

© Mirjuraev E.M., Hakimatova N.A., 2007.

Э.М. Мирджураев, Н.А.Хикматова КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСКОГЕННЫМИ ПОЯСНИЧНЫМИ РАДИКУЛОПАТИЯМИ

*Кафедра Неврология с курсом восточной медицины
при Ташкентском Институте Усовершенствования Врачей
Ташкент, Узбекистан*

Реферат:

Остеохондроз позвоночника относится к числу неизбежных возрастных заболеваний. Чаще страдают наиболее подвижные отделы позвоночника - поясничный и шейный. После 30 лет каждый пятый человек в мире страдает остеохондрозом позвоночника, неврологические симптомы остеохондроза позвоночника выявляются, по данным разных авторов, у 40-80% взрослого населения планеты. В последние годы, часто выявляются при болях в спине грыжи межпозвоночных дисков. По данным различных авторов они наблюдаются в 3-5% случаев от всех поясничных радикулопатий. По данным литературы заболеваемость пояснично-крестцовыми радикулопатиями колеблется, в среднем, в пределах от 5 до 10 случаев в год на 100 работающих. В связи с часто рецидивирующими обострениями болей, временная потеря трудоспособности достигает 27%. Эти цифры говорят о том, что помимо ущерба, наносимого тому или иному человеку, что заболевание бременем ложится на бюджет государства.

Несмотря на большое количество консервативных и хирургических методов лечения: поясничные дискогенные радикулопатии зачастую принимают хронический, рецидивирующий характер. По этому необходимы современные и эффективные методы лечения этой патологии.

Ключевые слова:

Остеохондроз, позвоночник, радикулопатия, терапия

Целью настоящего исследования явилось разработка комплексной реабилитации больных с поясничными дискогенными радикулопатиями.

Материал и методы исследования.

Материалом исследования послужили данные 82 больных с дискогенными радикулопатиями пояснично-крестцового отдела позвоночника в возрасте от 23 до 55 лет, находившиеся на стационарном лечении в неврологическом отделении ГКБ№1 г. Ташкента. Мужчин было 49(59,7%); женщин 33(41,3%). Из методов обследования больных проведена рентгенография позвоночника; компьютерная томография; магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника и электронейромиография.

Пациенты были разделены на две группы: основную составили 42 пациента (51,2%); группу сравнения 40 пациентов (48,1%). Всем больным проводили медикаментозное (нестероидные противовоспалительные; антихолинэстеразные препараты; витамины группы В; биостимуляторы) и физиотерапевтическое (ультрафонофорез; массаж) лечение.

Пациентам основной группы 42 пациента (51,2%) был назначен также ультрафонофорез с 5%мазью Хондроксид на пояснично-крестцовый отдел позвоночника. Режим ультразвука непрерывный, плотность от 0,7 до 1,0 Вт/см² полями по 5 мин. на одно поле (1 сегмент) ежедневно.

Результаты.

После лечения ультрафонофорезом сразу проводилась электронейростимуляционная терапия с коррекцией

движения с помощью аппарата электронейромиографа Медикор (Венгрия). Электронейростимуляция проводилась по ходу седалищного, большеберцового и малоберцового нерва током от 2 до 8 имп/сек. Для снижения миофасциального болевого синдрома и уменьшения атрофии мышц проведена электростимуляция большеберцовой мышцы, в которой активный электрод установлен на верхнюю треть голени по переднебоковой поверхности в области мышечного брюшка. При электростимуляции трехглавой мышцы голени активный электрод поставлен над головками икроножных мышц, индифферентный электрод на нижней трети голени. Для снижения миофасциального болевого синдрома к лечению больных основной группы добавляли Мидокалм по 100мг 2 раза в день в/м в течении 10 дней. У всех пациентов основной группы после лечения наблюдалась достоверная положительная динамика: полное исчезновение болей в спине по окончании курса лечения отмечали у 18 (42,8%) пациентов; а уменьшение выраженности боли у 22 (52,3%) пациентов. Общая эффективность лечения в основной группе составила 95,1%. У 2-х (4,9%) больных из основной группы интенсивность болей в спине не изменилась. Электронейромиографическое исследование после курса лечения показало, что у 40 больных основной группы скорость проведения импульса восстановилась, отмечалось увеличение скорости проведения импульса, СПИ эфф. по ходу n.tibialis. Что и было подтверждено данными повторного ЭНМГ исследования: повысилась амплитуда М-ответа и уменьшились их латентный период с увеличением числа двигательных единиц. Общая эффективность лечения в контрольной группе составили 12 (30%); у 18 (40%) больных болевой синдром не претерпел существенных изменений после лечения; причем у 10 (25%) из них не зарегистрировано активной динамики.

Contact Information:

К.м.н. Хикматова Н.А.
700042, Узбекистан, Ташкент, ул. Уйгура,40.
Неврологическая клиника ГКБ №1.
Телефон: (998-71) 242 78 75
E-mail: emmir@bk.ru; drelena777@mail.ru

Заключение. Результаты разработанного консервативного комплексного лечения больных с дискогенными радикулопатиями, с грыжей межпозвоноковых дисков позволяют считать его одним из эффективных методов лечения данной патологии и у большинства пациентов позволяет избежать хирургического вмешательства, снизить процент инвалидизации.

Выводы:

1. Восстановительное лечение больных с пояснично-крестцовыми радикулопатиями необходимо проводить комплексно, используя медикаментозную терапию и адекватные методы реабилитационных мероприятий.

2. При применении мидокалма и 5% мази хондроидина в комплексной терапии больных с миофасциальным болевым синдромом результаты лечения в целом выше, чем у больных, получавших общепринятую терапию.

3. Электростимуляция при радикулопатиях поясничного отдела позвоночника увеличивает скорость проведения импульса по пораженным нервам и восстанавливает показатели сокращения мышц.

E.M.Mirjuraev, N.A.Hakimatova

EXPERIENCE OF APPLICATION OF CHONDROXYD AND MIDOCALM AT THE PATIENTS WITH DISCOGEN LUMBAL RADICULOPATHIES

Taskent, Uzbekistan

ABSTRACT:

The 82 patients with diagnosis lumbal backbone radiculopathy were investigated and received rehabilitation therapy. Increase of efficiency of rehabilitation therapy parameters with application of chondroxyd and mydocalm was determined.

Keywords:

lumbal backbone radiculopathy, rehabilitation, therapy

© Kiselev A.M., Krotentkov P.V., Kiselev A.A. , 2007.

А.М. Киселев, П.В. Кротенков, А.А. Киселев

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ОКЦИПИТОСПОНДИЛОДЕЗ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТАХ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Реферат:

Стабильность краниовертебральной области (КВО) при остеомиелите нарушается вследствие остеолигаментарной деструкции. Крайним проявлением нестабильности КВО является нарастающая атланто-аксиальная дислокация (ААД), которая приводит к сдавлению продолговатого и спинного мозга, позвоночных артерий с нарушением мозгового кровообращения. Восстановление стабильности требует внешней иммобилизации или оперативного лечения с помощью внутренних фиксирующих устройств. Авторы рассматривают показания и метод стабилизации КВО с использованием модифицированного окципитоспондилодеза и дают краткий обзор различных методик задней фиксации.

Ключевые слова:

остеомиелит краниовертебральной области, окципитоспондилодез, фиксация позвоночника, оперативная техника

Введение

При воспалительных процессах краниовертебральной области (КВО) сформированы определения и биомеханические модели нестабильности шейного отдела позвоночника т.е. потери способности позвоночного столба под физиологическими нагрузками сохранять структурную целостность [5, 6, 11]. Нами проведены клинко-анатомические исследования воспалительных поражений КВО, на основе которых разработана 3-х столбовая классификация краниовертебрального отдела при данной патологии. Классификация отражает анатомические и биомеханические нарушения в различных стадиях воспалительного процесса КВО и необходима для выработки хирургической тактики лечения.

Практически наличие нестабильности выявляется рент-

генографическими исследованиями, включая простые рентгенограммы, функциональные рентгенограммы, компьютерную томографию, МРТ – томографию.

Цель любой фиксации состоит в обеспечении структурной стабильности до формирования костного или костно-фиброзного блока [5, 11, 12]. Задние кранио-цервикальные конструкции обеспечивают стабильность восстанавливая способность сопротивляться силам сгибания [6, 7, 10]. Отбор оптимальных задних аппаратных средств фиксации требует полного знания биомеханики и оперативных методов спинальной реконструкции и стабилизации [2]. Выбор кранио-цервикальной конструкции определяется на основании характера и степени нестабильности, а также хирургических возможностей лечебного учреждения [8].

Материал и методы

На основе современных материалов нами разработана трехмерная титано-цементная конструкция фиксации кранио-вертебральной области с 5-ю точками фиксации (затылочная кость, первый и второй шейный позвонок)

Contact Information:

д.м.н. Киселев Анатолий Михайлович

E-Mail: kiselevAM@inbox.ru