

Матеріали конференцій

УДК 616.721.1:616.832-07-08-039.73

Дискогенные миелорадикулярные синдромы (принципы диагностики и консервативного лечения)

Козелкин А.А.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Автор считает, что больные с дискогенными миелорадикулярными синдромами (ДМРС) подлежат тщательному клинико-неврологическому, нейроортопедическому, нейрохирургическому и параклиническому обследованию для решения вопросов о виде лечения (консервативное или оперативное), методах лечения, их целесообразности и эффективности. Эффективность лечения больных с дискогенными миелорадикулярными синдромами во многом зависит от преемственности в работе неврологов, нейрохирургов и нейроортопедов. Необходима разработка единых стандартов диагностики и лечения, а также тактики и стратегии ведения больных с дискогенными и спондилогенными миелорадикулярными синдромами.

Ключевые слова: дискогенные миелорадикулярные синдромы (ДМРС), неврология, нейрохирургия, нейроортопедия.

Вступление. Одной из важных проблем современной неврологии являются диагностика и лечение ДМРС. В структуре общей неврологической заболеваемости взрослого населения заболевания периферической нервной системы составляют наибольший удельный вес (48–52%), часто являясь основной причиной длительной нетрудоспособности, а иногда и инвалидности больных [2, 8].

При патологии периферического отдела нервной системы первое место занимают вертеброгенные пояснично-крестцовые синдромы [5, 9], причем в 70–80% случаев основным этиопатогенетическим фактором является дегенеративно-деструктивная патология позвоночника — ДДПП [4, 8]. В настоящее время большое количество работ посвящено диагностике и лечению пояснично-крестцовых вертеброгенных синдромов [5, 6, 10–12], но при этом остаются малоизученными вопросы комплексного лечения ДМРС. Проблема состоит в том, что эту патологию в равной степени лечат вертеброневрологи, нейрохирурги и нейроортопеды, при этом каждый имеет свои взгляды на тактику и стратегию ведения этих пациентов [3, 5, 7]. К сожалению, в Украине нет современной классификации вертеброгенных заболеваний, а устаревшая классификация (И.П. Антонов, 1984) и неудачная ее адаптация к МКБ-10 во многом не устраивает клиницистов. С учетом развития нейровизуализационных методов исследования и получения новых данных о состоянии позвоночных структур, а также переосмысле-

ния некоторых патогенетических механизмов назрела настоятельная необходимость создания новой классификации вертеброгенных заболеваний нервной системы, которой могли бы пользоваться неврологи, врачи общей практики и другие специалисты. Вопросы преемственности в работе между неврологами, нейрохирургами и нейроортопедами в лечении больных с ДМРС весьма актуальны и имеют большое клиническое значение.

Материалы и методы. В данной работе изложен взгляд невролога на проблему диагностики, лечения и реабилитации больных с ДМРС. Согласно современным представлениям, все ДМРС можно распределить на дискогенные компрессионные радикулопатии (ДКРП), дискогенные компрессионно-ишемические радикулопатии (ДКИРП) и дискогенные компрессионные миелопатии (ДКМП).

Диагностика дискогенных миелорадикулярных синдромов

1. Детальное клинико-вертеброневрологическое обследование, включающее:

- а) оценку степени нарушения вертебродинамики и степени выраженности болевого синдрома;
- б) выявление двигательных, чувствительных, вегетативно-трофических расстройств;
- в) определение типа биокинематических расстройств (неоптимальный двигательный стереотип, постуральный дисбаланс мышц, гипермобильность, нестабильность и др.);

г) выявление с помощью мануально-мышечного тестирования функционального блокирования позвоночно-двигательных сегментов (ПДС) и дополнительных сочленений (реберно-позвоночных, реберно-грудинных) и суставов конечностей мышечно-дистонических и нейро-дистрофических расстройств;

д) определение признаков заинтересованности спинномозговых структур (наличие в анамнезе преходящей слабости в ногах, ПНСК, двусторонних чувствительных, двигательных, мышечно-дистонических, рефлекторных расстройств), наличие патологических знаков и расстройств функции тазовых органов и др.;

е) определение экстравертебральных факторов, формирующих клиническую картину комбинированных вертебро-висцеральных синдромов (заболевания внутренних органов);

ж) выявление экстравертебральных системных процессов с поражением костно-суставного и мышечно-связочного аппарата, влияющих на функциональное состояние позвоночника с формированием биомеханических расстройств, миоадаптивных и викарных синдромов.

2. Рентгенография позвоночника с функциональными пробами.

3. Контрастная миелография (при заинтересованности спинальных структур).

4. Компьютерная томография позвоночника и спинномозговых структур.

5. Ядерно-магниторезонансная томография позвоночника и спинномозговых структур.

6. Ангиография с исследованием позвоночных и спинномозговых артерий.

7. Ультразвуковая доплерография с исследованием вертебробазилярного бассейна с функциональными пробами.

8. Реоэнцефалография с исследованием кровотока в вертебробазилярном бассейне с функциональными пробами.

9. Реовазография с исследованием кровотока в сосудах конечностей.

10. Теплография.

11. Электромиография и электронейромиография (с исследованием СПИ, М-ответа, Н/Г-рефлекса и др.).

12. Проведение полного параклинического лабораторного исследования крови, мочи, спинномозговой жидкости (при необходимости) и других исследований для исключения невертеброгенного (дискогенного) происхождения выявленных расстройств (опухоли, воспалительных заболеваний спинного мозга, оболочек и позвоночника, системных поражений соединительной ткани, костей и суставов и др.).

Принципы лечения больных с ДМРС

I. Патогенетическая обоснованность лечебных мероприятий, направленных на:

1) купирование болевого синдрома;

2) снятие статических и динамических нагрузок на позвоночник;

3) восстановление вертебродинамики (деблокирование ПДС, межпозвоночных суставов, суставов конечностей и дополнительных сочленений);

4) восстановление двигательных (паретических) расстройств;

5) улучшение кровообращения в системе позвоночных и спинномозговых артерий, улучшение микроциркуляции и прочее.

II. Комплексность лечения: использование различных методов и способов воздействия на вертебральные структуры, периферические паретические нарушения, на экстравертебральные очаги и на весь организм в целом.

III. Этапность и последовательность лечебных мероприятий в зависимости от выраженности клинических проявлений (степени выраженности болевого синдрома, нарушения вертебродинамики и периферического пареза) и общего самочувствия больного, вплоть до стойкого улучшения состояния и устранения вертеброневрологических расстройств.

IV. Превалирование в лечебно-реабилитационных комплексах немедикаментозных способов лечения: электростимуляции паретичных мышц, массажа, ЛФК, кинезотерапии, тракционного лечения, физио-бальнеотерапии, рефлексотерапии и др.

V. Индивидуальность применяемых лечебных комплексов с учетом психовегетативного статуса пациента, особенностей течения заболевания, наличия соматической патологии и состояния всего организма.

Критерии этапности лечения больных с ДМРС

1. Клинико-вертеброневрологические критерии.

1.1. Стадия вертеброневрологического процесса (дебют, обострение, ремиссия).

1.2. Тип течения процесса (хронический, хронический рецидивирующий, рецидивирующий прогрессивный, ремиттирующий).

1.3. Степень выраженности болевого синдрома (слабо выраженный — I степень, умеренно выраженный — II степень, выраженный — III степень, резко выраженный — IV степень).

1.4. Степень выраженности нарушений вертебродинамики (слабо, умеренно выраженное, выраженное).

1.5. Тип биомеханических и биокинематических расстройств (ФБ ПДС, постуральный дисбаланс мышц, неоптимальный двигательный стереотип и др.).

1.6. Степень выраженности двигательных (паретических), мышечно-дистонических и вегетативно-трофических расстройств.

1.7. Наличие соматических заболеваний (их стадия), формирующих картину комбинированных вертебро-висцеральных синдромов.

1.8. Общесоматическое и психовегетативное состояние пациента.

2. Данные параклинических методов обследования.

2.1. Степень выраженности ДДПП (остеохондроз, деформирующий спондилез, деформирующий спондилоартроз, грыжи межпозвонковых дисков — их локализация, размеры, воздействие на корешковые и спинальные образования) по данным нейровизуализационных методов исследования (КТ, МРТ, миелография).

2.2. Данные рентгеноспондилографических исследований с функциональными пробами (степень выраженности листеза, ДДПП, сколиотические деформации и др.).

2.3. Данные электродиагностики, электромиографии, электронейромиографии (СПИ, М-ответ, Н/Ф-рефлекс).

2.4. Оценка кровотока в вертебробазилярном бассейне (по данным РЭГ и УЗДГ с функциональными пробами).

2.5. Данные ангиографии позвоночных и спинномозговых артерий (мальформации, патологическая извитость и др.).

Результаты и их обсуждение. Лечение больных с ДМРС включает следующие этапы.

Первый этап — лечебный. При наличии двигательных (паретических) расстройств на фоне резко выраженного болевого синдрома (по И.П. Антонову III–IV степень) и резко ограниченной вертебродинамики проводится в условиях общего неврологического или вертеброневрологического стационара. Превалируют противоболевые мероприятия (литические смеси, нестероидные анальгетики, анестетики, транквилизаторы, антидепрессанты, диуретики, миорелаксанты и др.), при ограниченном двигательном режиме, антальгических укладках и снятии динамических и статических нагрузок с опорно-двигательной системы. Применяют препараты, улучшающие спинальное кровообращение.

Второй этап — лечебно-реабилитационный. При наличии двигательных (паретических) расстройств, умеренно выраженном болевом синдроме (II стадия по И.П. Антонову) и умеренном нарушении вертебродинамики проводится в условиях специализированных отделений вертеброневрологии или нейрореабилитации. Основной акцент делается на восстановление двигательных (паретических) расстройств (электростимуляция паретичных мышц — «Миотон»,

антихолинэстеразные препараты, нейромидин, ЛФК). Широко применяют немедикаментозные методы лечения (МТ-мобилизации, тракции, ИРТ, массаж, физио-бальнеолечение и др.).

Третий этап — реабилитационно-профилактический. При наличии двигательных (паретических) расстройств, слабо выраженном болевом синдроме (I стадия по И.П. Антонову) и незначительном ограничении вертебродинамики проводится в условиях профилактория, санатория, водогрязелечебницы. Превалируют мероприятия, направленные на полное восстановление двигательных (паретических) расстройств, устранение биомеханических нарушений, укрепление мышечного корсета позвоночника и конечностей (электростимуляция, массаж, МТ, ПИРМ, ЛФК, физио-бальнеолечение и др.). Лекарственная терапия: сосудистые, антихолинэстеразные препараты, метаболиты, нейромидин, витаминотерапия, хондропротекторы (артропарон, зинаксин — 2 капсулы в сутки в течение 2 мес, затем по 1 капсуле в сутки) и др.

Четвертый этап — профилактический. Диспансерное наблюдение и профилактическое лечение у врача вертеброневролога — проводится в поликлинических отделениях.

Используют комплексы, включающие ЛФК, массаж, ПИРМ, аутомобилизацию, препараты, способствующие регенерации хрящевой ткани, витаминотерапию и др.

Тактика ведения больных с ДМРС

При ДКРП и ДКИРП проводят комплексные лечебно-реабилитационные мероприятия с использованием медикаментозной терапии, физио-бальнеолечения, тракционной терапии, кинезотерапии (МТ), рефлексотерапии, электростимуляции («Миотон») паретичных мышц, санаторно-курортного лечения и др.

При безуспешности или малой результативности комплексной терапии (2–3 курса) показано оперативное лечение.

Более ранними показаниями к оперативному лечению больных с ДКРП и ДКИРП являются:

- 1) не купируемый резко выраженный болевой синдром;
- 2) выраженный прогрессирующий атрофический процесс;
- 3) прогрессирующие паретические расстройства;
- 4) проявления преходящей миелорадикулопатии.

По нашему мнению, ДКРП и ДКИРП — это относительные показания к оперативному лечению.

ДКМП — это абсолютное показание к оперативному лечению.

Выводы. Больные с ДМРС подлежат тщательному клинико-неврологическому, нейроортопедическому, нейрохирургическому и параклиническому обследованию для решения вопросов о виде лечения (консервативного или оперативного), способах и методах лечения, их целесообразности и эффективности.

Консервативное лечение больных с ДМРС должно быть патогенетически обоснованным, этапным и комплексным.

Эффективность лечения больных с ДМРС во многом зависит от преемственности в работе неврологов, нейрохирургов и нейроортопедов.

Необходима разработка единых стандартов диагностики и лечения, а также тактики и стратегии ведения больных с дискогенными и спондилогенными миелорадикулярными синдромами.

Список литературы

1. Антонов И.П. Классификация и формулировка диагноза заболеваний нервной системы // Периферическая нервная система: Сб. науч. тр. — Минск, 1984. — Вып. 7. — С.51–58.
2. Веселовский В.П., Михайлов М.К., Самитов О.Ш. Диагностика синдромов остеохондроза позвоночника. — Казань: Изд-во Казанского ун-та, 1990. — 290 с.
3. Радченко В.А., Корж Н.А. Практикум по стабилизации грудного и поясничного отделов позвоночника. — Х.: Изд-во Прапор, 2004. — 157 с.
4. Козелкин А.А. Клинические особенности и комплексное лечение неврологических проявлений дегенеративно-дистрофической патологии позвоночника: Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. — Х., 1996. — 35 с.
5. Козелкин А.А., Козелкина С.А. Опыт лечения вертеброгенных болевых синдромов с применением препаратов нимесил и диклоберл // Запорож. мед. журн. — 2003. — №4. — С.21–24.
6. Лечение поясничных спондилогенных неврологических синдромов / Под ред. А.А. Скоромца. — СПб.: Изд-во Гиппократ, 2001. — 159 с.
7. Педаченко Е.Г., Куцаев С.В. Эндоскопическая спинальная нейрохирургия. — К.: А.Л.Д., РИМАНИ. — 2000. — 216 с.
8. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1989. — 464 с.
9. Фищенко В.Я., Мартыненко Г.Ф., Шаргородский В.С., Швец В.А. Консервативное лечение остеохондроза позвоночника. — К.: Здоровье, 1989. — 167 с.
10. Brunholz C., Claus D., Bianchi E. Central motor conduction time in diagnosis of spinal processes // Nervenarzt. — 1993. — Bd. 64, N.4. — S.233–237.
11. Mc. Guire R.A. Degenerative cervical disk disease // J. Miss State Med. Assoc. — 1993. — V. 34, N.7. — P.223–226.
12. Schnur S., Clar H.E. Cervikal intervertebral disk prolapse. Diagnosis, differential diagnosis and surgical therapy // Fortschr. Med. — 1993. — Bd. 111, N.17. — S.289–293.

Дискогенні мієлорадикулярні синдроми (принципи діагностики та консервативного лікування)

Козьолкін А.А.

Хворим з дискогенними мієлорадикулярними синдромами (ДМРС) показане ретельне клініко-неврологічне, нейроортопедичне, нейрохірургічне та параклінічне обстеження для вирішення питання про вид лікування (консервативне або оперативне), методи лікування, їх доцільність та ефективність. Ефективність лікування хворих з ДМРС залежить від послідовності в роботі неврологів, нейрохірургів, нейроортопедів. Необхідне опрацювання єдиних стандартів діагностики та лікування, а також тактики й стратегії ведення хворих з ДМРС.

The discogenic myeloradicular syndromes (the principles of diagnostics and conservative treatment)

Kosyolkin A.A.

The patients with discogenic myeloradicular syndromes have to pass carefully examination of neurologists, neuroorthopaedists, neurosurgeons and paraclinical tests for decision making about the kind of their treatment (conservative or surgical), their expediency and efficacy. The treatment efficacy depends much upon the continuity in work of neurologists, neurosurgeons and neuroorthopaedists. It is necessary to develop the single