

*Черватюк Мария Игоревна,
студентка 6 курса Медицинского института НИУ «БелГУ»*

г. Белгород

*Амичба Марта Мурмановна,
студентка 6 курса Медицинского института НИУ «БелГУ»*

г. Белгород

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕЖПОЗВОНОЧНОЙ ГРЫЖИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Аннотация: На сегодняшний день продолжают споры вокруг обозначения данной патологии, нет единого взгляда на причины развития болевого синдрома и локализацию патоморфологического субстрата. Данная статья актуальна в современна в обществе, ведь межпозвоночная грыжа - одно из самых серьезных повреждений позвоночника и наиболее частых показаний к хирургической операции.

Ключевые слова: межпозвоночная грыжа, повреждения, пульпозное ядро, лечение, диагностика.

Abstract: Today, disputes surrounding the designation of this pathology continue, there is no single look at the causes of the development of pain and the localization of the pathomorphological substrate. This article is relevant in modern society, because an intervertebral hernia is one of the most serious injuries of the spine and the most common indication for surgery.

Keywords: intervertebral hernia, injuries, pulpous core, treatment, diagnosis.

Очевидно, что практически каждый житель планеты хоть бы раз в жизни испытывал боль, среди которых 20% взрослого населения планеты периодически страдает от болей в спине (длительность которых составляет три и более дней). В самом цветущем возрасте 25-40 лет наблюдается дебют дегенеративно-

дистрофического процесса позвоночника.

Межпозвоночная грыжа является одним из наиболее коварных повреждений позвоночника и частых показаний к хирургической операции. Число ежегодно выполняемых операций по поводу межпозвоночной грыжи уступает только удалению аппендицита [2, с.72].

Данный факт, к сожалению, объясняется не столько эффективностью хирургического лечения грыжи спины (которая весьма сомнительна), сколько актуальностью проблемы. Межпозвоночная грыжа возникает из-за остеохондроза более чем в 90% случаев, распространенность которого в настоящее время увеличивается с быстрым темпом в геометрической прогрессии. Заболеваемость остеохондрозом согласно Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) сообщает, что заболеваемость остеохондрозом приобрела характер пандемии. Количество диагнозов "межпозвоночная грыжа" в тех же масштабах растет [1, с.320].

Межпозвоночный диск располагается между телами позвонков, состоящий из пульпозного ядра (желеобразная масса, способная амортизировать позвоночник при ходьбе), фиброзного кольца, который способен плотно окружать пульпозное ядро. Грыжа межпозвоночного диска представлена "выходом" части пульпозного ядра диска через образовавшийся дефект фиброзного кольца. Выходящий за пределы диска фрагмент пульпозного ядра, иммунная система способна воспринимать как чужеродная ткань, после прекращения роста внутренняя среда диска не омывается кровью [5, с.95]. В связи с этим начинает развиваться аутоиммунная реакция. Ограничение вышедших фрагментов ядра является целью данной аутоиммунной воспалительной реакции. Среди населения самая встречаемая локализация межпозвоночных грыж является поясничный отдел позвоночника. Патология часто поражает людей трудоспособного возраста – 25-50 лет.

У большинства пациентов патогенез представлен, как следствие запущенного исхода остеохондроза, в результате чего диски между поясничными позвонками сплющиваются, а затем выпячиваются. Это все

сопровождается развитием воспаления, отеком, механической компрессией спинного мозга и нервных корешков, вызывая жуткие боли по ходу затронутых нервов. Грыжа способна формироваться при условии прогрессирования дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике, которые затрагивают любой из элементов между двумя смежными позвонками [3, с.238].

Травматический фактор способствует развитию заболевания, но этиологическую основу все же чаще составляет именно дегенеративно-дистрофическая патология (остеохондроз).

Первые боли на начальном этапе развития в большей мере обусловлены раздражением и возбуждением болевых рецепторов, которыми снабжены внешние слои фиброзного кольца. По ветвям синувентрального нерва импульсы передаются в спинной мозг из ноцирецепторов кольца, что рефлекторно вызывает иммобилизацию поврежденного отдела и мышечный спазм в пояснице .

Основными для заболевания признаками являются: болевой синдром в пояснице в комплексе с болью в одной нижней конечности (ощущения выражены обычно в ноге сильнее); односторонняя боль в одной из ягодиц и относящейся к ней ноге (одновременно правосторонняя и левосторонняя боль практически не встречается); болезненный синдром, который появляется в ягодичной зоне или пояснице, распространяясь затем по нерву крестцового сплетения на бедро, голень, стопу; парестезии (покалывания, онемения, пр.) в нижней конечности, паху, бедрах, ягодицах; в вертикальном положении болевые признаки и парестезии усиливаются, при двигательной активности, в момент сидения; сниженный потенциал амплитуды движений в пояснице, сложности при ходьбе, слабость в стопе (синдром "свисающей стопы"), невозможность пошевелить и поднимать пальцы стоп; из-за ощущения блока в спине, в связи с этим сильно пациент в сутулится, боли нарушение осанки,; вегетативные расстройства в виде побледнения кожных покровов ног и поясницы, появления красных или белых пятен на этих участках; в запущенных случаях присутствует неспособность недержание мочи и/или кала, стойкая потеря чувствительности

ноги (возможен паралич) [7, с.55].

Неврологические тесты и инструментальные методы используются для постановки диагноза. Тестирование на неврологический статус проводят невропатолог, ортопед или нейрохирург. При первичном осмотре специалист на основе результатов тестов, подразумевающих оценку мышечной силы и сухожильных рефлексов, может заподозрить наличие грыжи люмбальной локализации. Для подтверждения диагноза пациента направляют МСКТ или МРТ обследование.

Среди медикаментозных средств внутреннего и местного назначения, широко применяемые в лечении боли на уровне поясницы, известны: традиционные нестероидные противовоспалительные препараты (Индометацин, Диклофенак и пр.) эффективны. Уколы глюкокортикоидных гормонов или лидокаина в позвоночник используются в редких случаях, когда развитие болевого синдрома невыносимое, а обычные НПВС не действуют (такая клиника срочно требует оперативного вмешательства) [4, с.228]. Одним из составляющих элементов профилактического лечения является физиотерапевтические сеансы. Данные процедуры к полному выздоровлению не приведут, изменить деструкцию фиброзно-хрящевой межпозвонковой прокладки тоже не в их полномочии. Сократить прогрессирование фиброзно-хрящевых и костных дегенераций в проекции поясничного отдела, используя физиотерапию, вполне достижимо [5, с.94]. Ремиссия будет получена за счет уменьшения отека вокруг пораженного диска, восстановления хорошей циркуляции крови, снятия мышечного гипертонуса. Магнитолечение, электро- и фонофорез, импульсная терапия, ультразвук, лазеротерапия, электромиостимуляция являются стандартными процедурами, рекомендуются в определенном сочетании людям с таким диагнозом.

Список литературы:

1. Антонов, И.П. Профилактика неврологических проявлений поясничного остеохондроза: промежуточные итоги, нерешенные вопросы и некоторые

методологические аспекты / Антонов, И.П., Барабанова Э.В. - Москва: ДПК, 2013. - 320 с.

2. Бубновский, С.М. Природа разумного тела, или Как избавиться от остеохондроза / С.М. Бубновский. - Москва: ДПК, 2015. - 72 с.

3. Бубновский, С.М. Практическое руководство по кинезитерапии / С.М. Бубновский. - Москва: Наука, 2000. - 240 с.

4. Бобков Г.А. Термопроцедуры и кинезитерапия: Материалы научно-практической конференции - Профилактика и лечение заболеваний костно-мышечной системы человека по методу Бубновского С.М / Г.А.Бобков. - Москва: Астрейя-центр, 2008. - 230 с.

5. Бубновская, А.М. Адаптивная физкультура с основами кинезитерапии / А.М.Бубновская, С.А. Лукьянычев. - Москва: Астрейя-центр, 2008. -- 96 с.

6. Бубновский, С.М. Практическое руководство по кинезитерапии / С.М.Бубновский. - Москва: Астрейя-центр, 2008. - 56 с.

7. Бубновский, С.М. Теория и методика кинезитерапии. Методическое пособие / С.М.Бубновский. - Москва: Астрейя-центр, 2011. -- 56 с.