



# Опыт консервативного лечения пациентов с грыжами межпозвонковых дисков

**Г**рыжа межпозвонковых дисков является одним из наиболее распространенных и тяжелых проявлений дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике. При этом заболевании развивается выраженный болевой синдром, который значительно ограничивает двигательную активность пациента и может сопровождаться парезами или параличами мышц нижних конечностей, расстройством чувствительности и даже (в редких случаях) нарушением функции тазовых органов.

**Заведующий отделом консервативного лечения и реабилитации ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко НАМН Украины» (г. Харьков), доктор медицинских наук, профессор Василий Иванович Маколинец** рассказал корреспонденту «Медичної газети «Здоров'я України» об особенностях ведения пациентов с наличием межпозвонковых грыж, а также представил вниманию интересный клинический случай, продемонстрировавший возможности консервативной терапии при данной патологии.

## Клинический случай

*Пациентка Е., 48 лет, поступила в стационарное отделение 24.01.2011 г. с жалобами на резкие боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника и левой нижней конечности, которые не уменьшались даже в состоянии покоя. В течение последних двух лет больная страдала грыжей межпозвонковых дисков, однако состояние ее врачами по месту жительства оценивалось как стабильное. Незадолго до обращения в больницу пациентка получила сильный толчок в транспорте, вследствие чего ее состояние резко ухудшилось. Лечение в неврологическом отделении в течение 10 дней не принесло улучшения, и больная обратилась за консультацией в нашу клинику. Установлен диагноз: остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, грыжа диска L5-S1, левосторонний корешково-компрессионный синдром, спондилоартроз. Также выяснилось, что на уровне L5-S1 слева у пациентки имелось смещение (подвывих) в дугоотростчатых суставах. По данным осмотра отмечены выраженные местные миотонические реакции.*

*Было принято решение в качестве стартовой терапии назначить больной Мовалис по 15 мг/сут внутримышечно в течение 10 дней для устранения воспалительного процесса и облегчения болевого синдрома. Также были назначены хондромодуляторы, миорелаксанты, венотонические препараты. Пациентке рекомендовано ношение корсета и режим покоя. Уже через неделю значительно уменьшился воспалительный процесс в области грыжи, что позволило провести больной устранение функционального блока. Она незамедлительно ощутила значительное улучшение состояния. Было продолжено лечение с использованием иглорефлексотерапии и электрофореза лекарственных веществ, что позволило стабилизировать состояние пациентки. Ее выписали 14.02.2011 г. с выраженной положительной динамикой. По данным МРТ, на момент выписки размер грыжи составлял 10 мм. В настоящее время оперативное лечение проводить не целесообразно.*

**– Какие факторы могут провоцировать развитие грыж межпозвонковых дисков?**

– Среди факторов риска можно выделить генетическую предрасположенность, малоподвижный образ жизни, остеохондроз, острую травму, хронические перегрузки отдельных мышечных групп (у хирургов, стоматологов, при работе за компьютером, станком и др.) и тяжелую физическую работу в целом. Фактором риска развития грыж является пожилой возраст (старше 40-60 лет), так как происходят возрастные изменения в хрящевой ткани и ухудшаются компенсаторные возможности организма, однако такие нарушения могут

встречаться и у молодых людей. Наличие избыточного веса, увеличивающего нагрузку на позвоночник, также может провоцировать развитие межпозвонковых грыж. Наиболее часто встречаются межпозвонковые грыжи в поясничном отделе позвоночника, а именно между 5-м поясничным и 1-м крестцовым позвонками. Значительно реже они локализуются на уровне 4-5-го поясничных позвонков или в других отделах позвоночника. Основной жалобой является, как правило, выраженный болевой синдром в спине с иррадиацией в конечность, ограничивающий физическую активность пациента. Иногда боль локализуется в области голени или стопы; также может появляться слабость в ноге, онемение, мышечная атрофия. Может наблюдаться онемение в области паха. Для диагностики грыжи межпозвонковых дисков необходимы общий осмотр пациента, сбор анамнестических данных, результатов визуализирующих методов исследования (рентгенографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии).

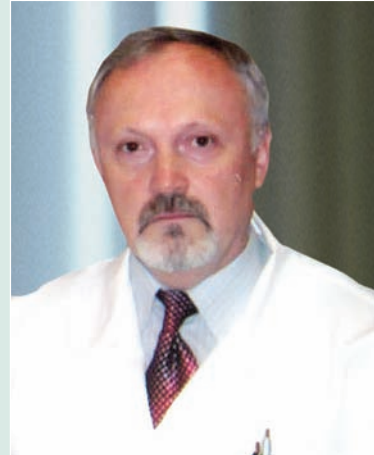
**– Коррелирует ли размер грыжи с предъявляемыми пациентом жалобами?**

– Стоит заметить, что межпозвонковая грыжа не всегда сопровождается болью. Она может быть обнаружена случайно, при проведении магнитно-резонансной или компьютерной томографии, при этом не вызывая беспокойства у пациента. Это связано с центральным расположением грыжи, а также с анатомическими особенностями позвоночника (широким позвоночным каналом – более 13 мм). Как правило, болезненные ощущения появляются только при больших размерах грыжи и узком канале либо неудачном ее расположении, при этом происходит ущемление нервов или сдавление спинного мозга, вызывающее резкие болезненные ощущения в месте локализации грыжи, а также по ходу расположения нервных окончаний.

Лечение грыжи межпозвонковых дисков может быть консервативным или оперативным, при этом, по данным различных авторов, операция требуется лишь в 12-20% случаев. Таким образом, более 80% пациентов показаны консервативное лечение, изменение образа жизни и устранение корригируемых факторов риска (изменение условий труда, дозированная физическая нагрузка, нормализация массы тела, санаторно-курортное лечение). Безусловно, консервативная терапия не в состоянии полностью устранить грыжу у больного, однако может способствовать значительному уменьшению ее в размерах и облегчению болевого и компрессионного синдромов. Медикаментозное лечение заключается в назначении нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), хондропротекторов, миорелаксантов и других лекарственных средств.

Согласно одной из теорий, в основе дегенеративных изменений позвоночника, к которым относятся и межпозвонковые грыжи, лежит воспалительный процесс. Таким образом, НПВП применяют не только для симптоматического лечения (уменьшения болевого синдрома), но и патогенетического (устранения воспаления).

Мовалис – хорошо изученный ЦОГ-2 специфический НПВП, который в нашей клинике широко используется в лечении пациентов с межпозвонковыми грыжами в качестве стартовой терапии. Особенности препарата являются выраженный противовоспалительный и анальгетический эффект, а также отсутствие тяжелых побочных эффектов со стороны органов системы ЖКТ и сердечно-сосудистой системы. Мовалис выпускается в различных формах (таблетки, инъекции, суппозитории), что позволяет подобрать оптимальное лечение с учетом выраженности воспалительного процесса и клинических проявлений, а также сопутствующих заболеваний пациента. Так, больным в острой фазе заболевания при необходимости проведения мануальной терапии мы



**В.И. Маколинец**

назначаем инъекционную форму препарата; обезболивающий эффект наступает уже в течение 30 мин и сохраняется в течение 24 ч. При необходимости длительного лечения с использованием НПВП целесообразно назначение ступенчатой терапии с последующим переходом на таблетированную форму Мовалиса. При назначении препарата следует помнить, что, несмотря на благоприятный профиль переносимости, одним из его побочных эффектов остается повышение трансаминаз. Поэтому следует тщательно изучить у пациентов функцию печени и при ее нарушении дополнить схему лечения эссенциальными фосфолипидами либо же отдать предпочтение другим НПВП.

Потребность в оперативном вмешательстве наступает в случае узкого позвоночного канала, компрессии грыжи, наличии парезов в конечности, а также неэффективности консервативной терапии или дальнейшего ухудшения состояния больного. В послеоперационный период мы также применяем Мовалис для устранения воспаления в тканях, вызванного хирургическим вмешательством, а также для уменьшения болевого синдрома. Анальгезирующий эффект Мовалиса в инъекционной форме по 15 мг/сут в течение 7-10 дней в большинстве случаев был достаточным и мог сравниться с таковым некоторых опиоидных препаратов в средней дозировке; лишь в немногих случаях требовалось дополнительное назначение опиоидных анальгетиков.

**– В чем заключается опасность нелеченной грыжи межпозвонковых дисков?**

– В случае отсутствия лечения при тяжелом течении заболевания главной опасностью является секвестрация грыжи; при этом может происходить нарушение функций тазовых органов, развитие парезов и паралича конечностей. Подобные явления могут часто развиваться у пациентов с наличием грыжи после проведения грубой мануальной терапии без предварительной тщательной диагностики расположения и размера грыжи и уточнения показаний к проведению данного метода лечения.

**– Какие могут возникать сложности при консервативном ведении больных с грыжами межпозвонковых дисков?**

– Межпозвонковая грыжа может быть самостоятельным заболеванием (в этом случае пациенты, как правило, жалуются на боль в спине, которая незначительно уменьшается в положении лежа) либо сопутствующим. Таким образом, при выявлении причины болевого синдрома врачу следует исключить наличие сопутствующих заболеваний, ухудшающих состояние и прогноз больного, и обязательно учитывать это при назначении лечения.

Так, у пациентки Е. не отмечалось уменьшения болевого синдрома в покое, а малейшее движение провоцировало резкую боль. С помощью диагностических методов у больной было выявлено смещение дугоотростчатых суставов, требовавшее мануальной коррекции. Безусловно, при активном воспалении и выраженном болевом синдроме такая манипуляция не могла быть выполнена. Таким образом начальная терапия с использованием Мовалиса была целесообразным этапом лечения больной.

Подготовила **Татьяна Канцидайло-Спринсян**

