

дром, двигательные нарушения, атрофии) отмечаются в более поздние сроки заболевания.

2. При лечении тебантином боли купируются у большинства больных, эффект наступает быстро, отсутствуют значительные побочные явления, и при необходимости его можно принимать в течение длительного периода.

#### Литература:

1. Акимов Г.А., Одинак М.М. Дифференциальная диагностика нервных болезней. Санкт-Петербург. 2000. - С. 214-230.

2. Антонов И.П. Вопросы классификации и формулировка диагноза заболеваний периферической нервной системы // Ж. Неврология и психиатрия, 1985. вып. 4, С. 481-487.

3. Берзиньш Ю.Э., Думбере Р.Т. Туннельные поражения нервов верхней конечности. Рига, "Зинатне", 1989. - 214 с.

Компрессионды ишемиялык невропатиялардың ерте белгілері закымдалған нерв аймағында минималды субъективті сезімтал бұзылыстар болып табылады. Айқын клиникалық көріністер, яғни ауырсыну, атрофиялар сырқаттың кеш мезгілінде байқалады. Тебантинмен емнен соң бұл белгілер тез қайтып, науқас жағдайының жақсаруы анықталды.

The earliest displays of kompressionno-ischemic neuropathies are the minimum subjective sensitive frustration in a kind in a zone of an innervation of the amazed nerve. The expressed clinical displays (a painful syndrome, impellent infringements, atrophies) are marked in later terms of disease.

At treatment Tebantyn pains are stopped many patients, the effect comes quickly, there are no considerable by-effects, and in need of it it is possible to accept during the long period.

4. Жулев С.Н. Туннельные невропатии локтевого нерва. Автореф. дисс.канд. мед. наук. СПб, 1996. - 21 с.

5. Ирецькая М.В. Методы лечения туннельных синдромов на поликлиническом этапе. // Этапы восстановительного лечения заболеваний и травм ПНС. - Ставрополь, 1987. С. 164-167.

6. Лобзин В.С., Жулев Н.М. Физиотерапия в реабилитации больных компрессионно-ишемическими невропатиями. // Вопр. курортологии, физиотерапии и ЛФК. М. Медицина 1991. - №3. - С. 53.

7. Лобзин В.С., Шиман А.Г., Жулев Н.М. Физиотерапия заболеваний периферической нервной и мышечной систем СПб, "Гиппократ", 1996. - С. 61-63.

8. Строков И.А. Антikonвульсанты в лечение невропатической боли. // Медицинский совет. М. 2008. - №3-4. С.13-16.

УДК 616.71-018.3-002-08

## К ВОПРОСУ РЕАБИЛИТАЦИИ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

М.С. Адишева, Н.С. Смаилов, Р.Р. Нурланова

*Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей*

В настоящее время болевые синдромы вертеброгенной природы широко распространены, а в развитых странах, по данным экспертов ВОЗ, достигли размеров эпидемии. В Великобритании вследствие болей в спине в 1992 г.- было потеряно 90 миллионов рабочих дней, что уступало только заболеваниям органов дыхания и кровообращения. При этом 75% больных составили пациенты от 30 до 59 лет, то есть в период максимальной трудоспособности. Сходные результаты были получены и в исследованиях российских медиков /3,5/. По их данным на долю вертеброгенных заболеваний нервной системы с временной утратой трудоспособности приходится от 60 до 90% всех больных поликлинического профиля.

Наиболее важной проблемой неврологической науки и практики являются вертеброгенные заболевания нервной системы. По данным разных авторов, от 50 до 90% населения планеты на каком-то этапе жизни испытывают боли, причиной которых является поражение позвоночника.

Широкое распространение данной патологии, в том числе у лиц молодого и трудоспособного возраста, обуславливает и большое социально-экономическое значение данной проблемы.

Наибольший клинико-экспертный интерес вызывают дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и, в частности, такое хроническое заболевание, как остеохондроз позвоночника. Остеохондроз позвоночника, его неврологические осложнения резко снижают работоспособность человека, нарушают его социальную

адаптацию, ухудшают качество жизни, а в 10% случаев приводят к инвалидности /1/.

Несмотря на достаточную разработанность вопросов неврологических проявлений остеохондроза позвоночника, данная проблема остается одной из актуальных в настоящее время. Это объясняется широкой распространенностью патологии, поражением преимущественно людей активного возраста, склонность к затяжному течению, а также необходимость поиска новых методов лечения и нерешенностью ряда вопросов клиники, этиологии и патогенеза заболевания.

Не вызывает сомнений актуальность поисков новых технологий, повышающих эффективность лечения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. В настоящее время для осуществления противоболевой терапии у таких больных медицина располагает большим количеством средств и методов, разных как по технике выполнения, так и по физио логичности и эффективности. Вместе с тем доказано, что использование общепринятой медикаментозной терапии и методов физиотерапевтического лечения в большинстве случаев не обеспечивает должного лечебного эффекта и длительной стойкой ремиссии /2,4/. Эксперты ВОЗ подчеркивают, что ни мануальная терапия, ни физиотерапия, ни тракция позвоночника с позиции доказательной медицины себя не оправдали. Даже оперативное вмешательство полностью не устраняет болевой синдром при остеохондрозе позвоночника.

Хирургическая декомпрессия позвоночника является дорогостоящим методом лечения, применяемым лишь у небольшого числа больных с осложненным те-

чением заболевания (грыжа дисков, стеноз позвоночного канала и др.), зачастую ассоциирующимся с «запущенной» стадией остеохондроза позвоночника. Нетрудоспособность таких больных исчисляется месяцами, а иногда и годами. Оперативное лечение неврологических расстройств дискогенного генеза устраняет механический компрессионный фактор, обеспечивает регресс болевого синдрома. Но вследствие выраженности дооперационных изменений в нервных структурах и сопутствующих гемодинамических расстройств не происходит полного устранения неврологических проявлений. Более того, у 10-20% больных грыжи рецидивируют. Развивающиеся рубцово-спаечные процессы, особенно после повторных операций, снижают эффективность хирургического лечения.

В связи с этим разработка новых методов консервативного лечения болей в спине является перспективной и актуальной.

#### **Цель исследования**

Улучшить результаты консервативного лечения больных с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулопатиями с применением комплекс медикаментозной терапии.

#### **Задачи исследования**

1. Разработать новый комплекс медикаментозной терапии и способ доставки протеолитических ферментов (карипазима) в межпозвоночный диск у этой категории пострадавших;

2. Оценить и доказать эффективность нового комплекса медикаментозного лечения и нового способа введения протеолитических ферментов у больных с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулопатиями и провести сравнительный анализ эффективности лечения у больных с данной патологией.

#### **Материалы и методы исследования**

В основу нашей работы было положено наблюдение за 60 больным с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулопатиями, находившимися на лечении в МЦ ГМУ г.Семей. Среди больных преобладали лица трудоспособного возраста от 40 и до 60 лет.

Из этого числа 30 человек вошли в основную группу - это больные с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулопатиями, получавшие курсовое лечение с применением протеолитических ферментов, и 10 составили группу сравнения - больные, получавшие только стандартную общепринятую терапию.

Восемь человек основной группы имели миому матки или аденому предстательной железы, что явилось противопоказанием к применению электрофореза. Для этих больных был разработан способ введения Карипазима путем фонофореза.

Особенностью неврологического проявления дискогенных радикулопатий у обследованных больных явился выраженный болевой синдром (от 25 до 75 % по ВАШ), иррадиирующий в ягодичу, наружный край стопы, голеностопный сустав, первый палец стопы, стойкие чувствительные расстройства в виде гипестезии, симптомы натяжения (симптом Лассега), выпадение ахиллова рефлекса. Значительно реже у больных с данной патологией встречались атрофические изменения мышц бедра, голени и наличие парезов. Наличие высокого титра АТ к миелопероксидазе и коллагену у больных с дискогенными пояснично - крестцовыми радикулопатиями подтвердило теорию о том, что иммунная система принимает участие в развитии остеохондроза и его осложнений. Также следует подчеркнуть, что после применения Карипазима у обследуемых больных наблюдался не только регресс неврологической симптоматики и купирование болевого синдрома, но и значи-

тельное снижение иммунологических показателей, свидетельствующие об уменьшении иммунного воспаления.

В целом для суждения о клинической эффективности методов лечения использовались следующие 4 градации оценочных критериев: «значительное улучшение», «улучшение», «без перемен» и «ухудшение».

Так, состояния «значительное улучшение» в основной группе достигнуты у 62 % больных, что достоверно выше, чем в группе сравнения у 17 % больных.

Результаты воздействия протеолитических ферментов на болевой синдром убедительно превосходили результаты, полученные в группе сравнения, где применялось только «стандартное» лечение.

В настоящей работе удалось показать четкий анальгетический эффект при использовании протеолитических ферментов. При этом важно, что положительное влияние данного метода можно проследить при болевом синдроме практически любой выраженности. Вместе с тем необходимо отметить, что анализ регресса неврологической симптоматики основной группы и группы сравнения также говорит в пользу применения протеолитических ферментов.

Все использовавшиеся дополнительные методы исследования подтверждали положительный конечный эффект проведенного лечения.

В группе сравнения после стандартной терапии нейрофизиологические показатели не претерпели существенных изменений и значительно не отличались от прежних показателей.

Безусловно, наиболее достоверным методом для сравнения результатов лечения является ЯМРТ, по данным которого отмечено уменьшение грыжевого выпячивания от 1,5 до 4 мм.

Если размер протрузий и грыж у обследуемых больных до лечения составил в среднем  $3,7 \pm 0,4$  мм, то после комплексного лечения проведенного с использованием Карипазима размер протрузий и грыж  $-2,1 \pm 0,2$  мм.

Положительный эффект наблюдался также у больных со стенозом позвоночного канала, диаметр которого увеличился в среднем на  $23 \pm 4\%$ .

Необходимо отметить, что в процессе лечения с применением Карипазима у больных наблюдались местные аллергические реакции, которые купировались применением антигистаминных средств.

Следует учитывать, что у больных с многолетним «стажем» болезни, тем более, ранее прооперированных, при упорных болях особенно трудно рассчитывать на полный успех данного метода. Тем не менее, эффективность лечения больных после операции комплексным методом с применением Карипазима неоспоримо выше по сравнению с общепринятой терапией. Безусловно, в каждом конкретном случае требуется дифференцированный подход.

Применяя Карипазим, нам удавалось все-таки существенно снизить остроту процесса.

Все вышесказанное еще раз убеждает в том, что проблема вертеброгенной поясничной боли продолжает оставаться актуальной как для неврологов, так и для нейрохирургов. Хотелось бы выразить надежду, что проведенное исследование позволит в какой-то мере расширить спектр возможностей консервативной терапии этой патологии. Учитывая тот факт, что противопоказаний к проведению данного метода выявлено мало, а противоболевая эффективность его достаточно высока, есть основания рекомендовать включение протеолитических ферментов в лечебный комплекс дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника.

Разработанный метод многократно проверенный в условиях стационара, позволяет рассчитывать на высо-

кую эффективность терапии у пациентов с данной патологией.

Медико-социальная значимость заключается в расширении арсенала — средств и возможностей в лечении широко распространенного среди населения остеохондроза позвоночника и его осложнений. Таким образом, есть основание утверждать, что данный метод заслуживает внимания клиницистов и может в равной степени быть рекомендован для включения в комплексе средств лечения больных с неврологическим проявлением остеохондроза.

#### Выводы

1. Комплекс протеолитических ферментов, входящих в состав карипази́ма, может быть доставлен в пораженный межпозвоночный диск путем фонофореза в сочетании с хондраксидом у больных с дисковыми пояснично-крестцовыми радикулопатиями, имеющих противопоказания к применению электрофореза.

2. Лечебные мероприятия при дисковых пояснично-крестцовых радикулопатиях должны проводиться комплексно (3 курса по 30 процедур, интервал между курсами от 1 до 2 месяцев) и включать в себя применение протеолитических ферментов (карипазим), хондракси́да, введение нестероидных противовоспалительных препаратов (ксефоко́ма), нейропротекторную терапию (кортексин).

5. Комплекс лечебных мероприятий с применением протеолитических ферментов (карипази́ма), хондропротекторов

(хондрокси́да), НПВС (ксефоко́ма) и нейропротекторной терапии (кортексина) позволяет в 65 % случаев добиться полного исчезновения болевого синдрома, в 84,7% случаях уменьшить размеры грыжевого выпячивания, снизить активность иммунного воспаления и улучшить процессы ремиелинизации нервного корешка.

#### Литература:

1. Белова, А. Н. Реабилитация больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза позвоночника в амбулаторных условиях / А. Н. Белова, С. Ю. Маслов // Журн. невропатол. и психиатр. — 1992. -Т.92, №3. С. 16-19.
2. Динабург, А. Д. Природа и патогенное значение остеохондроза — позвоночника / А.Д. Динабург //Журнал невропатологии и психиатрии.-1978. вып.3. - С. 337-340.
3. Торопцова, Н. В. Клин. Ревмат. / Н. В. Торопцова, Л. И. Беневоленская, А. Н. Карякин // Клин. Ревмат. 1995. - № 5. - С. 26-29.
4. Яхно, Н. Н. Компьютерная томография при неврологических синдромах позвоночника / Н. Н. Яхно, Л. А. Зозуль, И. В. Маняхина // Журнал невропатологии и психиатрии. 1992. - № 3. — С. 36-41.
5. Cyriax, J. The lumbal region: applied anatomy, Textbook of ortnopaedic medicin / J. Cyriax. Vol. 1. - Ed. 7 th. - London.: Bailliere Tindall, 1980. -Chap. 15.-P. 342-389.

Карипазим құрамына енетін протеолитикалық ферменттер комплексі омыртқалар арасындағы зақымдалған дискіге элетрофорез жолымен жеткізіліп дискогенді бел сегізгөз радикулопатиясы бар науқастарды емдеуде зор маңыздылығы анықталды.

The problem a lumbar pain continues to remain actual both for neurologists, and for neurosurgeons. It would be desirable to express hope that the conducted research will allow to expand in some measure a spectrum of possibilities of conservative therapy of this pathology. Medical actions should be spent in a complex (3 courses on 30 procedures, an interval between courses from 1 till 2 months) and to include application of proteolytic enzymes (kari pazim), introduction of nonsteroid anti-inflammatory preparations therapy.

УДК 616.71-018.3-002-08.

## К ВОПРОСУ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Р.Р. Нурланова

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

**Актуальность.** Остеохондроз позвоночника является одним из наиболее широко распространенных заболеваний. По данным многих авторов процент заболеваемости остеохондрозом позвоночника составляет от 60 до 80 % населения. Клинические проявления остеохондроза поясничного отдела позвоночника занимает, одно из первых мест среди причин ограничения физической активности и остается частой причиной ограничения трудоспособности, инвалидности и снижения качества жизни многих людей, что делает данную проблему социально значимой /1/.

Проблема восстановительного лечения таких пациентов является актуальной. Несмотря на несомненные успехи, достигнутые в этом направлении, до сих пор продолжается научный поиск и разработка новых методов лечения данной категории больных /2/.

Лечение должно быть комплексным и дифференцированным /3/. Для этой цели используются различные методы консервативного лечения, одним из которых является тракционная терапия, которая не всегда оказывается эффективной /5/. Известно, что болевой синдром при поясничном остеохондрозе имеет не только сигнальное значение, но и отрицательно влияет на течение патологического процесса, приводя к спазму

мышц и сосудов, вызывает лимфатический и венозный стаз с развитием гипоксии и отека структур пораженного отдела позвоночника с развитием рефлекторного мышечно-тонического синдрома. Развитие рефлекторного мышечно-тонического синдрома способствует прогрессированию и распространению патологического процесса на другие отделы позвоночника с развитием ряда экстравертебральных осложнений в виде туннельного синдрома, периартроза суставов нижних конечностей, развития очагов нейромиофиброза и нейромиоостеофиброза. Развитие экстравертебральных осложнений у больных поясничным остеохондрозом требует применения дополнительного (отдельного) хирургического лечения. Поэтому своевременная профилактика распространения патологического процесса на другие позвоночно-двигательные сегменты и экстравертебральные структуры путем своевременного лечения болевого синдрома занимает ведущее место в комплексе лечения остеохондроза

Установлено, что одним из основных патогенетических факторов, вызывающих корешковый болевой синдром при поясничном остеохондрозе, являются артрозы дугоотростчатых суставов - спондилоартрозы, которые встречаются почти у всех больных. Исходя из этого,