

Комплексная реабилитация больных с поясничными спондилогенными радикулопатиями

Аслиддин Сайитович Самиев
Зилола Фархадовна Мавлянова
Алимардон Жумакулович Эрназаров
Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация: В данной статье приводится подробная информация о комплексной реабилитации больных с поясничными спондилогенными радикулопатиями.

Ключевые слова: комплексная реабилитация, поясничная спондилогенная радикулопатия, неврология

Comprehensive rehabilitation of patients with lumbar spondylogenic radiculopathies

Asliddin Sayitovich Samiev
Zilola Farhadovna Mavlyanova
Alimardon Zhumakulovich Ernazarov
Samarkand State Medical University

Abstract: This article provides detailed information on the complex rehabilitation of patients with lumbar spondylogenic radiculopathies.

Keywords: complex rehabilitation, lumbar spondylogenic radiculopathy, neurology

В настоящее время боли в спине рассматривают как междисциплинарную проблему [2,4,6]. Одно из наиболее частых патологических состояний, встречающихся не только в амбулаторной неврологии, но и в общемедицинской практике и проявляющихся болями в спине - поясничные радикулопатии. Актуальность изучения данной проблемы определяется большим удельным весом их в структуре заболеваемости. Практически каждый второй человек в течение своей жизни имеет симптомы, свидетельствующие о наличии спондилогенной радикулярной патологии [1,3,7].

Компрессионная радикулопатия, обусловленная дегенеративным поражением позвоночника, развивается вследствие сдавления нервного корешка смещенным межпозвонковым диском, гипертрофированной желтой

связкой, сформировавшимся остеофитом. Кроме того, в патологический процесс оказываются вовлеченными твердая мозговая оболочка, эпидуральная жировая клетчатка, сосуды, периневральная соединительная ткань. Радикулопатия является частым осложнением дегенеративного поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника. По статистическим данным заболеваемость в течение жизни составляет 3-5% [1,9]. Частота возникновения пояснично-крестцовой радикулопатии на фоне дегенеративного поражения позвоночника составляет в среднем 5 случаев на 1000 человек взрослого населения, при этом эта цифра имеет тенденцию к росту в последнее время [5,11,12].

По данным анализа литературы последних лет и научных исследований, посвященных неврологическим проявлениям поясничного остеохондроза, стоит отметить их немалое количество. Стоит отметить, что несмотря на большое количество работ, посвященных оцениванию эффективности стационарного этапа лечения, применяемого в большинстве лечебных учреждений, к сожалению мало внимания уделяется последующему проведению комплекса реабилитационных мероприятий [6,8,15].

Цель исследования: изучить эффективность включения комплексных этапных программ реабилитации у больных с поясничными спондилогенными радикулопатиями.

Материал и методы исследования. В 1 этап исследования включено 168 больных с поясничными спондилогенными радикулопатиями. 84 больных, составивших основную группу, продолжили курс реабилитации на втором этапе наблюдения. На третьем этапе все исследуемые больные находились на амбулаторном лечении и наблюдении. Возраст больных составлял от 16 до 60 лет, из них 94 (55,95%) женщины и 74 (44,05%) мужчин.

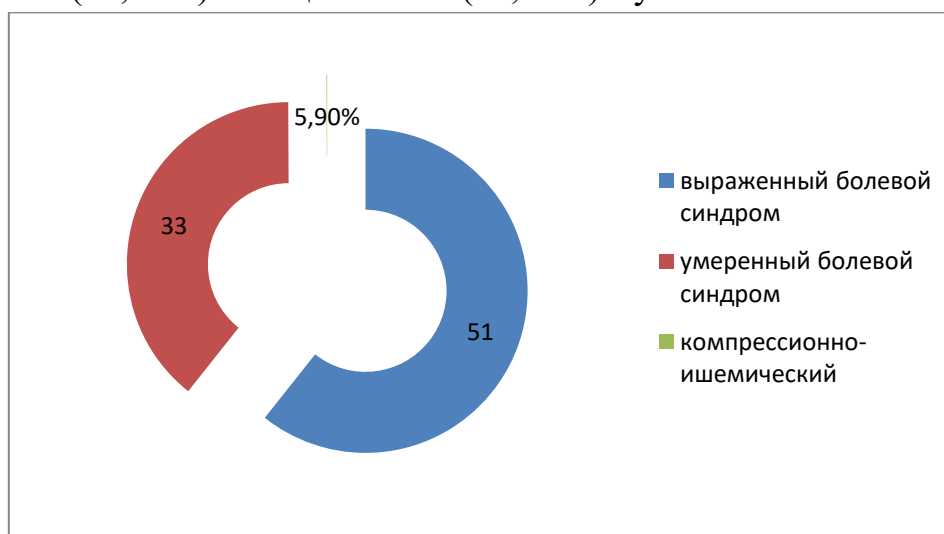


Рис. 1. Ведущие клиничко-неврологические синдромы у больных

На стационарном этапе все больные прошли клинико-неврологические обследования, среди которых были выявлены - 66 (39,3%) больных с рефлекторно-тоническими синдромами, 92 (54,8%) с корешковыми синдромами и 10 (5,9%) с компрессионно-ишемическими синдромами (рис.1).

Все больные, находившиеся на стационарном лечении, в зависимости от соблюдения этапности реабилитации и с учетом интенсивности болевых синдромов были разделены на две равноценные по полу и возрасту группы: основную группу составили 84 (50,0%) больных (из них у 51 больных отмечался выраженный болевой синдром и 33 пациентов умеренный болевой синдром). Вторая группа (сравнения) включала также 84 (50,0%) больных (51 больной с выраженным болевым синдромом и 33 с умеренным болевым синдромом) (рис. 2).

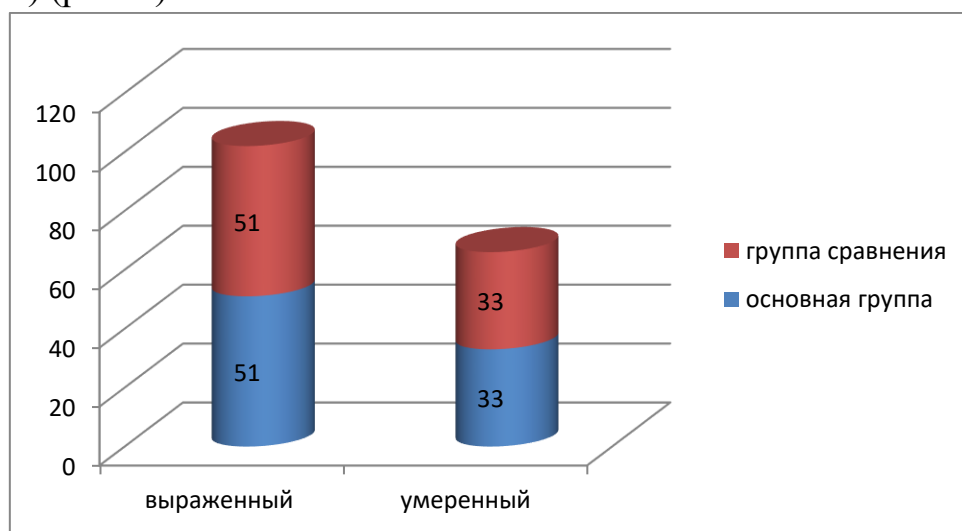


Рисунок 2. Распределение больных в зависимости от выраженности болевого синдрома

Первая (основная) группа больных получала этапное лечение: стационар - центр реабилитации - амбулаторно-поликлинический этапы. А 84 больных, составляющие 2-ую группу, ограничились лечением в стационаре и в амбулаторно-поликлинических условиях (таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных по этапам проведенных лечебных мероприятий

Место проведенного лечения	1 группа		2 группа		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стационарный этап	84	50	84	50	168	100
Центр реабилитации	84	50	-	-	84	50
Поликлиника	84	50	84	50	168	100

Для определения мониторинга эффективности лечения были проведены комплексы мероприятий с использованием функциональных методов, таких как электронейромиография (ЭНМГ).

Результаты исследования и его обсуждение. По данным проведенных ЭНМГ у больных с рефлекторными синдромами, отмечалось снижение

проводимости двигательных импульсов. При корешковом синдроме отмечалось максимальное снижение в 2 раза М-ответа относительно других групп, и относительное снижение двигательной единицы. При компрессионном синдроме выявлено снижение показателя максимального М-ответа в 3 раза и значительное снижение двигательной единицы (рис.3, 4, 5).

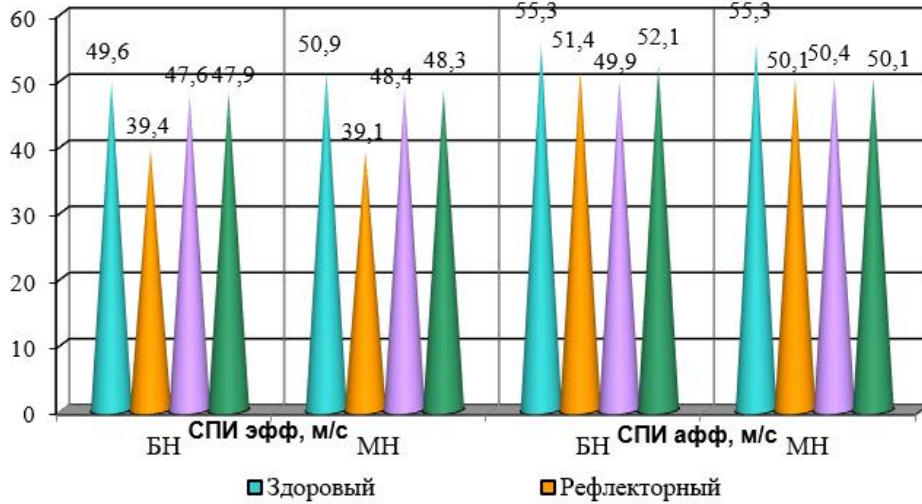


Рис. 3. Показатели скорости проведения двигательных и чувствительных импульсов до лечения

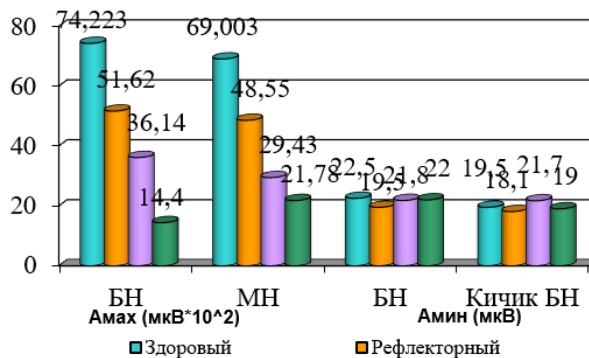


Рис. 4. Данные амплитуды максимального и минимального М-ответа ЭНМГ у больных до лечения

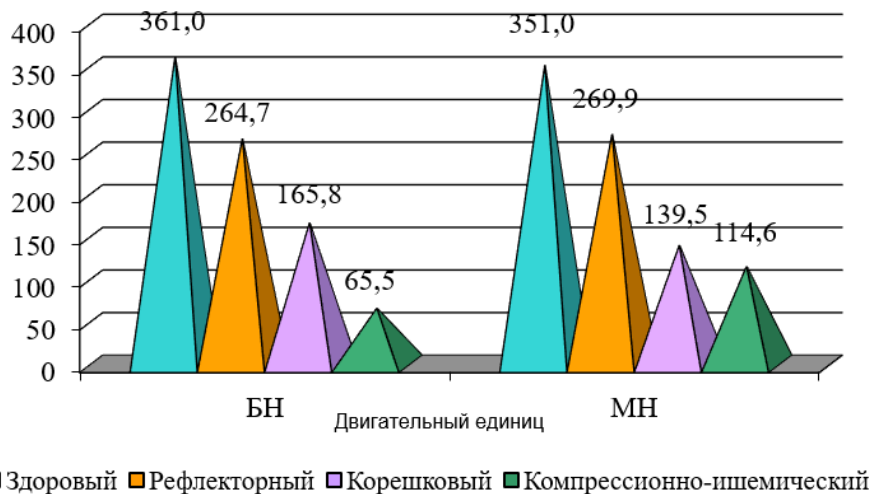


Рис. 5. Данные двигательной единицы ЭНМГ у больных до лечения

Все 168 больных получили традиционные лечебные мероприятия, в виде медикаментозного лечения, включающего нестероидные противовоспалительные препараты, антихолинэстеразные средства, витамины группы В, биостимуляторы, препараты, улучшающие кровоснабжение, а также физиотерапевтические процедуры (диадинамические токи, ультрафонофорез с 4% мумиё, массаж).

Больным основной группы (1-ой группы) наряду с традиционным лечением был назначен миорелаксант в/м 5 дней, затем таблетки 3 раза в день в течение 10 дней), кроме того для уменьшения болевого синдрома были назначены дополнительно НПВС в виде паравертебральной блокады и проведена иглорефлексотерапия (ИРТ). При применении иглотерапии широко применяется комбинированное лечение: корпоральная акупунктура и аурикулотерапия с использованием меридианов почек, печени, селезенки, поджелудочной железы.

По итогам наших исследований, после стационарного этапа у 58 (69%) больных из основной группы боли уменьшились, у 4 больных исчезли парестезии. Симптомы натяжения уменьшились у 74 (85,7%) больных.

В группе сравнения у 49 (58%) больных уменьшились боли, у 3 больных парестезии и у 65 (77,4%) больных уменьшились симптомы натяжения. Нарушение чувствительности по корешковому типу уменьшилось у 27 (58,7%) больных, у 16 (59,2%) больных повысился тонус берцовых, бедренных и ягодичных мышц.

В исследование следующего реабилитационного этапа вошли пациенты основной группы. При лечении использовали комплекс мероприятий, включающих лечебные физические упражнения и ПИР (постизометрическая мышечная релаксация). Сущность методики заключается в сочетании кратковременной (5-10 с.) изометрической работы с минимальной интенсивностью и пассивного растяжения мышцы в последующие 5-10 с. Повторение таких сочетаний проводится 3-6 раз. В результате в мышце возникает стойкая гипотония и исчезает исходная болезненность. Надо отметить, что в процессе лечения обострение патологического процесса не наблюдалось. У 96% больных отмечался положительный эффект. Только при первом сеансе у 34% больных, а после 3-4 сеанса у 90% больных уменьшились боль.

По окончании лечебных процедур у 88% больных отмечались увеличение объема движений в позвоночном столбе и уменьшение напряжения мышц. А также уменьшились показания болей по шкале Визуальной аналоговой шкале на 3 балла.

В конце лечебного курса у больных улучшилось общее состояние в виде уменьшения общей слабости и улучшения настроения.

После проведения этапа реабилитационных процедур, для охарактеризования эффекта лечения, проводилось ЭНМГ исследование. При этом скорость проводимости двигательных импульсов явно увеличилась при рефлекторном синдроме, а также заметно увеличился показатель двигательной единицы и амплитуда максимального М-ответа при корешковом и компрессионно-ишемическом синдромах.

На реабилитационном этапе у 96% больных, состоящих в 1-ой группе отмечалось общее улучшение. Итоги исследований показали, что разработанные комплексные мероприятия по физической реабилитации показывают высокую эффективность относительно к больным с остеохондрозом позвоночного столба, принимавших специальные восстановительные методы.

В амбулаторном этапе лечения участвовали больные обеих групп. Они были под наблюдением в поликлиниках и сельских врачебных пунктов по месту жительства. На этом этапе у больных обеих групп применялось физиотерапевтическое лечение (электрофорез с 4% мумиё и мазью «Хондроксид»). Наряду с этим пациенты основной группы принимали миорелаксанты по 1 таб. 3 раза в день в течение до 10 дней, а также нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) по 1 таб. 2 раза в день до 10 дней. Кроме того больные самостоятельно продолжали упражнения метода ПИР и лечебные физические упражнения. А больным из группы сравнения проводилась монотерапия НПВС - 1 таб. 2 раза в день в течение 10 дней.

По итогам ЭНМГ после проведения этапа комплексной реабилитации показатели у больных из основной группы намного приблизились к нормативным. В группе сравнения, несмотря на клинически положительные итоги у 71 (84,5%) больных, ощутивших статистические изменения, только у пациентов с компрессионно-ишемическим синдромом диагностированы незначительные изменения М-ответа (таблица 2).

Таблица 2.

Показатели ЭНМГ исследования в группах наблюдения после амбулаторно-поликлинического этапа лечения

Показатели	Рефлекторный синдром		Корешковый синдром		Компрессионно-ишемический синдром	
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения

СПИ эфф (м-с)	Большберц овый нерв	48,9±1,0 ^{^^^}	42,3±1,00 [^]	48,5±0,99	47,8±1,07	48,4±1,8	48,0±3,2
	Малоберцов ый нерв	49,9±1,11	42,8±0,96 [^]	50,1±1,02	49,4±1,03	48,9±2,3	48,4±2,0
СПИ афф (м-с)	Большберц овый нерв	55,0±1,24 [^]	52,9±1,18	53,1±1,09 [^]	49,9±1,01	52,7±2,5	51,7±2,4
	Малоберцов ый нерв	55,1±1,22 ^{^^}	51,4±1,21	53,9±1,1 [^]	51,7±1,07	54,4±2,6	52,1±2,2
А max (мкВ)	Большберц овый нерв	7241±1,54 ^{^^^}	5979±133,5 ^{^^^}	4840±95,8 ^{^^^}	3815±76,0	2770±107,5 ^{^^^}	1940±77,9 ^{^^}
	Малоберцов ый нерв	6815±150,2 ^{^^^}	5734±129,3 ^{^^^}	4499±89,0 ^{^^^}	3089±65,8	3110±111,9 ^{^^^}	2594±100,9 [^]
А мин (мкВ)	Большберц овый нерв	21,1±0,47 [^]	20,7±0,49	22,1±0,45	21,2±0,41	22,1±0,68	22,1±0,96
	Малоберцов ый нерв	19,4±0,43 [^]	19,0±0,43	20,1±0,41	20,4±0,45	19,1±0,89	19,1±0,77
ДЕ	Большберц овый нерв	327,2±7,3 ^{^^^}	290,1±6,6 [^]	219,1±4,4 ^{^^^}	180,1±4,2 [^]	123,4±3,2 ^{^^^}	81,1±3,5 ^{^^}
	Малоберцов ый нерв	349,9±7,8 ^{^^^}	301,8±6,8 ^{^^}	223,5±4,6 ^{^^^}	151,9±3,5 [^]	162,1±6,5 ^{^^^}	128,2±4,0 [^]

Примечание: [^]- достоверно по сравнению с данными группы до лечения ([^]-P<0.05, ^{^^}-P<0.01, ^{^^^}-P<0.001).

У больных основной группы по ВАШ слабые боли отмечались только у 4 пациентов после проведенной комплексной реабилитации. У всех больных исчезли напряжения прямых мышц спины. Положительный симптом натяжения сохранился в слабом отрицательном виде только у 3 больных.

У больных группы сравнения по шкале ВАШ сильно обозначенные боли остались у 3 больных, умеренные боли у 4-х больных, а слабые боли

сохранились у 14 больных. Напряжение прямой мышцы спины сохранилось у 7 пациентов, симптом натяжения у 3 больных резко положительный, у 7 больных средне положительный и у 12 больных слабо положительный.

В итоге, на амбулаторно-поликлиническом этапе общая эффективность у больных основной группы составила 97%, в группе сравнения - 85,5%.

ВЫВОДЫ

Сочетание нестероидного противовоспалительного, миорелаксирующего препаратов с иглорефлексотерапией, а также вакуумным массажем в стадии обострения поясничных спондилогенных неврологических синдромов способствуют уменьшению выраженности боли, увеличению двигательной активности и восстановлению работоспособности больных с поясничными спондилогенными радикулопатиями.

Учитывая молодой возраст и относительно благоприятный прогноз восстановления нарушенных функций и трудоспособности, всем больным со спондилогенными поясничными радикулопатиями должны проводиться интенсивные этапные лечебные мероприятия, начиная со стационара, и заканчивая реабилитацией в специализированных центрах и амбулаторно-поликлинических условиях.

Использованная литература

1. Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л. др. Острая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018; 10(2): 4-11. doi: 10.14412/2074-2711-2018-2-4-11 [Parfenov VA, Yakhno NN, Kukushkin ML, et al. Acute nonspecific (musculoskeletal) low back pain Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP). *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(2):4-11. doi: 10.14412/2074-2711-2018-2-4-11

2. Deyo RA, Mirza SK. Clinical practice. Herniated Lumbar Intervertebral Disk. *N Engl J Med*. 2016; 374(18): 1763-72. doi: 10.1056/NEJMcsp1512658

3. Широков В.А., Терехов Н.Л., Потатурко А.В. Влияние условий труда на распространенность поясничных болевых синдромов (обзор литературы). *Уральский медицинский журнал*. 2019; 13(181):76-81.

4. ЭРНАЗАРОВ А. Ж. и др. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ЕГО ПАТОГЕНЕЗ У БОЛЬНЫХ С ПОЯСНИЧНЫМИ ГРЫЖАМИ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 2.

5. Абдусаломова М., Равшанова М. ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ БОЛЯХ В ПОЯСНИЦЕ У

СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ СО СКОРОСТНЫМИ И СИЛОВЫМИ КАЧЕСТВАМИ //InterConf. – 2020.

6. АБДУСАЛОМОВА М. А., МАВЛЯНОВА З. Ф., КИМ О. А. Орқа мия ва умуртқа поғонасининг бўйин қисмининг туғруқ жароҳатлари билан беморларнинг диагностикасида электронейромиографиянинг ўрни //журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.

7. Kamilova R. T., Mavlyanova Z. F., Abdusamatova V. E. Evaluation of the impact of systematic volleyball on somatotypological characteristics of the body //Bulletin of the Kazakh National Medical University. – 2016. – №. 4. – С. 212-217.

8. Stafford MA, Peng P, Hill DA. Sciatica: a review of history, epidemiology, pathogenesis, and the role of epidural steroid injection in management. Br J Anaesth. 2007; 99(4):461- 73. doi: 10.1093/bja/aem238

9. МАХМУДОВ С. М. и др. АНКИЛОЗЛАНУВЧИ СПОНДИЛОАРТРИТИ БЎЛГАН БЕМОРЛАР РЕАБИЛИТАЦИЯ ДАСТУРИГА ЯНГИЧА ЁНДАШУВ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 1.

10. Kim O. A. et al. Analysis of the subtypes of ischemic stroke in young age //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 2509-2514.

11. Ropper AH, Zafonte RD. Sciatica. N Engl J Med. 2015; 372(13):1240-8. doi: 10.1056/NEJMra1410151

12. Fardon DF, Williams AL, Dohring EJ, et al. Lumbar disc nomenclature: version 2.0: Recommendations of the combined task forces of the North American Spine Society, the American Society of Spine Radiology and the American Society of Neuroradiology. Spine J. 2014; 14(11):2525-45. doi: 10.1016/j.spinee.2014.04.022

13. Schroeder GD, Guyre CA, Vaccaro AR. The epidemiology and pathophysiology of lum-bar disc herniations. Semin Spine Surg. 2016; 28(1): 2-7. doi: 10.1053/j.semss.2015.08.003

14. Euro U, Knekt P, Rissanen H, et al. Risk factors for sciatica leading to hospitalization. Eur Spine J. 2018; 27(7): 1501-8. doi: 10.1007/s00586-017-5182-8

15. Cook CE, Taylor J, Wright A, et al. Risk factors for first time incidence sciatica: a systematic review. Physiother Res Int. 2014;19(2):65-78. doi: 10.1002/pri.1572