

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 карипазиума, может быть доставлен в пораженный межпозвоночный диск путем фонофореза в сочетании с хондраксином 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), хондраксида, введение нестероидных противовоспалительных препаратов (ксефокама), нейропротекторную терапию (кортексин).

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

(хондроксида), НПВС (ксефокама) 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 (karipazim), 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,

многие авторы считают, что самым эффективным способом лечения начальных стадий остеохондроза является введение мукартрина в дугоотростчатые суставы. Несмотря на эффективность, данный способ имеет следующие недостатки: - мукартрин, являющийся аналогом синовиальной жидкости и применяемый для смазывания внутрисуставных поверхностей дугоотростчатых суставов, восстанавливает лишь объем движений; - внутрисуставно введенный мукартрин не оказывает противовоспалительного и обезболивающего эффекта. Для того чтобы добиться обезболивающего эффекта, в полость сустава необходимо дополнительно ввести высококонцентрированный анестетик (1,5% р-р тримекаина); - после проведения артрографии из полости сустава необходимо выпустить контрастное вещество, после чего в полость сустава вводится мукартрин. В противном случае под действием контрастного вещества явление артроза прогрессирует; - дугоотростчатые суставы относятся к группе мелких суставов, и при остеохондрозе позвоночника явление артроза дугоотростчатых суставов отмечается сразу в нескольких суставах. Поэтому одновременно производить пункцию нескольких пораженных мелких суставов и вводить лекарственные препараты - практически невыполнимая задача; - часто при артрозе дугоотростчатых суставов капсулы суставов повреждаются, что является противопоказанием для внутрисуставного введения мукартрина; - техника выполнения процедуры сложна, так как манипуляция выполняется с помощью рентгеновского аппарата с электронно-оптическим преобразователем, путем контрастной артрографии /4/.

Исходя, из вышеизложенного проводилось настоящее исследование.

Цель исследования

Обоснование эффективности лечения поясничного остеохондроза и замена внутрисуставного введения мукартрина околосуставным введением неспецифического противовоспалительного, обезболивающего, антиоксидантного и хондропротективного препарата лорноксикам (Ксефокам).

Задачи исследования

1. Изучить клинические особенности вертебро-неврологического статуса при рефлекторных и корешковых синдромах поясничного остеохондроза.

2. Оценить результаты лечебных мероприятий с применением Ксефокама при корешковых синдромах поясничного остеохондроза.

Материал и методы исследования

Околосуставное введение Ксефокама произведено 50 амбулаторным больным с остеохондрозом поясничных позвонков. В контрольной группе (10 больных) больные получали внутривенное или внутримышечное введение Ксефокама по 8 мг 1 раз/сут. в течение 10 дней.

У всех (50) больных через 15–20 минут после околосуставного введения Ксефокама боль резко уменьшилась, больные начинали вставать и ходить. Острый период длился до 5–6 дней.

У 10 больных люмбаго-ишиалгический болевой синдром прошел после второго, у 8 больных – после третьего, у 5 больных – после четвертого околосуставного введения Ксефокама. Только у 3 больных корешковый болевой синдром исчез после пятого введения препарата. Дальнейшее клиническое наблюдение показало,

что распространение патологического процесса на другие позвоночно-двигательные сегменты и экстравертебральные структуры не отмечалось.

У контрольной группы больных интенсивность корешкового болевого синдрома снизилась постепенно, объем движений в поясничном отделе позвоночника и в ноге восстановились соответственно с уменьшением интенсивности болевого синдрома. Острый период длился от 15 до 20 дней.

Сравнительная оценка применения Ксефокама в лечении поясничного остеохондроза с использованием околосуставных и только внутримышечных инъекций показало, что эффективность в первой группе больных заметно выше.

Выводы

1. Клинико-биомеханические особенности вертебро-неврологического статуса больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза заключаются в том, что: а) у больных с рефлекторными синдромами, это функциональные блоки в позвоночных двигательных сегментах, преимущественно 1-2 степени болезненности и выраженности (99 %) локализируются в пояснично-крестцовом отделе (95 %) и в 5 % в тораколюмбальном отделе позвоночника. В 97 % случаев наблюдается регионарный постуральный дисбаланс мышц 1-2 степени. б) у больных с корешковыми синдромами функциональные блоки в ПДС, преимущественно 2-3 степени болезненности и выраженности (73 %) локализируются только на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника. в) интегральные показатели болезни, полученные при комплексной оценке неврологических проявлений поясничного остеохондроза позволяют объективно оценить выраженность клинических проявлений заболевания и эффективность восстановительного лечения.

2. Околосуставное введение Ксефокама является простым и эффективным амбулаторным способом лечения поясничного остеохондроза.

3. Регресс рефлекторного мышечно-тонического синдрома в результате ликвидации болевого синдрома приостанавливает прогрессирование и распространение патологического процесса на другие позвоночно-двигательные сегменты и экстравертебральные структуры.

4. Ксефокам, кроме противовоспалительного и обезболивающего эффекта, обладает противоотечным, антиоксидантным и хондропротективным действиями. Следовательно, отпадает необходимость применения противоотечных, антиоксидантных и хондропротективных препаратов.

Литература:

1. Аршин В.В., Дмитриева М.С., Муравлева О.А. Опыт тракционного лечения остеохондроза позвоночника и межпозвонковой грыжи диска // *Анналы травматологии и ортопедии*. 2000. - № 3. - С. 61-62.
2. Епифанов В.А., Ролик И.С., Епифанов А.В. *Остеохондроз позвоночника*. М., 2000. - 344 с.
3. Иваничев Г.А. *Болезненные мышечные уплотнения*. Казань, 1990. - 158 с.
4. Мирджурев Э.М. «*Medical express*» №1 2008 г.
5. Хабиров Ф.А. *Клиническая неврология позвоночника*. - Казань, 2002. - 472с.

Бел аймағының неврологиялық көріністерін комплексті бағалау сырқаттың клиникалық белгілеріне сай болады. Осы сырқатты быын ішіне Ксефокамды енгізгенде амбулаторлы емдеуде қарапайым және тиімді ем болып табылады.

The integrated indicators of illness received at a complex estimation of neurologic displays of a lumbar osteochondrosis allow to estimate objectively expressiveness of clinical displays of disease and efficiency of regenerative treatment. Ksefokam is simple and effective out-patient way of treatment of a lumbar osteochondrosis.