

ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ГРЫЖА ДИСКА

Д.И. РАХМАТОВА, Д.Ш. ТЕШАЕВА, Р.У. УКТАМОВА

Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

УМУРТҚА ПОҒОНАСИНИНГ ДЕГЕНЕРАТИВ-ДИСТРОФИК КАСАЛЛИГИ ДИСК ЧУРРАСИ

Д.И. РАХМАТОВА, Д.Ш. ТЕШАЕВА, Р.У. УКТАМОВА

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

DEGENERATIVE-DISTROPHIC DISEASES OF THE SPINE. DISK HERNIA

D.I. RAKHMATOVA, D.SH. TESHAEVA, R.U. UKTAMOVA

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

Остеохондроз позвоночника, характеризующийся дистрофическими изменениями в межпозвоночном диске и прилежащих к нему тел позвонков, является одним из наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательной системы [10].

Ведущими симптомами этого заболевания являются боль и двигательные нарушения, которые по данным различных авторов, встречаются у 50 - 80% взрослого населения [11]. Наблюдающийся рост заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности и тенденция к прогредиентному течению, ведущая нередко к инвалидности, существенные материальные затраты, связанные с диагностикой, лечением и трудоустройством больных остеохондрозом позвоночника, определяет его высокую социальную значимость [1, 15]. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника относятся к хроническим заболеваниям, часто ведущим к ограничению активности лиц трудоспособного возраста. В современном мире данная патология является наиболее частым заболеванием, поражающим до 90 - 97% взрослого населения. По данным ряда исследователей, до 90% радикулопатий обусловлено грыжами межпозвоночных дисков (ГМПД). Поэтому, одним из наиболее значимых проявлений процесса дегенерации является формирование грыжи межпозвоночного диска, и более чем в 80% случаев патология выявляется в поясничном отделе. Как правило, пациенты, страдающие болями в спине - это активно работающие люди [8, 14].

Страдают этим заболеванием от 30 до < 70 процентов населения [6]. Выявляется связь заболевания с наиболее распространенными профессиями: водители автотранспорта, рабочие конвейерного производства; строители; швеи, бухгалтеры, программисты и др. [2]. Уровень заболеваемости остеохондрозом позвоночника остается высоким, а неврологическая симптоматика, связанная с этой патологией встречается настолько часто, особенно у рабочих, занятых в промышленном производстве, что уступает по частоте лишь простудным заболеваниям [5]. Выраженные клинические проявления наблюдаются в период ак-

тивной- трудовой деятельности (возраст 25-55 лет) и представляют собой одну из самых частых причин временной нетрудоспособности: на 100 работающих -32-161 день в год и 5-23 случая. [10]. Каждый второй человек в течение жизни ощущает клинические проявления-остеохондроза позвоночника;. Эти заболевания- причиняют страдания больным, но и экономические потери общества в связи с ними неисчислимы. Экономические: потери в, связи с вертеброгенными заболеваниями очень велики во всех странах нашей планеты. В США тратят на анестетики, применяемые при «миофасцитах», 1 млрд. долл. в год [3]. Число больных с данной патологией в развитых странах мира неуклонно увеличивается, а на восстановительные мероприятия расходуются значительные финансовые средства. В развитых странах, по данным экспертов ВОЗ, болевые синдромы вертеброгенной природы настолько распространены, что достигают в настоящее время размеров эпидемии. Как показывают новейшие исследования, аналогичная ситуация существует и в развивающихся странах [4, 16]. Вертеброгенные заболевания по инвалидизации взрослого населения занимают первое-второе место вместе с патологией сердечно - сосудистой системы. Причинами развития дорсопатий и их неврологических проявлений являются функциональные и дистрофические изменения в тканях опорно-двигательного аппарата с вовлечением как структур периферической и центральной нервной системы, так и вегетативной ее части. Длительное существование рефлекторных синдромов вызывает нарушение афферентации, антигравитационные реакции, нейротрофические изменения, что приводит к формированию стойкой неврологической симптоматики [7, 13]. Не менее важной проблемой является установление особенностей течения сочетанной патологии, в частности рефлекторных нарушений при дорсопатиях и нейрогенных дыхательных дисфункциях. Актуальность данной проблемы обусловлена высокой частотой встречаемости - 48-52% [5, 9].

Анализ научных публикаций последних лет отражает позицию многих авторов о том, что в

патогенезе болевого синдрома наряду с дистрофическими изменениями в межпозвоночных дисках и телах позвонков поясничного отдела позвоночника значительную роль в формировании клинических проявлений остеохондроза играют поражение мышечной системы, вовлеченной в патологический процесс [11]. Биомеханические нарушения в скелетно-мышечной системе позвоночно-двигательного сегмента существенно отягощают течение заболевания и обуславливают наличие выраженных локомоторных дисфункций. Кроме того, неврологические проявления при дорсопатиях не только относятся к числу распространенных, но и к часто рецидивирующим заболеваниям [10].

В исследованиях последних лет показано, что развитию дорсопатии наиболее подвержены лица молодого возраста. Это обусловлено наличием повышенных нагрузок в учебной или трудовой деятельности, приводящих к перенапряжению адаптационных механизмов, переутомлению и появлению различных функциональных расстройств [9].

Имеющийся широкий арсенал способов выявления вертеброгенной патологии демонстрирует, что нет единого подхода специалистов к разработке унифицированных методик до нозологической диагностики и коррекции рефлекторных и мышечно-тонических болевых синдромов [3, 6].

Вероятней всего это объясняется отсутствием единых требований к их разработке с позиций доказательной медицины. Кроме того, до нозологическая диагностика должна быть экспрессной, не инвазивной, обоснованной [2].

В связи с этим, представляется актуальным повышение точности до нозологической диагностики изменений позвоночника, в частности с использованием принципов визуального и оптического анализа. Значительная продолжительность заболевания, клинические проявления в виде невозможности трудиться, самостоятельно передвигаться, обслуживать себя, невысокая эффективность существующих методов лечения - все это ведет к колоссальным затратам на лечение данной патологии [1].

Термин «грыжа диска» в настоящее время широко используется в повседневной практике неврологами, нейрохирургами, ортопедами, рентгенологами, трактуящими данные компьютерной томографии или магниторезонансного изображения позвоночника, мануальными терапевтами. Он хорошо известен больным и людям, интересующимся медициной. Однако трактовка понятия «грыжа», заимствованного из общей хирургии, применительно к патологии межпозвоночного диска весьма условна и неоднозначна, что вносит путаницу в оценку рентгенологической картины, клинических данных, результатов хирургических

вмешательств, не говоря уже о том, что создается примитивное представление о возможности вправления грыжи диска, как это происходит, например, при паховой грыже. Поэтому, прежде чем излагать клинику данного синдрома, необходимо уточнить современную терминологию и ограничить рамки понятия «грыжа межпозвоночного диска» [4].

В широком смысле *грыжа диска* обозначает патологическое состояние, при котором фрагменты поврежденного пульпозного ядра выдавливаются через трещину в фиброзном кольце, вызывая его разрыв или выпячивание за физиологические границы, выпадают в позвоночный канал или, прободая замыкательную гиалиновую пластинку, проникают тело позвонка. Основными причинами грыж дисков являются остеохондроз, травма или их сочетание. Если целостность наружных волокон фиброзного кольца сохранена, его выбухание под действием секвестров дегенерированного пульпозного ядра обозначается термином «*выпячивание (протрузия) диска*». В норме существует *физиологическое выпячивание диска*, которое заключается в том, что наружный край фиброзного кольца под действием осевой нагрузки выступает за линию, соединяющую края соседних позвонков. Это выпячивание заднего края диска в сторону позвоночного канала хорошо определяется на миелограммах (выстояние, как правило, не превышает 3 мм). Физиологическое выпячивание диска усиливается при разгибании позвоночника, исчезает или уменьшается - при сгибании [12].

О причинах возникновения остеохондроза существует множество теорий. Рассмотрим каждую из них.

Эволюционная теория объясняет возникновение остеохондроза у человека прямо хождением, увеличением вертикальной нагрузки на межпозвоночные диски. Это своего рода расплата за то, что человек встал на ноги, ибо у четвероногих животных остеохондроз не встречается [4, 8].

Инволюционная теория говорит о том, что диск с возрастом стареет. К всеобщему удивлению скажу, что стареет он не в 70 лет и даже не в 50. Дело в том, что межпозвоночный диск питается тонкой артерией, которая начинает зарастать в подростковом возрасте. В дальнейшем питание диска происходит диффузно, то есть из окружающих тканей. Вот с этого-то момента и начинается его старение. И это мы видим в практической работе, когда на прием приходят подростки с диагнозом «остеохондроз», подтвержденным рентгенологически. В данном случае речь идет о так называемом ювенильном (юношеском) остеохондрозе. Поэтому остеохондроз считается болезнью молодых. При статистическом исследовании выяснилось, что средний возраст больного остео-

хондрозом составляет 42 года. С возрастом, по мере старения, остеохондроз проявляет себя все реже. Боль в спине у пожилых людей имеет другие причины [6].

Аналогичное объяснение мы находим и в *сосудистой теории*. Однако сосуды, питающие диски, зарастают все равномерно. Почему страдают один или несколько дисков, а не все - эта теория объяснить не может [5].

Гормональная теория опирается на тот факт, что страдают остеохондрозом чаще женщины (в 60% случаев), чем мужчины (40%). Связывают это с более выраженным процессом гормональной перестройки у женщин при наступлении менопаузы (период увядания функции яичников). Однако эта теория не увязывается с тем, что остеохондроз появляется за много лет до снижения уровня половых гормонов [8, 11].

Биомеханическая теория объясняет причину заболевания тем, что у людей, занятых физическим трудом заболевание встречается чаще, чем у людей умственного труда. Причем совершенно не обязательно разгружать вагоны или работать в шахте. Длительное пребывание в неудобной статической (неподвижной) позе, вызывает локальную (местную) перегрузку ПДС, что также отрицательно сказывается на развитии заболевания [10].

Травматическая теория опирается на связь заболевания с перенесенной травмой. В обычном понимании травма - это переломы, вывихи, растяжения. Эти события четко воспринимаются больными и дают явно о себе знать с первых минут травмы, а так же хорошо визуализируются при рентгенологическом исследовании. Однако банальное падение, даже с высоты собственного роста, неловкое телодвижение во время гололеда тоже могут быть причиной микротравмы МПД. Клинические проявления при этом могут быть минимальными, и больной чаще всего не попадает в поле зрения врача. Обычно на вопрос, была ли травма, больные быстро отвечают: нет. И только на следующем приеме обычно вспоминают, что лет 5 назад откуда-то падал, потом болела спина 3-5 дней, а потом все прошло само собой. Нередко бывает и такой вариант: человек, попавший в ДТП, даже не успевает заметить, как от внезапного торможения машины его голова сначала резко наклонилась вперед, затем назад. Иногда при этом происходят переломы в шейном отделе позвоночника. Это - так называемая хлыстовая травма. Но перелома позвонка может и не быть, а вот микротрещины в диске появятся, и в дальнейшем в этом ПДС остеохондроз обязательно «сядет». Такие виды спорта, как различные виды борьбы, гимнастика, тяжелая атлетика и аналогичные виды всегда сопровождаются, по меньшей мере, микротравмами диска с последу-

ющим развитием остеохондроза. Большую роль в развитии шейного остеохондроза играет родовая травма. Очень часто у детей прослеживается четкая связь между ранним развитием остеохондроза шейного отдела позвоночника и патологическим течением родов [6, 9].

Аномалийная теория. При обследовании больных с остеохондрозом мы нередко находим аномалии развития позвоночника. Если неправильно развиты анатомические образования позвонка (например, суставные отростки), то нагрузка на МПД возрастает, а это ведет к преждевременному старению диска. Однако не у всех больных с аномалией развития позвоночника встречается остеохондроз и наоборот [13].

Настало время поговорить о не менее популярном, чем «остеохондроз» выражении «грыжа диска». Итак, все начинается с обезвоживания ядра МПД, что ведет к снижению его эластичности и амортизирующей функции. Плотное фиброзное кольцо изначально содержит меньше жидкости, поэтому стареет раньше, чем желеобразное ядро. Сохранившее эластичность пульпозное ядро начинает выталкивать растрескавшееся, фрагментированное фиброзное кольцо, либо «просачивается» через трещину в нем. При смещении кзади, в сторону позвоночного канала, фиброзное кольцо выбухает, оттесняя заднюю продольную связку позвоночника. Если фиброзное кольцо и задняя продольная связка не лопаются, то такое смещение называют *протрузией диска*. Обычно она достигает размеров 5-6 мм. При физической нагрузке возможно нормальное, физиологическое выпячивание диска за линию, соединяющую края соседних позвонков. Это выпячивание не превышает 2 мм. Продолжая смещаться в том же направлении, сместившийся диск натягивает связку, она рвется, и дальнейшее смещение, выпячивание диска через отверстие в связке называют *межпозвонковой грыжей* [6].

Хронический, рецидивирующий характер течения ГМПД, нередко ведущий к инвалидизации больных, а также нарастание частоты и «омоложение» данной патологии, наблюдающееся во всем мире, ставит решение проблем выбора метода лечения и повышения его эффективности на первый план медицинской науки и практики. Консервативные методы лечения этого заболевания сводятся в основном к симптоматическому лечению, физиотерапии и/или мануальной терапии, причем значительная часть больных (19%) через 1-3 месяца требует хирургического лечения из-за неэффективности консервативного лечения. Частота госпитализации больных с ГМПД для оперативного лечения за последние 10 лет выросла втрое и продолжает неуклонно расти. Ежегодно 50% операций в нейрохирургических стационарах проводится пациентам с дискогенной пато-

логией. С ростом количества проводимых оперативных вмешательств растет и число пациентов, которым операция не принесла избавления от боли и даже усилила имевшуюся клиническую симптоматику. Выраженные клинические проявления этих заболеваний в 70% случаев ведут к временной утрате трудоспособности, и значительная часть пациентов становятся инвалидами [1].

Таким образом, дорсопатии, представляющие собой болевые синдромы в области туловища и конечностей не висцеральной этиологии, связанные с дегенеративными заболеваниями позвоночника, являются одной из наиболее важных проблем теоретической и практической медицины, что объясняется их высокой распространённостью и социальной значимостью.

Литература:

1. Адамбаев З.И. Детализация и выраженность боли при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника //Проблемы современной науки и образования. – 2016. – №. 10 (52).
2. Антипко, Алексей Леонидович «Прогнозирование рецидивов грыж межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника на основе данных магниторезонансной томографии и математического моделирования». Авто-реф. диссер.канд.мед.наук. Воронеж 2009г
3. Бектемирова С.Н. Медицинская реабилитация больных дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника //Современные проблемы науки и образования. – 2015. №. 6-0. – С. 184-184.
4. Бобунов Д. Н., Комиссаров Д. А., Саморукова Е. М. Лечебная физкультура при дегенеративно-дистрофических заболеваниях в шейном и грудном отделах позвоночника у лиц пожилого и старческого возраста (комплекс упражнений) //IV Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Безопасный Спорт-2017».—Материалы конференции. – 2017. – С. 15.
5. Гуца А.О. Оценка исходов хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника //Хирургия позвоночника. – 2017. – Т. 14. – №. 4. – С. 85-94.
6. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника Москва «медпрессинформ»2008
7. Кириенко А. Н., Сорокинов В. А., Поздеева Н. А. Дегенеративно-дистрофические поражения шейного отдела позвоночника //Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2015. – Т. 138. №. 7.
8. Кочетова М. Ю. и др. Нейропсихологический статус и качество жизни пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника (ДДЗП) с болевым синдромом //Научные исследования. – 2018. – №. 7 (26).
9. Косимова Н. И. Значение урогенитальной инфекции в проблеме невынашивания беременности //Проблемы биологии и медицины. – 2012. – т. 1. – с. 71.
10. Михайлов А. Н. и др. Лучевые экспертные критерии, характеризующие дегенеративно-дистрофические изменения при шейном остеохондрозе //Весці Нацыянальнай акадэміі навук Беларусі. Серыя медыцынскіх навук. – 2017. – №. 3. – С. 37-44.
11. Никитина В. В., Коновалов А. Ю. Особенности патогенеза и неврологических расстройств у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, осложненными метаболическими нарушениями //Естественные и технические науки. – 2017. – №. 5. – С. 46-48.
12. Рахматова Д. Б. Особенности диагностики и лечения ревматоидного артрита, начавшегося в пожилом возрасте //Проблемы биологии и медицины. – 2012. – Т. 1. – С. 74.
13. Родионова Л. В. и др. Исследование факторов, определяющих половозрастные различия в течении дегенеративно-дистрофической патологии позвоночника, осложненной стенозом позвоночного канала //Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №. 6. – С. 200-200.
14. Скляренко О. В. и др. Комплексное консервативное лечение шейно-плечевого синдрома у больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника //Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №. 2. – С. 16-16.
15. Фирсов С. А. и др. Многоуровневые дегенеративно-дистрофические поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника: малое решение больших проблем //Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №. 4. – С. 65-65.
16. Plomp, Kimberly; Vidarsdottir, Una; Weston, Darlene; Dobney, Keith; Collard, Mark (2015) The ancestral shape hypothesis: an evolutionary explanation for the occurrence of intervertebral disc herniation in humans // BMC Evolutionary Biology - vol. 15 (1) - p. 68.