

УДК 616.833:616.711-036.12-007.17:616.728

ТВАРДОВСЬКА С.П., СЕКЕР Т.М.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії АМН України», м. Київ

НЕЙРОДИСТРОФІЧНІ ПРОЯВИ ОСТЕОХОНДРОЗУ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА В ПАТОЛОГІЇ СУГЛОБІВ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Резюме. Проведено аналіз лікування 55 пацієнтів із нейроостеофіброзом кульшового та колінного суглобів на фоні нейродистрофічних проявів остеохондрозу поперекового відділу хребта. Визначені скарги, ортопедичні та неврологічні прояви, рентгенологічні зміни. Розроблена схема комплексного лікування пацієнтів.

Ключові слова: остеохондроз поперекового відділу хребта, нейроостеофіброз кульшового та колінного суглобів.

Вступ

Дегенеративно-дистрофічні ураження поперекового відділу хребта в останні десятиріччя все більше привертають увагу ортопедів та невропатологів у плані вивчення патогенезу та клінічних проявів патології опорно-рухового апарату. Значний внесок у вивчення клініки остеохондрозу зробили І.П. Антонов (1990), Я.Ю. Попелянский (2003), Ф.А. Хабиров (1988), А.Н. Хвисьюк (1998), С. Evans (2005), Р. Luijsterburg (2007).

Згідно з МКХ-10 остеохондроз хребта має шифр М 42.

Прояви остеохондрозу поперекового відділу хребта:

- м'язово-тонічні;
- вегетативно-судинні;
- нейродистрофічні.

При дегенеративно-дистрофічних змінах структур сегментів поперекового відділу хребта виникають подразнення рецепторів чутливого і рухового корінців, гілок симпатичної та парасимпатичної нервової систем, що призводить до нейродистрофічних змін нижніх кінцівок. Нейродистрофічні порушення проявляються артикулярними чи періартикулярними болями, зниженням чи відсутністю сухожилкових рефлексів, порушенням шкірної чутливості, помірним набряком м'яких тканин.

Тканини кульшового суглоба мають велику рефлексогенну зону, особливо багата нервовими елементами його синовіальна оболонка. Довготривалі нейротрофічні порушення, так званий кульшово-поперековий синдром, у 7,2 % випадків (А.Н. Хвисьюк, 1998) призводять до коксартрозу з кистоподібною перебудовою суглоба, за нашими спостереженнями — у 10 % хворих.

Для колінного, гомілковостопного суглобів та суглобів стопи характерні періартикулярні порушення — запалення місць прикріплення сумково-зв'язкового апа-

рату, клінічний стан яких погіршується біомеханічними порушеннями — осьові деформації колінного суглоба, плоско-вальгусна деформація стоп.

Мета роботи: визначити зв'язок між нейродистрофічними проявами остеохондрозу поперекового відділу хребта і станом суглобів нижніх кінцівок, вказати на необхідність і своєчасність комплексного лікування взаємопов'язаної патології опорно-рухового апарату.

Матеріали та методи

У роботі подано аналіз лікування 55 хворих із нейродистрофічними проявами остеохондрозу поперекового відділу хребта та з нейроостеофіброзом кульшового та колінного суглобів. Вік пацієнтів від 40 до 80 років, давність захворювання від 2 до 20 років. Дані наведені в табл. 1.

У патогенезі нейродистрофічних проявів основна увага приділяється довгому тонічному напруженню скелетної мускулатури, яка не пристосована до даного режиму роботи, що веде до порушення метаболізму в ділянках, які підлягають найбільшим навантаженням.

Причини погіршення стану:

- фізичне перевантаження;

Таблиця 1. Кількість пролікованих хворих залежно від віку та статі

Вік, роки	Кількість пацієнтів		
	Чоловіки	Жінки	Усього
40–45	–	5	55
45–50	–	12	
50–60	2	16	
60–80	5	15	

- психологічне перевантаження, стресові ситуації, психоемоційне напруження;
- переохолодження.

Скарги хворих:

- біль у кульшовому, колінному або надступаково-гомільковому суглобах, навіть у стані спокою;
- періодична слабкість кінцівки (зниження опірності), зниження чутливості в ній, парестезії;
- обмеження рухів у суглобах;
- біль у поперековому відділі хребта.

Огляд пацієнта визначає:

- стан опорно-рухового апарату (наявність плоскостопності, деформатії стоп, форму хребта і стан поперекового відділу, обсяг активних та пасивних рухів у суглобах нижніх кінцівок);
- неврологічні прояви нейродистрофічних порушень (оцінка неврологічного та психологічного станів);
- соматичний стан — наявність змін у системі внутрішніх органів;
- рентгенологічний стан поперекового відділу та тих суглобів нижніх кінцівок, у яких зменшено обсяг рухів;
- додаткові методи дослідження: магнітно-резонансна томографія, комп'ютерна томографія, іридомікроскопія, термографія та інші.

Клінічні прояви нейродистрофічних порушень наведені в табл. 2.

Лікування хворих комплексне, воно включає:

- медикаментозні засоби (табл. 3). Починається лікування зі зняття чи значного зменшення болю, що досягається використанням знеболюючих засобів та введенням антигомотоксичних препаратів німецької фірми Heel: Discus compositum, Traumeel S, Zeel T, Coenzyme compositum. Ці біотерапевтичні препарати стимулюють механізми імунної системи шляхом зв'язування з білками плазми у вигляді гаптенів. При цьому формуються антитіла, дія яких направлена проти гомотоксинів людини (які утворюються в хворому органі), та відбувається стимуляція захисних систем організму за допомогою індукції антитоксично активних ферментів. Речовини, які входять до складу препаратів — продукти рослин, тварин, ферменти, алопатичні та гомеопатичні препарати, представлено в гомеопатичних дозах. Ці препарати призначаються з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта.
- ортопедичне лікування: полягає в розвантаженні поперекового відділу хребта на похилій площині з подальшим використанням розвантажено-фіксуєючих ортопедичних корсетів;
- фізіотерапевтичне лікування (магнітотерапія, лазеротерапія);
- лікувальна фізкультура: складається з вправ, які розвантажують хребет і підвищують силу м'язів тулуба,

Таблиця 2. Клінічні прояви остеохондрозу поперекового відділу хребта з нейродистрофічними порушеннями

Рентгенологічні зміни	Ортопедичні прояви	Неврологічні прояви
— Перший-третій ступені остеохондрозу — Нестійкість 2–3 хребцевих сегментів — Грижі дисків L3–L4; L4–L5; L5–S1	— Відсутність фізіологічного лордозу поперекового відділу та сколіотична деформація його — Болючі рухи в поперековому відділі, особливо розгинання	— Гіпестезія/гіперестезія в зоні іннервації корінців L4–L5, S1–S2 — Колінні та ахіллові рефлексивні в нормі або знижені — М'язовий тонус у нормі або знижений
— Висота щілини кульшового суглоба не змінена або трохи звужена, гіперостоз внутрішнього відділу шийки стегнової кістки, частіше на боці сколіозу — I стадія коксартрозу	— Болюча пальпація міжостистих точок L2–S1, паравертебральних та парасакральних, більше на боці болючого кульшового суглоба — Значна болючість періартикулярних точок кульшового, колінного або гомілковостопного суглобів — Болюча пальпація ділянок великого вертлюга та грушеподібного м'яза, незначне обмеження внутрішньої ротації стегна	
— Значне зниження суглобової щілини, кістоподібна перебудова суглобових поверхонь — III стадія коксартрозу	— Згинально-відвідна, зовнішньо-ротаційна контрактура стегна	— Ангіодистонія нижніх кінцівок, більше визначена на боці ураженого кульшового суглоба

Таблиця 3. Основні групи препаратів у лікуванні нейродистрофічних проявів остеохондрозу поперекового відділу хребта

Групи препаратів	Способи застосування
Знеболюючі засоби (нестероїдні протизапальні засоби, суміш Антонова)	Внутрішньом'язові ін'єкції; <i>per os</i> ; <i>per rectum</i>
Міорелаксанти (мідокалм, баклофен, сирдалуд)	Внутрішньом'язово, <i>per os</i>
Антигомотоксична терапія (Discus compositum, Traumeel S, Zeel T, алфлутон, Coenzyme compositum)	Паравертебральні, періартикулярні, внутрішньосуглобові, внутрішньом'язові ін'єкції
Вітамінотерапія (особливо групи В)	Внутрішньом'язово, <i>per os</i>
Хондропротектори (терафлекс, дона, Structum, зинаксин, гіалган та інші)	Внутрішньом'язово, <i>per os</i>

особливо розгиначів тулуба. Після зняття больового синдрому проводиться електростимуляція м'язів спини.

Обов'язкова корекція деформації стоп ортопедичними устілками.

При коксартрозі I–II стадії необхідне розвантаження — хода з палкою чи милицями, манжетне витягнення за стегно 2–4 години на добу з тягарем 2–3 кг та внутрішньосуглобове введення гіалгану № 5 чи алфлутопу по 2,0 № 5.

Лікування проводилось амбулаторно у відділі реабілітації та лабораторії нейроортопедії, в умовах денного стаціонару. Під час лікування пацієнти опановували необхідний режим, який забезпечує стан тривалої ремісії.

Із обстежених нами пацієнтів у 5 була III стадія коксартрозу (у 2 — двобічний), їм виконано ендопротезування.

Проведене комплексне лікування у всіх пацієнтів мало позитивні наслідки.

Висновки

Своєчасне визначення нейродистрофічних проявів поперекового остеохондрозу та проведення комплексне лікування дає змогу лікувати нейроостеофібрози суглобів нижньої кінцівки та запобігати прогресуванню коксартрозу.

Список літератури

1. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 670 с.
2. Продан А.И., Радченко В.А., Корж Н.А. Дегенеративные заболевания позвоночника. Том 1. Семiotика. Классификация. Диагностика. — Харьков, 2007. — 272 с.
3. Продан А.И., Радченко В.А., Корж Н.А. Дегенеративные заболевания позвоночника. Том 2. Консервативное лечение. — Харьков, 2009. — 261 с.
4. Рой І.В., Твардовська С.П., Секер Т.М. Клінічні ознаки нейродистрофічних проявів остеохондрозу поперекового відділу хребта в ортопедичній практиці та принципи їх лікування // Буковинський медичний вісник. — 2003. — Т. 7, № 3. — С. 80–87.
5. Рой І.В., Твардовська С.П., Секер Т.М. Нейротрофічні прояви поперекового остеохондрозу в ортопедичній практиці // Актуальні питання ортопедії та травматології. Мат-ли Всеукр. наук.-практ. конференції, присвяченої 90-річчю ДУ «ІТО АМНУ». — 2009. — С. 98–99.
6. Твардовская С.П., Секер Т.М. Лечение некоторых дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата препаратами Zeel T и Traumeel S // Биологическая терапия. Международный журнал общества биологической медицины. — 2000. — № 1. — С. 32–34.
7. Arnau J., Vallano A., Lopez A. et al. A critical review of guidelines for low pain treatment // Eur. Spine J. — 2006. — № 15. — P. 543–553.
8. Bernsrein E., Carey T., Garrett J. The use of muscle relaxant medications in acute low back pain // Spine. — 2004. — Vol. 29, № 12. — P. 1346–1351.
9. Evans C. Potential biologic therapies for the intervertebral disc // J. Bone Joint Surg. — 2006. — Vol. 88A, № 2. — P. 95–98.
10. Luijsterburg P., Verhagen A., Ostelo R. et al. Effectiveness of conservative treatments for the lumbosacral radicular syndrome: a systematic review // Eur. Spine J. — 2007. — № 16. — P. 881–889.
11. Rajasekaran S., Venkatadass K., Naresh Babu J. et al. Pharmacological enhancement of disk diffusion and differentiation of healthy, ageing and degenerated discs // Eur. Spine J. — 2008. — № 17. — P. 626–643.

Отримано 25.11.11 □

Твардовская С.П., Секер Т.М.

ГУ «Институт травматологии и ортопедии АМН Украины», г. Киев

НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ПАТОЛОГИИ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Резюме. Проведен анализ лечения 55 пациентов с нейроостеофиброзом тазобедренного и коленного суставов на фоне нейродистрофических проявлений остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Определены жалобы, ортопедические и неврологические проявления, рентгенологические изменения. Разработана схема комплексного лечения пациентов.

Ключевые слова: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, нейроостеофиброз тазобедренного и коленного суставов.

Tvardovska S.P., Seker T.M.

SI «Institute of Traumatology and Orthopedics of AMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

NEUROYSTROPHIC SIGNS OF LUMBAR OSTEOCHONDROSIS IN LOWER EXTREMITY JOINT PATHOLOGY

Summary. There were analyzed 55 patients with neuroosteo fibrosis of hip and knee joint following neurodystrophic signs of lumbar osteochondrosis. Complaints, orthopedic and neurological manifestations and X-ray changes were defined. The treatment regimen was worked out.

Key words: lumbar osteochondrosis, neuroosteo fibrosis of hip and knee joint.