

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ ПОЗВОНОЧНИКА.

Соибназаров Орзукул Эрназарович, Жураев Илхом Гуломович, Хурсанов Ёкубжон Эркинович

Самаркандский Государственный Медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14769873>

Аннотация: Заболевания, связанные с дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника, составляют более 40% взрослых. При клиническом неврологическом обследовании 56 пациентов с неврологическими синдромами после грыжи поясничного диска были разделены на две идентичные группы: основную и контрольную. Для оценки клинической эффективности и болевого синдрома мы использовали ЭНМГ и визуально-аналоговую шкалу (ВАШ).

Ключевые слова: Реабилитация пациентов, Грыжа межпозвонкового диска, Поясничный отдел позвоночника, Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника, Послеоперационное восстановление, Нейроортопедический подход, Физиотерапия, Электронейромиография (ЭНМГ), Болевой синдром, Компрессионно-ишемический синдром, Функциональная диагностика, Лечебная физкультура (ЛФК), Физиотерапевтические методы, Клиническая эффективность реабилитации, Визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ)

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания, связанные с дегенеративно-дистрофическим поражением позвоночника, составляют более 40% взрослых (Шапиро К.И., 1993; Димченко А.В., 1998). Увеличение транспортного потока в последние годы привело к увеличению травм спинного мозга. Эти травмы в основном встречаются у мужчин в возрасте 20–50 лет (Василивкин Е.А., 1987; Хенденсон Р.Л. и др., 1991). Увеличение числа пациентов с патологией позвоночника приводит к социально-экономическим проблемам во всех развитых странах (Avital F. , 1988; Нордемар, 1991).

У пациентов с дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника все чаще используются нейроортопедические подходы в сочетании с различными терапевтическими методами лечения.

При дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника грыжа межпозвонкового диска вызывает усиление болей в ногах из-за сдавления нервных корешков в поясничной области. В то же время большинство пациентов хорошо поддаются консервативному или физиотерапевтическому лечению. Несмотря на эти методы лечения, существует необходимость в хирургическом лечении из-за обострения боли и других симптомов. От 78% до 95% пациентов, перенесших операцию, выздоравливают. По разным данным, от 3% до 12% пациентов имеют рецидив заболевания после операции. Основная причина этого (до 80%) - неспособность пациентов оценить свое состояние, отсутствие консервативного лечения и плохая организация реабилитационных мероприятий.

Целью исследования - является разработка и внедрение реабилитационных мероприятий, повышающих эффективность реабилитационного лечения пациентов с грыжей поясничного диска.

МЕТОД И МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 56 пациентов в возрасте 21–54 лет, перенесших операции на поясничном отделе позвоночника.

Все пациенты прошли углубленное клиническое и неврологическое обследование. Пациентов обследовали на наличие симптомов болевого синдрома, наличия или отсутствия поражения сосудов в виде сенсорных и двигательных нарушений, сохраненных рефлексов, тазовой дисфункции, объема поясничного отдела позвоночника, сколиоза или лордоза, боли в сегментарном аппарате. Также обращали внимание на наличие трофических и вегетативных изменений.

Мы также изучили локализацию и характер болевого синдрома, обусловленного статодинамическими изменениями.

После общего осмотра пациентов были проведены функциональные пробы для оценки состояния мышц. Для изучения состояния мышц тела использовались тесты со стандартными нагрузочными упражнениями. Например, для оценки состояния поясничных мышц пациент ложится на живот, заводит руки за голову и полностью вытягивает тело. Подсчитано, как долго он сможет удерживать это положение (например: 1-1,5 минуты - функциональное состояние поясничных мышц удовлетворительное, 1,5-2 минуты - состояние поясничных мышц хорошее). В амбулаторной фазе этот тест повторяли каждые две недели в течение двух месяцев, и результаты анализировались.

Выраженность болевого синдрома оценивали по 10-балльной шкале визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) (разработанной в 1990 г. Карикс Т.Д. и соавторами).

Для изучения структурных изменений позвоночника у всех пациентов мы провели клинические и неврологические обследования, рентген позвоночника, ЭНМГ-исследование, КТ и МРТ поясничного отдела позвоночника.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клинические неврологические обследования показали, что у 18 из 56 пациентов был корневой синдром, а у 38 пациентов - компрессионный ишемический синдром. Они делятся на две идентичные группы: основную (группа 1) и контрольную (группа 2). В основную группу вошли 27 пациентов, 8 с корневым синдромом и 19 с компрессионно-ишемическим синдромом; базовая (1 группа) и контрольная (2 группа). В основную группу вошли 27 пациентов, 8 с корневым синдромом и 19 с компрессионно-ишемическим синдромом.

В нашей основной группе 1 пациентов интенсивность боли наблюдалась у 8 пациентов с сильным ВАШ (корневой синдром у 2 и компрессионный ишемический синдром у 6), в среднем у 20 пациентов (корневой синдром у 6 и компрессионный ишемический синдром у 14).

В нашей контрольной группе 2 пациентов интенсивность боли наблюдалась у 8 пациентов с сильным ВАШ (корневой синдром у 2 и компрессионный ишемический синдром у 6), в среднем у 20 пациентов (корневой синдром у 6 и компрессионный ишемический синдром у 14).

-36 пациентов были связаны с развитием грыжи межпозвонкового диска в области сегментов L4-L5 или L5-S1.

-20 пациентов были связаны с развитием грыжи диска в области сегмента S1, и у этих пациентов наблюдалось усиление боли при ходьбе с пальцами ног.

Сегментарная компрессия -L5 наблюдалась у 4 пациентов, и боль распространялась от талии к ягодицам, к внешней поверхности бедра, по внутренней поверхности пятки до первого пальца ноги.

Визуальные клинические изменения при вегето-сосудистом синдроме наблюдались у -52 пациента.

При лечении послеоперационной боли в поясничном отделе позвоночника с различными синдромами важное значение имеет восстановительное лечение для проведения пошаговой реабилитации на основе патогенеза. В нашем исследовании мы разработали комплексные восстановительные лечебные мероприятия для достижения полной медицинской реабилитации пациентов, восстановления их социальной активности и работоспособности.

Нашей основной группе пациентов мы провели следующие реабилитационные процедуры.

Стационарный (в отделениях неврологии) этап → этап реабилитации → этап лечения амбулаторно (СХП).

Основными критериями стационарного лечения пациентов с грыжей межпозвоночного диска поясницы после операции по поводу грыжи диска являются:

1. Комплексное лечение с воздействием проприо, интеро- и экстрацептивных импульсов, вертеброгенных и экстравербических процессов в патологическом очаге, участвующих в формировании клинической картины;
2. Физиотерапевтические процедуры, повышающие местный иммунитет, улучшающие мышечный тонус и трофику;
3. Проведено комплексное лечение, восстанавливающее видимые клинические изменения вегето-сосудистого синдрома.

На этапе реабилитации мы применяли вакуумный массаж в основном для активации физиотерапевтических мышц позвоночника и воздействия на биологически активные точки. На наш взгляд, при вакуумном массаже наблюдались улучшение местного кровообращения, активация вегетативной нервной системы и снижение мышечного напряжения; Лечение включает упражнения (которые увеличивают силу поясничных мышц и улучшает трофику) и медикаментозные процедуры в зависимости от степени болевого синдрома.

На амбулаторном этапе пациенты лечились в основном физиотерапевтическими и лечебными упражнениями (увеличение силы поясничных мышц и улучшение трофического мышца).

Во второй контрольной группе наши пациенты проходили традиционное стационарное и амбулаторное лечение.

1-таб. Результаты ЭНМГ после степени амбулаторной-поликлиники у пациентов основной и контрольной групп.

Показания	Корневой синдром		Компрессионно-ишемический синдром	
	основная группа	контроль-ная группа	основная группа	контроль-ная группа
ИУТ эфф(м-с)				
Большеберцовый нерв	48,5±0,99	47,8±1,07	48,4±1,8	48,0±3,2
Малоберцовый нерв	50,1±1,02	49,4±1,03	48,9±2,3	48,4±2,0
ИУТ афф(м-с)				
Большеберцовый нерв	53,1±1,09 [^]	49,9±1,01	52,7±2,5	51,7±2,4

Малоберцовый нерв	53,9±1,1 [^]	51,7±1,07	54,4±2,6	52,1±2,2
А мах (мкВ)				
Большеберцовый нерв	4840±95,8 ^{^^}	3815±76,0	2770±107,5 ^{^^}	1940±77,9 ^{^^}
Малоберцовый нерв	4499±89,0 ^{^^}	3089±65,8	3110±111,9 ^{^^}	2594±100,9 [^]
А мин (мкВ)				
Большеберцовый нерв	22,1±0,45	21,2±0,41	22,1±0,68	22,1±0,96
Малоберцовый нерв	20,1±0,41	20,4±0,45	19,1±0,89	19,1±0,77
ХБ				
Большеберцовый нерв	219,1±4,4 ^{^^}	180,1±4,2 [^]	123,4±3,2 ^{^^}	81,1±3,5 ^{^^}
Малоберцовый нерв	223,5±4,6 ^{^^}	151,9±3,5 [^]	162,1±6,5 ^{^^}	128,2±4,0 [^]

Примечание: [^] - степень надежности относительно индекса до лечения ([^] -R <0,05, ^{^^} - R <0,01, ^{^^^} - R <0,001).

После реабилитационных процедур было проведено динамическое ЭНМГ-обследование для определения эффективности лечебных мероприятий. Анализ результатов основной группы выявил статистически значимое увеличение максимального М-ответа у пациентов с рефлекторным и компрессионным ишемическим синдромом по ходу большого и малого нервов голени.

У пациентов с корневым синдромом максимальное значение М-ответ только вдоль большого бедренного нерва увеличилось с $3874 \pm 72,8$ до $4671 \pm 89,7$.

Интенсивность боли После лечения ВАШ умеренная боль наблюдалась у 5 пациентов (1 пациент и 4 пациента с компрессионно-ишемическим синдромом) первой-основной группы. Сильный болевой синдром исчез после лечения в основной группе.

Сильная боль наблюдалась у 5 пациентов (1 пациент с компрессионно-ишемическим синдромом) и в среднем у 20 пациентов (с компрессионно-ишемическим синдромом у 4 пациентов и 16 пациентов) во второй контрольной группе после лечения ВАШ интенсивности боли.

По результатам исследования разработанная программа комплексных восстановительных мероприятий позволила значительно повысить эффективность восстановительного лечения после грыжи поясничного диска.

Суть разработанного нами алгоритма лечения заключается в последовательности и постепенности процедур. Трехэтапный курс лечения включает стационарный, реабилитационный и амбулаторный этапы.

В комплексном лечении нестероидными противовоспалительными средствами используются блокады местных болевых точек. Также назначают противоопухолевые препараты, кровеносные препараты, витаминотерапию, биостимуляторы, антихолинэстеразные препараты.

Сравнение клинических признаков до и после лечения и ЭНМГ показало, что эффективность предлагаемого нами лечения грыжи поясничного диска была намного выше, чем у традиционного лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Словом, адекватные реабилитационные мероприятия на ранних этапах обеспечивают улучшение состояния пациента, ранний регресс поясничных

спондилогенных неврологических синдромов, быстрое восстановление утраченной функции и, как следствие, сокращение периода временной нетрудоспособности.

Комплексные программы реабилитации пациентов с поясничными вертеброгенными синдромами, т.е. алгоритмы стационарного, реабилитационного и амбулаторного этапов лечения, сокращают время нетрудоспособности и инвалидности пациентов и улучшают качество жизни.

Использованные литературы

1. Адамбаев З.И. Вертеброневрология. - Тошкент, 2008. С. 46-69.
2. Алдабергенова А.Б., Бирючков М.Ю. Магнитно-резонансная томография в диагностике остеохондроза поясничного отдела позвоночника // Журнал теоретической и клинической медицины. - 2000. - №3. - С. 107-108.
3. Алексеев В.В. Диагностика и лечение болей в пояснице // Consilium medicum. - 2002. - Т.4, №2. - С. 96-102.
4. Асадуллаев М.М. Синдром острой боли в вертеброневрологии и его коррекция // Науч.-практич.журн. Неврология. - 2005. - №1 (25). - С. 5-8.
5. Беляков В.В. Электронейромиография в практике мануального терапевта // Мануальная терапия. - 2002. - № 4. - С. 22-23.
6. Дривотинов Б.В., Полякова т.д., панькова м.д. физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника // учительство. Помощь. - Минск, 2005. - 211 с.
7. Мирджураев Э.М. Показатели инвалидности при дискогенных поясничных радикулопатиях // материалы iv съезда неврологов узбекистана. - Ташкент, 2008.
8. Новосельцев С.В., Вчерашний Д.Б. Биомеханические нарушения у пациентов с грыжами поясничных дисков и их остеопатическая коррекция // Мануальная терапия. - 2009. - №3 (35). - С. 64-72.
9. Самиев А.С. Бел соҳаси спондилоген радикулопатияларида реабилитацион тадбирлар // Монография.-Самарканд, 2020.-104 б.
10. Mulleman D., Mammou S., Griffoul I., Watier H., Goupille P. Pathophysiology of disk-related sciatica. I. - Evidence supporting a chemical component // Joint Bone Spine. - 2006. - Vol. 73. - P. 151-158.
11. Samiyev A.S. Medical and Social Rehabilitation of Patients with Vertogenic Cingulate Radiculopathy // International Journal of Trend in Scientific Research and Development. - 2020. ISSN:2456-6470.- P.70-72.
12. Zelle B.A. Sacroiliac joint dysfunction: evaluation and management // Clin. J. Pain.- 2005. - Vol.21. - P.446-455.