

Саногенез больових синдромів при остеохондрозі хребта

Квасніцький М.В.

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ

Розглядаються механізми саногенезу хронічного больового синдрому при остеохондрозі хребта. Комплексно аналізуються загальні принципи лікування остеохондрозу хребта та оцінюються консервативний та хірургічний вектори у лікуванні дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта. Акцент на виборі методики лікування лежить в площині розуміння механізмів розвитку конкретних клінічних проявів захворювання та у співвідношенні клінічних проявів з патоморфологічними змінами.

Ключові слова: остеохондроз хребта, больові синдроми, лікування.

Вияснення механізмів саногенезу хронічного больового синдрому при остеохондрозі хребта розпочато на початку 20 століття. На думку O'Connel, 1951 [7] вирішальна роль в регресі больового синдрому належить зменшенню степені набряку та набухання міжхребцевого диску. У той же час інші вважали, що больовий синдром зумовлений набряком корінця спинномозкового нерва, та відповідно регрес больового синдрому зумовлений ліквідацією набряку корінця. Сучасними дослідженнями факт зменшення об'єму випячування і ступеню гідратації ураженого міжхребцевого диску в процесі ремісії больового синдрому підтверджується даними динамічного магнітно-резонансного дослідження [6]. Ступінь подразнення корінця залежить не тільки від величини випячування, але і від щільності диску [1].

В арсеналі сучасної медицини немає достатньо ефективних, універсальних та безпечних методів лікування дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта. На теперішній час існує два вектори у лікуванні дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта – консервативний та хірургічний. Суттєвим недоліком консервативного методу є відсутність прямої дії на патологічний субстрат, що знижує ефективність такого лікування та призводить до хронічного перебігу захворювання. Хірургічні втручання компенсують цей недолік, але оперативне втручання несе у собі ризики післяопераційних ускладнень, рецидивів захворювання та необхідність повторних втручань, погіршення перебігу захворювання та навіть інвалідизації [4,8].

Загальні принципи лікування: оскільки остеохондроз захворювання вертеброгенне, що провокується статодинамічними перевантаженнями, то найважливіше в гострому періоді захворювання – спокій, зняття цих переванта-

жень. Руховий режим в гострому періоді захворювання: для більшості пацієнтів ліжковий режим не потрібний, а при наявності радикальних симптомів ліжкового режиму можна дотримуватись 2-4 дні. лежання на жорсткому матраці, обмеження рухової активності, спокій, оскільки будь-який рух призводить до травматизації, набряку нервових, сполучнотканинних утворів хребта. Корсетування призначається тільки в найгострішому періоді захворювання. З іншої сторони необхідна стимуляція м'язів хребта, що забезпечує захисну фіксацію ураженого хребетного сегменту. Блокада больових імпульсів потрібна на всіх стадіях захворювання. Разом з тим, патологічна помірною больова імпульсація є джерелом сигналів для здійснення захисних та компенсаторних реакцій. Отже, спокій, анальгетики та рухливість необхідно у кожному конкретному випадку комбінувати у відповідних саногенних пропорціях. Задача лікаря розірвати порочний круг: біль – м'язовий спазм – біль. Необхідно тимчасово обмежити підняття вантажу, довготривалого сидіння, нахилів та поворотів тулуба. Не викликає сумнівів, що нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) найбільш широко використовуються для зняття поперекового болю. Основним недоліком НПЗП, що знижує їх терапевтичні переваги, є небезпека розвитку ерозій, кровотеч та перфорацій верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (НПЗП-гастропатія). Ризик розвитку таких ускладнень в осіб, що приймають НПЗП, у 4 рази вищий у порівнянні з популяцією [3] Згідно рекомендаціям Комітету Американського міністерства охорони здоров'я з оздоровчої політики і досліджень можна використовувати для знеболення парацетамол. Ефективність міорелаксантів не доведена.

Лікувально-фізкультурний комплекс сприяє

укріпленню м'язів, покращенню крово-, лімфообігу і виробленню компенсаторно-притосувальних механізмів рівноваги в ураженому рухливому хребтному сегменті, що свідчить про патогенетичність такого лікування. Головна мета лікувальної фізкультури у хворих з остеохондрозом хребта полягає у створенні м'язового корсету, нормалізації тону м'язів спини та збільшення рухомості хребта. Тоді як мануальна терапія – засіб впливу на міжхребцеві суглоби, засіб відновлення суглобової рухомості (як засіб вже механічної дії). А при тракційній терапії (лікуванні розтягуванням) ремісія досягається за рахунок деблокування міжхребцевого суглоба (відновлення нормального положення меніскоїда), а також за рахунок збільшення міжхребцевих отворів, збільшення міжхребцевого простору для диску та рефлекторного механізму (через механорецептори дисків, суглобів, зв'язок, м'язів). Розтягування проводиться на горизонтальній чи похилій площині, підводне, а також застосовується ручна тракція. Бальнеофізіотерапія (фізичні засоби лікування плюс бальнеологічні (грязе-, водолікування (радонові та сірководневі ванни)) – теплові, механічні (вібраційні ванни), лазерні, електричні, ультразвукові, баричні. Фізіотерапевтичні методи зменшують запальну реакцію, знімають спазм судин і напруження м'язів, покращують кровоток, зменшують біль.

Хірургічні втручання при дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта можна поділити на класичні відкриті та пункційні. Основна маса оперативних втручань серед відкритих - це мікродискектомії. Усі відкриті хірургічні втручання для лікування хворих з грижами міжхребцевих дисків, у тому числі із застосуванням мікροхірургічної техніки, мають ряд недоліків: необхідна загальна анестезія, можлива крововтрата та ризик пошкодження твердої мозкової оболонки, корінців спинного мозку, артеріальних та венозних судин, інфекційні ускладнення, формується рубцево-злукочив процес у зоні оперативного втручання [5], особливо великий ризик ускладнення у вигляді післяопераційного епідурального фіброзу [2]. Пункційні методики почали бурхливо розвиватись на протязі останніх десяти років. Поява нових видів лікування пов'язана з однієї сторони активним пошуком ефективних мало травматичних способів лікування, з іншої сторони – з ростом технічних можливостей. Але початок пункційних методик у минулому столітті, коли була запропонована методика хемонуклеолізу. Перелік сучасних пункційних методик промовистий: перкутанна нуклеотомія, лазерна вапоризація

диску, черезшкірна ендоскопічна нуклеотомія, холодова нуклеопластика, пункційна поперекова гідродискектомія, радіочастотна деінервація фасеткових нервів. Переваги пункційних методик оперативних втручань очевидні – мала травматичність, економічність, можливість застосування в амбулаторних умовах (хірургія одного дня). Але через технологічну складність, високу вартість цього устаткування ці методики застосовуються в обмеженого контингенту хворих. Окремо в цьому ряду стоїть епідуральна блокада, яку в однаковій мірі важко віднести, як до консервативних, так і хірургічних пункційних методик. З хірургічними пункційними методиками, її об'єднує можливість безпосереднього впливу на патологічний об'єкт, а з консервативними – по суті ін'єкційний характер впливу на хворобу. Епідуральну блокаду варто віднести до методів активної терапії. Усі інші блокади – введення знеболюючих препаратів у рефлексогенні зони. Види блоkad: перидуральні, паравертебральні, блокади м'язевих ущільнень та безін'єкційні блокади (аплікації діметоксиду, хлоретілові блокади). Така різноманітність засобів лікування не полегшує, а можливо навіть утруднює роботу практичного лікаря. Це пов'язано з тим, що інформація відносно клінічних переваг різноманітних медичних препаратів та методик, а також різного роду оперативних втручань надто суперечлива, відсутня єдина методика послідовної, комбінованої терапії больового синдрому вертеброгенного характеру. Вибір методики лікування часто носить емпіричний характер. Головне у виборі методики лікування лежить в площині патогенезу розвитку конкретних клінічних проявів захворювання та у співвідношенні клінічних проявів з патоморфологічними змінами. Пацієнту необхідно пропонувати комплексний підхід до проблеми та відповідно комплексне її вирішення. На жаль, існуюча система медичної допомоги ґрунтується на пропозиції конкретної методики лікування, що нею володіє конкретний лікар. Тоді як потрібно пропонувати не метод лікування, а конкретну програму саногенезу для конкретного пацієнта. І тут не важливо хірургічна чи консервативна методика пропонується, важливо, щоб запропонована методика відповідала суті патологічного конфлікту. Перевага надається сучасним високотехнологічним засобам лікування з можливостями цілеспрямованого впливу на патологічне вогнище.

Необхідно широко пропагувати профілактичні заходи. Профілактичні заходи формуються виходячи з двох основних факторів у розвитку остеохондрозу – спадкового та статодинамічних

перевантажень. Первинна профілактика полягає у формуванні правильної осанки тулуба, формування лордотичної пози сидячи. Вторинна (попередження загострення хвороби) – формування м'язового корсету хребта, недопущення надмірних ривкових навантажень, довготривалого статичного навантаження, переохолодження. Оптимальна форма фізичного навантаження – плавання.

Список літератури

1. Дубнов Б.Л. Поясничный дискоз // Б.Л. Дубнов. – Киев: Здоровья, 1967. – 250с.
2. Исаева Н.В. Основные подходы к лечению и профилактике послеоперационного эпидурального фиброза у больных с поясничным остеохондрозом позвоночника / Н.В. Исаева, М.Г. Дралюк // Нейрохирургия. - 2010. - №3. - С. 74-79.
3. Каратеев А.Е. Развитие и рецидивирование язв желудка и двенадцатиперстной кишки у больных, принимающих нестероидные противовоспалительные препараты: влияние стандартных факторов риск / А.Е. Каратеев, В.А. Насонова // Тер. арх. – 2008. – №5. – С. 62-66.
4. Масловская С.Г., Горбунов Ф.Е. Физиотерапия больных после нейрохирургических вмешательств по поводу компрессионного вертеброгенного синдрома / Масловская С.Г., Горбунов Ф.Е. // Рос. мед. журнал. - 2000. - №5. - С. 33-38.
5. Пахомов Г.А. Оптимизация методики лазерной вапоризации у больных с дискогенным корешковым синдромом различных отделов позвоночника / Пахомов Г.А., Луппова И.В. // Нейрохирургия. - 2010. - №3. -С. 52-61.
6. Ellenberg M.R. Prospective evaluation of the course of disc herniation in patients with proven radiculopathy / M.R. Ellenberg // Arch. Phys. Med. Rehabil. – 1993. – V.74. – №1. – P. 3-8.
7. O'Connell J.E.A. Protrusion of the lumbar intervertebral discs. A clinical review based on five hundred cases treated by excision of the protrusion / O'Connell J.E.A. // J.Bonne Jt.Surg. - 1951. – V. 33-B. – P. 8-30.
8. Stambough J.L. Subarachnoid drainage of an established or chronic pseudomeningocele / J.L. Stambough, C.R. Templin, J. Collins // J. Spinal Disord. - 2000. - №1. - P. 39-41.

Sanogenesis of pain syndroms in degenerative spine disease

Kvasnytskyi M.V.

The ways of sanogenesis of chronic pain syndrome in degenerative spine disease are considered. General principles of treatment of degenerative spine disease are discussed, both conservative and surgical. Correct choice of treatment modality is linked to understanding of pathogenesis of different clinical forms of disease and there relation with pathological changes in spine.

Key words: degenerative spine disease, pain syndrome, treatment.

Саногенез болевых синдромов при остеохондрозе позвоночника

Квасницкий Н.В.

Рассматриваются механизмы саногенеза хронического болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника. Комплексно анализируются общие принципы лечения остеохондроза позвоночника и оцениваются консервативный и хирургический векторы в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. Акцент на выборе методики лечения лежит в плоскости понимания механизмов развития конкретных клинических проявлений заболевания и в соотношении клинических проявлений патоморфологическим изменениям.

Ключевые слова: остеохондроз позвоночника, болевые синдромы, лечение.
