of contracted muscles and anticonvulsants with analgetic effect. A five to seven days' treatment course gave positive results in 94 per cent of medical cases. Complete vocational rehabilitation was achieved in 65,7 per cent of cases.

**Ключевые слова:** вертеброгенные болевые синдромы; комплексное лечение.

**Keywords:** vertebragenic syndromes; treatment.

Сведения по лечению неврологических синдромов поясничного остеохондроза, приводимые в российской и зарубежной литературе, свидетельствуют об отсутствии единого подхода к пониманию патогенеза вертеброгенных неврологических синдромов и, как следствие, актуальности поиска наиболее эффективных направлений лечения больных [2; 3; 4; 8]. В период обострения вертеброгенных синдромов основной задачей лечения является ликвидация или, по возможности, минимизация болевых ощущений пациента и восстановление объема движений туловища [1; 5; 6; 7].

**Цель** нашего исследования состояла в изучении эффективности разработанного нами комплексного реабилитационного воздействия на основные патогенетические звенья неврологических проявлений поясничного остеохондроза.

**Собственные наблюдения и методы исследования.** В условиях специализированного вертебрологического центра г. Сургута наблюдались и получили лечение 140 пациентов, 61 мужчин и 79 женщин, в возрасте от 24 до 63 лет с различными неврологическими проявлениями остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Средний возраст пациентов составил 49 лет. Во всех наблюдениях состояние структур позвоночника, оболочек и корешков спинного мозга были объективизированы с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ). Состояние нервно-мышечной проводимости по нервам конечностей исследовалось с помощью электронейромиографии с игольчатых электродов. Интенсивность болевого синдрома оценивалась по стандартной аналоговой шкале боли (ВАШ).

**Методы лечения.** В практике работы использовалось горизонтальное вытяжение позвоночника в воде на установке «Аква-Тракцион», производства фирмы «Ормед» (Уфа). Процедуры проводились по нарастающей с весом 3—18

килограмм ежедневно, либо через день, всего от 3 до 7 процедур. Производились паравертебральные и эпидуральные сакральные блокады с кортикостероидами (Дексаметазон, 8—12 мг) и анестетиком (Новокаин, 5 мг/мл — 20 мл), ежедневно, всего от 3 до 5 блокад. Проводилась постизометрическая релаксация спазмированных мышц.

Для подавления центральных невропатических механизмов боли использовались трициклические антидепрессанты (Амитриптилин в дозе 12,5—25 мг 1—3 раза в сутки), или габапентины (Тебантин 300 мг 3 раза в сутки). Общая продолжительность курса лечения составляла от трех до семи дней (до достижения удовлетворительного объективного клинического эффекта).

**Результаты исследования.** На лечение отбирались пациенты, амбулаторно-поликлиническое и (или) стационарное лечение которых оказалось не эффективным. Продолжительность лечения до направления в центр составляла от 2 до 8 недель, наиболее часто — 2—4 недели (118 больных). Эффективность лечения была недостаточна, в связи с чем 48 пациентов ранее были направлены на консультацию к нейрохирургу. В 42 случаях была констатирована целесообразность оперативного вмешательства. При обращении пациентов в вертебрологический центр в 92 наблюдениях были констатированы вертеброгенные рефлекторно-мышечные боли, не связанные с диско-радикулярным конфликтом, в 48 наблюдениях боли, расстройства чувствительности и нервно-мышечные нарушения соответствовали критериям дискогенной корешковой компрессии. Выраженность болевого синдрома по 10-балльной шкале оценки боли соответствовала 7—10 баллам в 120 из 140 наблюдений (85,7 %). Углометрическая оценка ограничения подвижности поясничного отдела позвоночника по 5-ти ступенчатой шкале наиболее часто выявляла крайние 3-ю и 4-ю степень ограничения (72,3 % наблюдений).

Общая эффективность проведенного лечения составила 94 %. При этом полная реабилитация (восстановление полного объема движений туловища и отсутствие болей покоя и при движениях) была достигнута в 84 % наблюдений. В этих случаях отмечалось восстановление трудоспособности пациентов

(применительно к профессии). Снижение интенсивности болевого синдрома для 5—6 баллов достигалось к 5—7 дню лечения в 70,5 % наблюдений, до 1—2 баллов — к 8—10 дню в 84 % случаев. В 10 % наблюдений после 10 дней лечения сохранялось незначительное (1-й степени) ограничение движений и (или) болевой синдром интенсивностью 1—2 балла, что требовало дальнейшего менее интенсивного лечения больных с физическим характером труда с применением анальгетиков и кинезотерапии.

Отсутствие удовлетворительного эффекта лечения отмечалось в четырех наблюдениях с компрессией спинномозговых корешков большими латеральными грыжами межпозвонковых дисков, которые в последствии были прооперированы.

**Обсуждение результатов.** Оценивая полученные результаты, мы ни в коей мере не умаляем эффективность амбулаторного лечения больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза по стандартным схемам лечения, так как в центр направлялись, по нашим рекомендациям, только те пациенты, у которых в течение двух и более недель лечения «по стандартам» не давало эффекта. Неврологами поликлиник и стационаров они выбирались среди десятков других, у которых лечение приводило к восстановлению приемлемого самочувствия и работоспособности. Вместе с тем, избранная нами схема лечения оказалась достаточно эффективной.

Полученные результаты показывают также, что болевые синдромы у большей части наблюдавшихся нами больных с МРТ-проявлениями дискогенной корешковой компрессии обусловлены не диско-радикулярным конфликтом, а дисфункцией фасеточных суставов и мышечно-тоническими спазмами и могут быть успешно купированы путем консервативного лечения. Необходимость в операции имела место только в 9 % больных с грыжами дисков, выявленных на МРТ.

**Список литературы:**

1. Бадюкин В.В. Терапия пролонгированными кристаллическими глюкокортикоидами заболеваний опорно-двигательного аппарата // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, — 2013. — № 2. — С. 88—92.
2. Кремер Ю. Заболевания межпозвонковых дисков / пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 472 с.
3. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М.: ГЕОТАР Медиа; 2010. — 368 с.
4. Сергеев А.В. Боль в нижней части спины: терапия с позиции доказательной медицины и новые возможности // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, — 2013. — № 3. — С. 78—85.
5. Чурюканов М.В., Дорохов Е.В. Фармакорезистентная нейропатическая боль // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, — 2013. — № 2. — С. 84—88.
6. Фишер Ю. Локальное лечение боли / Пер. с нем. М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 192 с.
7. Широков В.А., Потатурко А.В., Гончаренко И.М. Безопасность и эффективность введения мелоксикама при нижнепоясничном болевом синдроме // Лечащий врач, — 2014. — № 5. — С. 122—115.
8. Treede R.D., Jensen T.S., Campbell J.N., et al. Neuropathic pain: redefinition and grading system for clinical research purposes // Neurology, 2008;70:c. 1630-5.