

В.В.Крючков, К.С.Буркутбаев, Р.Ш.Танкачиев

ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ НЕКОМПРЕССИОННЫХ СИНДРОМОВ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей,
Городская клиническая больница №7, г. Алматы, АО «Республиканский научный центр
нейрохирургии», г. Астана

This article describes the treatment of patients with spinal osteochondrosis. The authors estimated the local antiinflammatory and analgetic efficacy of Xefocam (lornoxicam). The method of comparative analysis reliably established efficacy in the treatment of patients with osteochondrosis. The outcomes of patients treated with Xefocam improved better in comparison with the control group ($p < 0,05$).

Инфильтрационная терапия (так называемые «медикаментозные блокады») при болевых синдромах, связанных с заболеваниями позвоночника - один из наиболее популярных видов лечения, который приносит ощутимый эффект уже в ближайшее время после их выполнения [1, 2, 3]. В настоящее время, наряду с обезболивающими средствами, при выполнении блокад получили распространение различные препараты (кортикостероиды, аналгетики, витамины и пр.). Они позволяют резко усилить лечебный эффект, внося в него выраженный противовоспалительный компонент (уменьшение выраженности отека перипартикулярных тканей) и действуют намного дольше.

Множество препаратов, выпускаемых фармацевтической промышленностью и применяемых в различных сочетаниях, к сожалению, не всегда эффективны и иногда, возможны побочные эффекты. Поэтому выбор препарата часто зависит от личных предпочтений того или иного врача, его клинического опыта.

В настоящей работе мы хотим поделиться опытом использования препарата Ксефокам для лечения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника методом инфилтративной терапии.

Ксефокам (лорноксикам) - обезболивающее и противовоспалительное средство. Противовоспалительное действие Ксефокама связано со способностью угнетать синтез простагландинов путем ингибирования активности изоферментов циклооксигеназы. Ксефокам так же ингибирует образования интерлейкина-6, ингибирует синтез индуцибельного оксида азота. Обезболивающее действие Ксефокама не связано с наркотическими эффектами. Препарат не влияет на опиоидные рецепторы центральной нервной системы, функции дыхания. Не вызывает привыкания и лекарственную зависимость. Биодоступность составляет

90-100%. Связь с альбуминовой фракцией белков составляет 99%, что не зависит от уровня содержания препарата в крови. В организме препарат полностью поддается метаболизму. В плазме крови Ксефокам в основном присутствует в активной форме, а не в форме метаболита. Период полувыведения Ксефокама не зависит от уровня концентрации препарата и составляет 4 часа. Продукты метаболизма выводятся с мочой (33%), остальное - с желчью.

Материал исследования

Характеристика больных. В основу работы положены данные о 150 больных, с различными некомпрессионными синдромами шейного остеохондроза позвоночника, в комплекс лечения которых входила инфилтративная терапия (т.н. «медикаментозные блокады») с препаратом Ксефокам (основная группа). Группу сравнения составили 110 больных с шейным остеохондрозом, прошедших комплексное лечение остеохондроза. Новокаиновая (лидокаиновая) инфилтративная терапия (блокады) этим больным проводилась без использования препарата Ксефокам.

В основной группе мужчин было 51(34%), женщин 99(66%). В контрольной группе мужчин 49 (44,5%), женщин 61 (55,4%). Длительность заболевания пациентов составила от 2 месяцев до 15 лет (Рис 1). Обе группы больных были полностью сопоставимы по всем критериям основного и сопутствующих заболеваний. Методом исследования информационно-структурной динамики боли в обеих группах собран анамнез болевого синдрома (Рис 2).

Инфильтрационная терапия (блокады) выполнялась при следующих синдромах шейного и поясничного остеохондроза (Табл. №1, 2). В настоящей работе мы не будем подробно описывать

симптоматику каждого отдельного синдрома остеохондроза позвоночника и технику проведения каждой блокады, т.к. это имеется в соответствующих статьях и методических пособиях [1, 2, 3].

Раствор для инфильтрационной терапии (блокады) готовят непосредственно перед использованием путем растворения содержимого одного флакона (Ксефокам лиофилизированный порошок 8 мг) раствором анестетика (новокаин, лидокаин и пр.). После приготовления раствора иглу заменяют. Приготовленный таким образом раствор используют для проведения инфильтрационной терапии 2-3 нейрофиброзных узлов, болевых точек или триггерных зон. Максимальная суточная доза Ксефокама не должна быть более 16 мг. Больным контрольной группы обкалывание точек выполняли раствором новокаина 0,25% - 10,0 или лидокаина 1% - 10,0 без добавления препарата Ксефокам.

Рисунок 1.

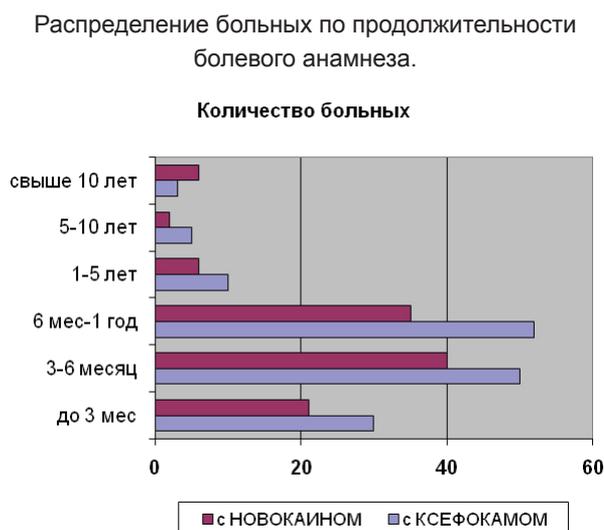


Рисунок 2.

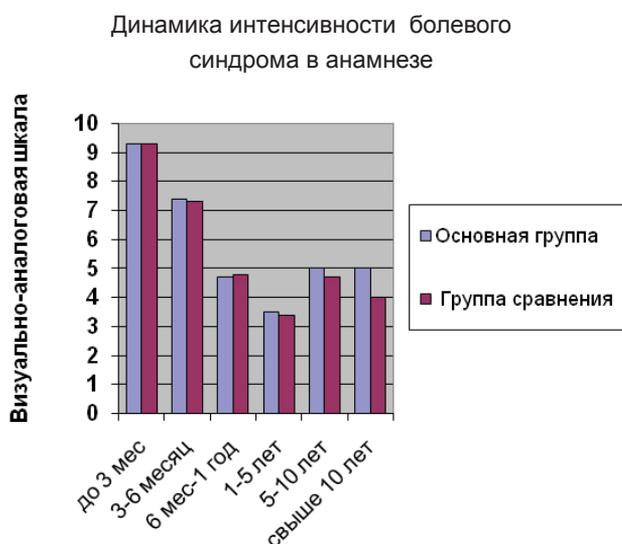


Таблица 1

Больные с некомпрессионными синдромами шейного остеохондроза

Синдромы шейного остеохондроза	Основная группа N=90	Группа сравнения N=70
Синдромы в области головы и шеи		
Склеротомная кефалгия (цефалгия)	7	10
Цервикалгия	48	65
Синдром нижней косой мышцы головы	13	18
Синдром передней лестничной мышцы	13	14
Синдром позвоночной артерии	30	24
Синдром в области руки		
Плечелопаточный болевой синдром	23	31
Синдром Стейнброе-ра (плечо-кисть)	13	15
Эпикондилиты плеча	23	11
Синдромы в области плечевого пояса и грудной клетки		
Лопаточно-реберный синдром	11	15
Синдром передней грудной стенки	7	10
Синдром малой грудной мышцы	8	6
Межлопаточный болевой синдром	32	44
Множественного нейроостеофиброза	12	17

При шейном остеохондрозе нами использованы следующие виды блокад:

- Паравертебральная блокада шейного отдела
- Инфильтрационная терапия узлов в трапецевидной мышце
- Блокада нижней косой мышцы головы
- Блокады позвоночных артерий
- Блокада передней лестничной мышцы
- Инфильтрационная терапия узлов большой грудной мышцы
- Инфильтрационная терапия малой грудной мышцы
- Блокада мышцы поднимающей лопатку
- Субдельтовидная блокада

- Блокады брадитрофных тканей при плечелопаточном болевом синдроме и при эпикондилитах плеча.

Таблица 2

Больные с некомпрессионными синдромами поясничного остеохондроза

Синдромы поясничного остеохондроза	Основная группа N=60	Группа сравнения N=40
Болевые и рефлекторные синдромы поясничного отдела		
Люмбаго и люмбалгия	7	10
Синдром квадратной мышцы поясницы	48	65
Синдром многораздельного треугольника	13	18
Лигаментоз межкостистых связок	23	14
Болевые и рефлекторные синдромы в области таза		
Крестцово-подвздошный нейродистрофический синдром (периартроз)	23	31
Синдром грушевидной мышцы	13	15
Синдром ягодичных мышц	3	11
Симфизо-стернальный синдром		
Болевые и рефлекторные синдромы в области ноги		
Тазобедренный периартроз	11	15
Коленный периартроз	7	10
Стопные мышечно-тонические нарушения		

При поясничном остеохондрозе нами использованы следующие виды блокад:

- Блокада межкостистых связок (при лигаментозе)
- Блокада квадратной мышцы поясницы
- Блокады мышц многораздельного треугольника
- Блокада грушевидной мышцы
- Сакроспинальная блокада
- Паравертебральная внутримышечная блокада на грудном и поясничном уровнях
- Инфильтрационная терапия тканей в области крестцово-подвздошного сочленения
- Инфильтрационная терапия периартикулярных тканей ног.

Все больные до поступления в клинику получали комплексное лечение, включавшее в той или иной комбинации физиотерапевтические процедуры, лекарственные средства, ЛФК, массаж, санаторно-курортное лечение и т.д. У 27 больных консервативное лечение оказывало хороший эффект. Однако в последующем развитии заболевания консервативное лечение в обеих группах оказалось безуспешным, чем и обусловлено было поступление больных в клинику. При поступлении все пациенты были нетрудоспособны. Из них ранее находились на больничном листе от одного до двух месяцев. Ранее признаны инвалидами (П-Ш групп) по основному заболеванию - 24 больных. Пенсионеров по возрасту, которые могли работать, но не работали, в связи с заболеванием - было 7 человек.

У всех пациентов отмечено по три-четыре рефлекторных синдрома, участвовавших в формировании жалоб и диагноза (т.н. «очаг остеохондроза») (Табл. №1, 2). Например, синдром позвоночной артерии зачастую сопровождался синдромом нижней косой мышцы головы, цервикалгическим синдромом и наличием нейрофиброзных узлов плечевого пояса. Аналогичным образом диагностировались и другие синдромы. В этом случае, выполнялось инфильтрационное обкалывание нескольких точек. В ходе лечения одному больному было выполнено от 2 до 4-х сеансов инфильтрационной терапии. В общей сложности количество выполненных блокад составило 500.

При выборе точки проведения блокады мы руководствовались ранее проведенными исследованиями [2, 3, 4] и нашим собственным накопленным десятилетиями опытом по лечению больных с остеохондрозом позвоночника.

Анализ этих данных показал, что наиболее важным в диагностике рефлекторных синдромов было установление причинной связи их с шейным остеохондрозом. Для осуществления этого использованы так называемые критерии вертеброгенности, которые являются опорными в диагностике синдромов, особенно при экстравертебральной локализации их клинических проявлений.

Таким образом, обследованные больные характеризовались полисиндромными рефлекторными проявлениями. Наряду с этим, у большинства пациентов имелись усугубляющие факторы, как сопутствующие заболевания внутренних органов и систем, сосудисто-компрессионные синдромы шейного остеохондроза, преморбидные неполноценности тканей и органов. У подавляющего большинства больных заболевание характеризу-

валось хроническим прогрессирующим течением, неэффективностью длительной консервативной терапии.

Методы исследования

Клинический метод исследования явился главным в диагностике проявлений остеохондроза, а также сопутствующих заболеваний. Эти исследования с оценкой и анализом результатов проводились по общепринятым методикам, изложенным в литературе [3-6].

Исследование производилось согласно общепринятому неврологическому диагностическому комплексу [5-8]. При клиническом исследовании больных учитывались жалобы и анамнез заболевания, оценивались ортопедические симптомы остеохондроза и объективная неврологическая симптоматика.

Диагностический процесс при спондилогенных болевых синдромах включал субъективную оценку боли пациентом, опрос и осмотр: исследование функции мышц, суставно-связочного аппарата, а также корешков спинного мозга и нервов. При исследовании мышц, суставно-связочного аппарата позвоночника определялась степень нарушения функции пораженного отдела и суставов (плечевых, локтевых), наличие болезненных (триггерных) зон и очагов миогелоза, степень мышечного напряжения.

Учитывая разнообразие клинических проявлений синдромов остеохондроза и невозможность стандартного подхода к оценке каждого синдрома в отдельности, для определения результата лечения при каждом синдроме использовались различные методы оценки эффективности лечения.

Обозначение морфологических проявлений дегенеративного процесса осуществлялось в соответствии с введенными в 1989 году терминологическими стандартами Северо-Американской ортопедической ассоциации в отношении позвоночника, касающихся анатомических, патологоанатомических, хирургических терминов [9-11].

Ближайшие результаты изучались нами непосредственно после курса лечения (10-15 дней). Отдаленные - через 1 год после лечения.

При их анализе мы, прежде всего, обращали внимание на степень достижения основной цели лечения - ликвидацию болевого синдрома и возвращение больных к нормальному образу жизни и прежней работе. Состояние больных оценивали с использованием как объективных, так и субъективных критериев по шкалам ВАШ (визуально-аналоговая шкала боли) и шкале Nurick и шкале Masnab:

1. Для исследования ближайших результатов интенсивности боли до и после лечения мы применяли ВАШ (визуально-аналоговую шкалу боли). ВАШ используется для оценки интенсивности болевого ощущения. Больной должен оценить выраженность болевого синдрома, отметив ее точкой на отрезке в 100 мм, при этом «0» на одном конце этого отрезка будет соответствовать отсутствию нарушений, а противоположный конец — максимально возможной выраженности симптома.

2. Ближайшие и отдаленные результаты лечения оценивали по шкале Nurick (NS):

1-й уровень - полный регресс неврологической симптоматики

2-й - улучшение

3-й - состояние без изменений

4-й - ухудшение неврологического статуса.

3. С целью сравнения и обработки субъективных и объективных показателей использовалась модифицированная шкала Masnab (MS). Эта шкала основана на выделении четырех градаций результатов лечения, где:

1-я степень - отличный результат (симптоматика полностью исчезла, больной вернулся к работе)

2-я степень - хороший результат (больной отмечает облегчение, но неполное исчезновение болей, возвращается к работе)

3-я степень - состояние без изменений

4-я степень - ухудшение состояния.

Шкала допускает сравнение субъективных и объективных показателей.

Применение большого количества диагностических критериев клинического состояния больных до и после лечения, позволяет получить более достоверный результат при статистической обработке, более объективно оценить динамику неврологических проявлений у больных с отраженно-рефлекторными синдромами.

По клиническим показаниям у больных также проведены необходимые клинко-инструментальные исследования (Табл. №3).

Статистическая и математическая обработка материалов проводилась с использованием методов вариационной статистики и дисперсионного анализа. Внутригрупповая дисперсия оценивалась вычислением среднего значения совокупности данных и его стандартной ошибки. При сравнении средних значений двух групп данных использовался частный случай дисперсионного анализа - критерий Стьюдента (t). Вероятность различий между группами данных считалась достоверной при значениях $P < 0,05$. Статистический анализ данных был выполнен при помощи стандартного пакета статистических программ

SPSS 12.0 for Windows и стандартной программы Microsoft Excel 2007.

Таблица 3

Дополнительные методы исследования

Методы исследования	Основная группа N=150	Группа сравнения N=110
Рентгенография	66	51
Функциональная рентгенография	22	26
Компьютерная томография	11	8
Магнитно-резонансная томография	150	110
Допплерография	16	15
Электромиография	33	24
Соматосенсорные вызванные потенциалы	16	12
Электрокардиография	150	110
Офтальмологическое	2	5
Отоневрологическое	4	3

Результаты

Ближайшие результаты лечения оценивались нами в сроки от первых минут после операции до выписки больного из стационара (10-15 дней).

Проведенный анализ показал, что, сразу после манипуляции отмечали уменьшение или исчезновение болевого синдрома (95% в основной группе и 72% в группе сравнения). Объективно это подтверждалось увеличением объема движений в позвоночнике и амплитуды движения в конечностях. Динамика регресса болевого синдрома с первых суток и до выписки свидетельствует, что после выполнения блокады, в течение первых трех суток болевой синдром регрессировал у 84% пациентов.

Восстановление биомеханики позвоночника происходило более медленно. Однако у всех больных в разные сроки отмечался регресс анталгических поз даже при выраженности исходного кифосколиоза более 70-80°. Поэтому дискомфорт-

ный синдром в позвоночнике сохранялся до нескольких недель, оставаясь в слабом виде у некоторых больных в виде резидуальных болей.

При выписке больных, основной группы из стационара (10-15 сут), результаты распределились следующим образом:

- улучшение - в 96,7 % случаев
- без изменений – 3,3 % случаев
- ухудшение – нет.

При выписке больных, из группы сравнения из стационара (10-15 сут), результаты следующие:

- улучшение - в 71,8 % случаев
- без изменений - 18,2 % случаев
- ухудшение - нет.

Таблица 4

Ближайшие результаты лечения больных с рефлекторными синдромами остеохондроза

Ликвидация или уменьшение болевого синдрома	Больные основной группы N= 150	Больные группы сравнения N= 110	P
После блокады	108 (72%)	66 (60%)	P < 0,05
Через 10-15 дней	130 (86,7%)	79 (71,8%)	P < 0,05

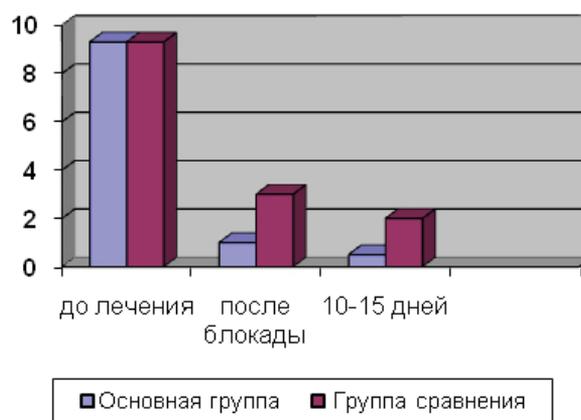


Рисунок 3.

Динамика интенсивности болевого синдрома в основной и группе сравнения ко дню выписки по шкале ВАШ

Градации результатов осуществлялась так же по шкале Nurick (Табл. №5). В ранний период объективное улучшение состояния отмечено у 141 (97,3%) больных при использовании препарата Ксефокам. Субъективно положительная динамика наблюдалась у 136 (90,6%) больных.

Таблица 5

**Ближайшие результаты лечения больных с некомпрессионными синдромами
остеохондроза по шкале Nurik**

Уровень по NS	Период после блокады					
	После блокады 1 сутки			Через 10-15 суток		
	Больные основной группы N=150	Больные группы сравнения N=110	P	Больные основной группы N=150	Больные группы сравнения N=110	P
1	50 (33,3%)	35 (31,8%)	P<0,05	60 (40%)	28 (25,4%)	P<0,05
2	91 (60,6%)	55 (50%)	P<0,05	86 (57,3%)	65 (59,1%)	P<0,05
3	9 (6%)	20 (18,1%)	P<0,05	4 (2,6%)	17 (15,5%)	P<0,05
4	-	-	-	-	-	-
Всего	150 (100%)	110 (100%)		150 (100%)	110 (100%)	

Таблица 6

**Результаты объективного клинического исследования
на 10-15 сутки лечения больных основной группы**

Результаты обследования	Полное исчезновение	Значительное уменьшение	Незначительное уменьшение	Без перемен	Всего
Болевой синдром	50 (33,3%)	90(60%)	1 (0,6%)	9(6%)	150
Болезненность точек при пальпации и перкуссии	113(75,3%)	26(17,3%)	10 (6,6%)	9 (6%)	150
Ограничение подвижности	75 (50%)	35 (23,3%)	31 (20,7%)	9 (6%)	150
Зоны расстройств чувствительности	9 (6,0%)	21 (14,0%)	39 (26,0%)	2(1,3%)	71
Неврологические симптомы выпадения	7 (4,7%)	18 (12,0%)	59 (39,3%)	2(1,3%)	86

Таблица 7

Результаты клинического исследования на 10-15 сутки лечения группы сравнения

Результаты обследования	Полное исчезновение	Значительное уменьшение	Незначительное уменьшение	Без перемен	Всего
Болевой синдром	30 (27,2%)	30(27,2%)	30 (27,2%)	20(18,1%)	110
Болезненность точек при пальпации и перкуссии	27(24,5%)	30(27,5%)	33 (30%)	20(18,1%)	110
Ограничение подвижности	35 (31%)	35 (31,8%)	31 (28,1%)	9 (8,1%)	100
Зоны расстройств чувствительности	6 (5,4%)	17 (15,4%)	29 (26,3%)	4(3,6%)	56
Неврологические симптомы выпадения	6 (5,4%)	15 (13,6%)	28 (25,4%)	2(1,8%)	51

Учитывалась также степень возвращения к активной жизни и восстановления трудоспособности. Таким образом, на момент выписки в основной группе, наблюдалось 97,3 % отличных и хороших результатов лечения. В группе сравнения результаты лечения несколько хуже – 84,5% отличных и хороших исходов лечения ($P < 0,05$).

Отдалённые результаты лечения. Отдалённые результаты оценивались нами через 12 месяцев после проведённого лечения. Проследить отдаленные результаты удалось у 145 больных основной группы и 104 больных группы сравнения. При их анализе, прежде всего, обращали внимание на степень достижения основной цели лечения - ликвидацию болевого синдрома и возвращение больных к нормальному образу жизни

и прежней работе. Состояние больных оценивали с использованием, как объективных, так и субъективных критериев по модифицированной шкале MacNab (субъективная оценка своего состояния самими больными). Объективные критерии состояния больных оценивались по данным клинико-неврологического статуса и данным дополнительных методов исследования (МРТ, ЭНМГ и др.).

Анализ результатов лечения в отдаленном периоде показал следующее. В основной группе - субъективно положительный результат лечения отмечался у 128 (88%) больных, а данные объективного обследования свидетельствуют о хороших результатах у 135 (93,1%) пациентов. Отдаленные результаты лечения в группе сравнения больных оказались значительно хуже (Табл. №9).

Таблица 8

Эффективность проведенного лечения через 12 месяцев

Больные основной группы		Больные группы сравнения	
Отличное состояние	39(27%)	Отличное состояние	6(5%)
Хорошее состояние	40(27%)	Хорошее состояние	34(33%)
Удовлетворительное	49(34%)	Удовлетворительное	16(15%)
Без изменений	17(12%)	Без изменений	48(47%)
Ухудшение	-	Ухудшение	-
Всего больных	145(100%)	Всего больных	104(100%)

При оценке клинического состояния у больных контрольной группы через 12 месяцев, улучшение состояния, отмечаемое самими больными, как и объективный регресс неврологической симптоматики, выявляемый при врачебном осмотре, составило 55% (субъективные признаки) и 60% (объективные критерии). Без изменений сохранялось у 47% пациентов соответственно субъективным и объективным показателям.

Анализ эффективности лечения в зависимости от сроков наблюдения свидетельствует о снижении позитивных результатов операций с 97,6% на 15-е сутки после лечения до 88% к 12 месяцу.

Как показал анализ, эффективность лечения

закономерно снижается в зависимости от давности заболевания. Наилучшие результаты (до 93-94% отличных и удовлетворительных) лечения рефлекторных синдромов получены у больных с анамнезом заболевания до 1 года, при отсутствии неврологических симптомов значительного выпадения двигательной и чувствительной функций.

При ортопедическом осмотре пациентов в отдаленном периоде мы определяли объем движений в позвоночнике: сгибание, разгибание, ротацию. Более выраженным оказалось ограничение разгибания в позвоночнике. В основной группе наблюдалось большее увеличение объема движений в позвоночнике.

Таблица 9

Отдаленные результаты лечения больных с рефлекторными синдромами шейного остеохондроза по шкале Маснаб

Признаки	Результаты лечения						P
	Больные основной группы N=145	Больные группы сравнения N=104	Больные основной группы N=145	Больные группы сравнения N=104	Больные основной группы N=145	Больные группы сравнения N=104	
Субъективные признаки	128 (88,2%)	56 (53,8%)	17 (11,7%)	48 (46,1%)	-	-	P<0,05
Объективные критерии	136 (93,7%)	75 (72,1%)	14 (9,6%)	39 (37,5%)	-	-	P<0,05

Отличный результат лечения в виде отсутствия болевых ощущений, восстановления тонуса мышц и объема движений позвоночника, сохранения трудоспособности отмечен у 39 (27%) больных основной группы.

Удовлетворительный результат в виде значительного уменьшения болевых проявлений, эпизодичности их возникновения, частичного регресса двигательных, чувствительных и рефлекторных нарушений, сохранения трудоспособности отмечен у 4 (20%) пациентов.

У 49 больных (34%) в позднем периоде эффект отсутствовал.

Ухудшения состояния после курса лечения ни в одном наблюдении не было.

Таким образом, купирование болевого синдрома при проведении инфильтрационной терапии с препаратом Ксефокам было достигнуто в 87,2%.

При проведении новокаиновых блокад в 40,0%.

Хорошие и удовлетворительные результаты в отдаленном послеоперационном периоде получены соответственно в 82,8% и 30% случаев.

Восстановление трудоспособности пациентов после лечения является мощным фактором не только социальной, но и медицинской реабилитации. По нашим данным полное восстановление трудоспособности наступило у 96 пациентов основной группы (66,2%), что мы отнесли к очень хорошим результатам (Табл. №10).

Таблица 10

Трудовая реабилитация пациентов после проведенного лечения

Трудоспособность	Основная группа	Группа сравнения
Нетрудоспособен	9 (6,2%)	10 (9,6%)
Ограниченно трудоспособен	17 (11,7%)	17 (16,3%)
Смена профессии	23 (15,8%)	22 (21,5%)
Полное восстановление	96 (66,2%)	55 (52,8%)
Всего	145 (100%)	104 (100%)

Обсуждение

Медикаментозные блокады помогают разорвать порочный круг мышечных спазмов и дистрофии, улучшить кровообращение, быстро снять боль. Разрывая порочный круг – «боль-мышечный спазм-боль», с помощью лечебных блокад оказывается выраженное патогенетическое воздействие на болевой синдром.

Более того, оценка эффективности медикаментозной блокады, как правило, оказывает существенную помощь в постановке правильно-

го диагноза, позволяет более полно представить себе пути формирования болевого синдрома, определить источники его продуцирования.

Множество препаратов, выпускаемых фармацевтической промышленностью и применяемых в различных сочетаниях, к сожалению, не всегда эффективны. Этому иногда способствует недостаточное понимание патогенеза протекающего заболевания, иногда сказываются побочные действия используемых препаратов.

Выбор препарата часто зависит от личных предпочтений того или иного врача, его клиничес-

кого опыта. Часто субъективные причины довлеют над объективными, ярко заметен консерватизм при появлении новых медикаментозных средств.

Для достижения максимально возможного положительного эффекта от применения инфльтрационной терапии при остеохондрозе позвоночника, необходимо руководствоваться некоторыми общими положениями и принципами, которых мы придерживаемся на основе анализа собственного опыта и литературных материалов [4-6].

Медикаментозные блокады - являются врачебной процедурой, приравниваемой к малым хирургическим вмешательствам. Выбор вида инфльтрационной терапии и лекарственных препаратов должен обосновываться точной индивидуализированной диагностикой заболевания и ведущих патогенетических механизмов его клинических проявлений.

Периодичность блокад и длительность курса должны устанавливаться дифференцированно в зависимости от диагностического заключения, особенностей действия лекарственных препаратов, а также в зависимости от динамики состояния больного.

Установление приоритетных зон для инфльтрации при выявлении множественных участков болезненности или дистрофических изменений. Одновременно целесообразно воздействовать на 3-5 участков.

В течение всего курса инфльтрационной терапии необходима коррекция места введения, вида блокады и вводимых препаратов в зависимости от динамики состояния.

При выявлении эмоционально негативного отношения к блокадам или выраженного страха, сопровождающегося вегетативно- висцеральными и поведенческими реакциями, необходимо воздержаться от проведения блокады, либо отсрочить их применение на период, необходимый для прове-

дения мероприятий по психологической коррекции.

При отсутствии эффекта от первых блокад, не следует тотчас же отменять этот вид лечения - необходимо тщательно проанализировать возможные причины неэффективности. Это могут быть неточный выбор места воздействия блокады, неадекватность лекарственных препаратов, несоблюдение техники выполнения блокады, неверная оценка пациентом эффекта от блокады. На основании проведенного анализа необходимо провести соответствующую коррекцию.

В зависимости от конкретной ситуации и наличия показаний, блокады могут выполняться в разных условиях: в стационаре, поликлинике, на дому. В любом случае следует помнить, что инфльтрационная терапия относится к малым хирургическим вмешательствам и поэтому условия их проведения должны соответствовать по соблюдению правил асептики и антисептики.

Выводы

1. Использование инфльтрационной терапии с препаратом Ксефокам в комплексе лечения больных с некомпрессионными (рефлекторными) синдромами остеохондроза позвоночника приводит к достоверному улучшению результатов лечения по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

2. При наличии показаний к инфльтрационной терапии, блокады с препаратом Ксефокам необходимо проводить в наиболее ранние сроки для ускорения процессов восстановления и предотвращения перехода обратимых изменений в тканях в необратимые.

3. Соблюдение правил асептики и антисептики позволяет предотвратить осложнения от блокад и эффективно применять этот метод лечения в комплексе лечебно- реабилитационных мероприятий при остеохондрозе позвоночника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заславский Е.С. Болевые мышечно-тонические и мышечно-дистрофические синдромы (этиология, патогенез, клиника, лечение). - Москва, 1980.
2. Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - М.: Медгиз, 1952. - 265 с.
3. Попелянский Я.Ю. Шейный остеохондроз. - М.: Медицина, 1966.- 284 с.
4. Коган О.Г., Шмидт И.Р., Толстокоров А.А., Петров Б.Г., Заславский Е.С., Миненков В.А., Рицнер М. С. Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника. - Новосибирск: Наука, 1983.- 214 с.
5. Коган О.Г., Петров Б.Г., Шмидт И.Р. Лечебные медикаментозные блокады при остеохондрозе позвоночника. - Кемеровское кн. изд-во, 1988. - 128 с.
6. Шмидт И.Р. Остеохондроз позвоночника. Этиология и профилактика. - Новосибирск: Наука, 1992. - 240 с.
7. Луцик А.А., Шмидт И.Р., Пеганова М.А. Грудной остеохондроз. - Новосибирск: Издатель, 1997. - 280 с.
8. Nachemson A. The lumbar spine – an orthopedic challenge. Spine 1:59-71,1976.

9. Jefferson A. Aspects of the segmental innervation of the hind limb. J.Comp.Neurol.,1004:569-596, 1954.
10. Kramer J. Intervertebral disk diseases. Causes, diagnosis, treatment and prophylaxis. Second Edition, G. Thieme Verlag, Stuttgart-New-York,1990.
11. Selby D.K.: Conservativ care of nonspecific low back pain. Orthop. Clin. North Am. 13:427-437, 1982.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақала омыртқаның остеохондрозын емдеу мәселесіне арналған.

Қабынуға қарсы және ауру сезімталдығын жоятын Ксефокам дәрісін қолдана отырып, омыртқаның қалыпты жағдайының бұзылуы омыртқа остеохондрозын емдеуге салыстырмалы талдау жүргізілді.

Салыстырмалы талдау әдісімен остеохондроз ауруын емдеуде осы препараттың өте тиімділігі толық дәлелденді.

Науқастардың омыртқа остеохондроз ауруын Ксефокам (Лорноксикам) препаратымен қоса емдеу бақылау тобымен ($p < 0,05$) салыстырғанда емдеу нәтижелерін толық жақсартуына алып келді.

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена актуальной проблеме лечения больных с остеохондрозом позвоночника. Проводится сравнительный анализ лечения больных с некомпрессионными синдромами остеохондроза позвоночника методом инфильтрационной терапии (медикаментозных блокад) с использованием препарата Ксефокам (лорноксикам), обладающим противовоспалительным и обезболивающим эффектом. Методом сравнительного анализа

достоверно доказана эффективность препарата в лечении больных остеохондрозом. Использование инфильтрационной терапии с препаратом Ксефокам в комплексе лечения больных с некомпрессионными (рефлекторными) синдромами остеохондроза позвоночника приводит к достоверному улучшению результатов лечения по сравнению с группой сравнения ($p < 0,05$).