

УДК 616.711-002-084:615.8

*Мирзажонов А.Ш.*

*Многопрофильный медицинский центр Андижанского областа*

**РАЗРАБОТКА РЕГИОНАЛЬНЫХ СТРАТЕГИЧЕСКИХ  
НАПРАВЛЕНИЙ ОПТИМИЗАЦИИ МЕТОДОВ РАННЕГО  
ВЫЯВЛЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ  
ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА**

**Резюме:** Остеохондроз (дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника) является одним из самых распространенных заболеваний, на что указывают многочисленные отечественные и зарубежные авторы. Среди причин временной потери трудоспособности и инвалидности остеохондроз по-прежнему занимает одно из первых мест. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника заставляют больного обращаться к врачу.

По данным Всемирной организации здравоохранения различными формами остеохондроза страдают от 40 до 80 % населения земного шара. Выраженные синдромы остеохондроза позвоночника проявляются в трудоспособном возрасте от 35 до 55 лет.

**Ключевые слова:** позвоночник, поражения, профилактика, дегенерация, лечения, стратегическая направления.

*Mirzazhonov A.Sh.*

*Multidisciplinary medical Center of Andijan region*

**DEVELOPMENT OF REGIONAL STRATEGIC DIRECTIONS FOR  
OPTIMIZING METHODS OF EARLY DETECTION, TREATMENT  
AND PREVENTION OF PATIENTS WITH DEGENERATIVE SPINAL  
LESIONS**

**Resume:** Osteochondrosis (degenerative-dystrophic changes of the spine) is one of the most common diseases, as indicated by numerous domestic and

foreign authors. Among the causes of temporary disability and disability, osteochondrosis still occupies one of the first places. Neurological manifestations of osteochondrosis of the spine force the patient to consult a doctor.

According to the World Health Organization, 40 to 80% of the world's population suffer from various forms of osteochondrosis. Pronounced spinal osteochondrosis syndromes manifest themselves at the working age from 35 to 55 years.

**Keywords:** spine, lesions, prevention, degeneration, treatment, strategic directions.

**Введение.** Остеохондроз - наиболее тяжелая форма дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника, в основе которого лежит дегенерация диска с последующим вовлечением тел смежных позвонков, межпозвонковых суставов и связочного аппарата. В каждом отделе позвоночного столба остеохондроз имеет типичную локализацию и свои особенности[2,5,8].

Клинические проявления остеохондроза в зависимости от локализации сводятся к статистическим, неврологическим, вегетативным и висцеральным изменениям и соответствующим клиническим симптомам. Дегенеративно-дистрофическому процессу подвергаются диски и менискоиды, тела позвонков, собственный миолигаментарный аппарат позвоночника и его суставы[4,6]. Но надо иметь в виду, что вследствие раздражения нервных структур позвоночника возникают сложные нейро-рефлекторные синдромы с тоническими, нейродистрофическими, вегетативно-сосудистыми расстройствами.

Диагноз остеохондроза позвоночника устанавливается настолько часто, что возникают предположения о каких-то социально значимых изменениях в образе жизни современного человека, либо о

гипердиагностике болезни, бесконтрольным назначением спондилографии в каждом удобном или неудобном случае[1,3,7].

Нередко рентгенография служит единственной опорой диагноза дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника при отсутствии убедительных клинических признаков.

Вряд ли возможно на современном уровне знаний ограничиваться диагнозом «остеохондроз».

Упорный болевой синдром, двигательные, чувствительные, трофические и вегетативно-сосудистые расстройства, как свидетельствуют наблюдения, относить целиком на счет компрессии того или иного корешка одним-единственным выскользнувшим диском не всегда удается. Также ошибочно видеть причиной страданий больного только дегенеративно-дистрофические изменения на уровне одного позвонково-двигательного сегмента, ибо остеохондроз позвоночника есть системное заболевание[2,5,8].

Интенсивно развивающаяся в настоящее время вертеброневрология, понимаемая как учение об остеохондрозе позвоночника и его неврологических синдромах, представляет собой комплексную программу, в которой неврология должна занимать базисное положение. Поэтому необходимо учитывать общие и частные закономерности патогенеза болезни и ее ведущие синдромы для разработки эффективных методов патогенетической терапии[4,7].

В этом плане и медикаментозная терапия не должна сводиться к применению болеутоляющих средств, поскольку боль не есть симптом, а у каждого больного представляет особый синдром с целым рядом неодинаковых звеньев патогенеза (компрессия, отек, ишемия, гипоксия, раздражение симпатических приборов и т.д.), сопровождаемый личными, весьма индивидуальными реакциями на боль. Боль из диагностического ориентира постепенно превращается уже в непосредственно патогенную

силу, дающую, в свою очередь, начало многим вторичным синдромам, таким, как изменение мышечного тонуса, нарушение биомеханики координированных движений, сосудисто-вегетативным, эндокринно-биохимическим сдвигам.

Итак, под влиянием боли формируются сложные рефлекторные патологические реакции, часто в корне меняющие начальную клиническую картину болезни.

В практической работе до сих пор предпочтение отдается патоморфологической оценке изменений позвоночника на основании спондилографии. Отсюда описательные характеристики в виде диагнозов «деформирующий спондилез», «лигаментоз», «грыжа Шморля», «дискоз» или общий собирательный диагноз «остеохондроз позвоночника» без расшифровки ведущего клинического проявления, а также особенностей патогенеза конкретного синдрома[2].

Этиотропное лечение остеохондроза позвоночника пока еще не разработано. Поэтому ведущая роль должна отводиться методам патогенетической терапии. Не только медикаментозные болеутоляющие средства, назначаемые внутрь или парентерально, но и лечебные новокаиновые, гидрокартизоновые и другие блокады, направленные на местный аллогенный источник, имеют важное значение в качестве элементов патогенетической терапии. Большое значение имеют следующие методы медицинской реабилитации: мануальная терапия, рефлексотерапия, массаж, лечебная физкультура, физиотерапия.

**Цель исследования.** Повышение эффективности лечения больных дегенеративными изменениями позвоночника методами медицинской реабилитации.

**Материалы и методы исследования.** Для решения поставленных задач обследовано 130 человек: мужчин – 70, женщин – 60. Возраст обследованных 35-60 лет. Диагноз основного заболевания устанавливали

на основании результатов неврологического осмотра, мануальной диагностики, данных рентгенологических исследований и магнитно-резонансной томографии. У 70 % больных выявлен диагноз грыжа диска. У большинства больных преобладали корешковые синдромы, сочетающиеся с мышечно-тоническими проявлениями. Наблюдались также нейродистрофические расстройства и вегето-сосудистые расстройства.

**Результаты исследования.** Лечение больных осуществлялось последовательно с применением методов реабилитации.

Мануальная терапия проводилась в начале лечения для устранения функциональных блоков ПДС, с учетом биохимических изменений опорно-двигательного аппарата с применением нервно-мышечных методик: мобилизационных, манипуляционных, постизометрической релаксации (для устранения фасциально-мышечной ригидности, периферического очага боли и нормализации нервно-мышечных болей).

Иглорефлексотерапия (ИРТ) в настоящее время занимает важное место в комплексном лечении больных дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника. Иглорефлексотерапия проводилась по седативной методике 10-12 процедур (использовались точки меридианов: мочевого пузыря V 23, 24, 25, 26, 36, 40, 57, 60; желчного пузыря – VB 29, 30, 35, 40; желудка – E 31, 32, 36, 41; селезенка и поджелудочная железа – RP 6, 9; заднесрединный – T 1, 2, 3, 4).

Лечебный массаж проводился больным в комплексе с другими методами медицинской реабилитации при слабой и умеренной выраженности болевого синдрома.

Под влиянием массажа улучшилось функциональное состояние проводящих путей, активизировались различные рефлекторные связи коры головного мозга с мышцами, сосудами и внутренними органами. Применение массажа в общем комплексе восстановительного лечения

способствовало улучшению кровообращения и трофики тканей, укреплению паретичных мышц, растяжению мышц, находящихся в состоянии контрактуры, предупреждению мышечных атрофий, уменьшению или снятию болей, вызванных раздражением нервных проводников, улучшению возбудимости и проводимости нервов, а также повышению общего эмоционального тонуса.

Лечебная гимнастика, являющаяся одним из важных и действенных методов медицинской реабилитации, занимает особое место в лечении и профилактике вертеброневрологических проявлений остеохондроза позвоночника. Это связано прежде всего с тем, что она способствует не только укреплению мышц и улучшению крово- и лимфообращения, но и выработке компенсаторно-приспособительных механизмов, направленных на восстановление нарушенного заболеванием физиологического равновесия в позвоночно-двигательном сегменте. Такой эффект действия лечебной гимнастики позволяет отнести ее к патогенетически обоснованным методам лечения клинических проявлений дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника.

При лечении и реабилитации больных дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника были поставлены и решены задачи: устранение болевого синдрома, восстановление физической активности, улучшение кровообращения в пораженном позвоночно-двигательном сегменте, уменьшение отека в данной области, расслабление напряженных мышц, а после снятия или уменьшения болевого синдрома - укрепление мышц, поддерживающих позвоночник, при гипермобильности и растяжение мышц, увеличение объема движений в суставах при гипомобильности в ПДС, снятие или коррекция патогенетических миофиксаций, укрепление «вялых» мышечных групп с целью борьбы с нестабильностью ПДС, устранение функциональных блоков в суставах и ПДС, выработка адекватного двигательного и

дыхательного стереотипа, улучшение кровообращения и трофических процессов в зоне поражения, устранение или снижение вегетативно-сосудистых и трофических расстройств и активизация рассасывания остаточных явлений асептического воспаления, укрепление паретичных мышц и связочного аппарата, ослабление мышечного гипертонуса и тем самым предупреждение или устранение мышечных контрактур и тугоподвижности суставов, борьба с сопутствующими нарушениями – искривлением и ограничением подвижности позвоночника, боязнью движений.

Физиотерапевтическое лечение. Использование физиотерапии с лечебной целью проводили с учетом патогенетических механизмов неврологических проявлений у больных дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника. Физиотерапевтические процедуры проводились для уменьшения воспалительной реакции, снятия спазма сосудов и напряжения мышц, улучшения крово- и лимфообращения в зоне заинтересованного сегмента, устранения боли.

В остром периоде заболевания проводился электрофорез с лекарственными препаратами (0,5-5% раствор новокаина, эуфиллин, никотиновая кислота и др.) обезболивающего, дегидратационного, противовоспалительного действия, улучшающих трофику и кровообращение в тканях.

В целях повышения эффекта клинических проявлений применялись магнитотерапия, дидинамотерапия (ДДТ), синусоидальные модулированные токи (СМТ). Лечение проводилось с учетом клинических проявлений и результатов исследований, с использованием конкретных методов медицинской реабилитации. В процессе лечения больных дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника можно сделать вывод, что наибольший и стойкий эффект у больных отмечался при комплексном лечении в сочетании медикаментозной терапии

(вольтарен, вольтарен, мильгамма, сирдалуд, афлутоп, мексидол и др.) с методами реабилитации.

**Вывод.** В результате применения методов медицинской реабилитации у больных дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника наблюдалось уменьшение выраженности хронического болевого синдрома и связанных с ним общих и местных вегето-сосудистых нарушений, восстановление полного объема активных безболезненных движений в суставах позвоночника и конечностей. Комплексное применение методов медицинской реабилитации и современных медикаментозных препаратов (вольтарен, мильгамма, сирдалуд, афлутоп, мексидол и др.) дает устойчивые и лучшие результаты в лечении больных дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника. В результате применения методов медицинской реабилитации значительно сокращаются сроки лечения, и увеличивается время ремиссии.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Авакян Г.Н. Рефлексотерапия заболеваний нервной системы. – М., 2009.
2. Гаваа Лувсан. Очерки методов восточной рефлексотерапии. – 3-е изд., переработ. и доп. – Новосибирск: Наука. Сиб. отделение, 2011. – 432 с.
3. Гойденко В.С. и др. Мануальная терапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. – М., 2018.
4. Евдокименко П.В. Остеохондроз. – М., 2016.– 251 с.
5. Жулев Н.М., Бадзгардзе Ю.Д., Жулев С.Н. Остеохондроз позвоночника: Руководство для врачей. – СПб: Лань, 2011. – 592 с.
6. Лечебная и физическая культура: Справочник /Епифанов В.А., Мошков В.Н., Антуфьева Р.И. и др.; Под ред. В.А. Епифанова/ - М.: Медицина, 2007.-528 с.



7. Мошков В.Н. Лечебная физическая культура в клинике нервных болезней. 3-е изд. – М.: Медицина, 2012. – 224 с.

8. Попелянский Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. – Йошкар-Ола, 2013.

9. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура. Энциклопедия. М.: АСТ–Пресс, 2014. – 542 с.