



УДК 616.721.1-007.43

Ю.Н. МАКСИМОВ, Д.Х. ХАЙБУЛЛИНА, Б.Э. ГУБЕЕВ

Казанская государственная медицинская академия – филиал РМАНПО МЗ РФ,
420012, г. Казань, ул. Бултерова, д. 36

Грыжа диска: мифы и реальность

Максимов Юрий Николаевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии и мануальной терапии, тел. (843) 278-97-28, e-mail: yuri_maximov@mail.ru

Хайбуллина Дина Хамитовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии и мануальной терапии, тел. (843) 278-97-28, e-mail: dina.khaibullina@mail.ru

Губеев Булат Эдуардович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры неврологии и мануальной терапии, тел. (843) 278-97-28, e-mail: bulat.g@list.ru

В статье обсуждаются проблемы, возникающие при диагностике и лечении пациентов с грыжами межпозвонкового диска и болями в нижней части спины. Рассматриваются основные диагностические ошибки, возникающие из-за нарушения алгоритма обследования пациента. Приводятся диагностические критерии грыжи межпозвонкового диска. Анализируются причины неэффективности терапевтических и хирургических методов лечения.

Ключевые слова: грыжа межпозвонкового диска, боль в нижней части спины, вертебральный синдром, магнитно-резонансная томография.

Yu.N. MAKSIMOV, D.Kh. KHAIBULLINA, B.E. GUBEEV

Кazan State Medical Academy – Branch Campus of the RMACPE MOH Russia, 36 Butlerov Str., Kazan,
Russian Federation, 420012

Disc hernia: myths and reality

Maksimov Yu.N. — Cand. Med. Sc., Associate Professor of the Department of Neurology and Manual Therapy, tel. (843) 278-97-28, e-mail: yuri_maximov@mail.ru

Khaibullina D.Kh. — Cand. Med. Sc., Associate Professor of the Department of Neurology and Manual Therapy, tel. (843) 278-97-28, e-mail: dina.khaibullina@mail.ru

Gubeev B.E. — Cand. Med. Sc., Assistant of the Department of Neurology and Manual Therapy, tel. (843) 278-97-28, e-mail: bulat.g@list.ru

The article highlights problems arising while diagnosing and treatment of patients with intervertebral hernias and lower back pain. The main diagnostic faults that appear as a result of the infringement of the patient inspection algorithm are considered. The diagnostic criteria of intervertebral hernias are given. Reasons for ineffective therapeutic and surgical treatment methods are analyzed.

Key words: intervertebral disc hernia, lower back pain, vertebral syndrome, MRI.

Грыжа межпозвонкового диска — выпячивание диска за пределы замыкательных пластин тел позвонков или выпадение фрагментов диска в позвоночный канал [1]. По мнению некоторых авторов, это физиологический процесс, являющийся одним из этапов дегенерации диска и встречающийся у пациентов различных возрастных категорий в 54-79% случаев [2-4]. Преобладает локализация в поясничном отделе позвоночника [5, 6].

В настоящее время отсутствует единая классификация грыж межпозвонковых дисков. Разные авторы предлагают классификации, в основу которых положены такие признаки как степень выбухания

грыжи, ее локализация, целостность пульпозного ядра и фиброзного кольца, отношение к задней продольной связке и т.д. [7-14]. Также не существует единого мнения об используемой терминологии в описании данного процесса. При этом по-разному трактуются такие понятия как протрузия, пролапс, экструзия, секвестрация [2, 4-9, 13-17].

В последние два десятилетия сложилась тенденция считать грыжу межпозвонкового диска если не единственной, то, во всяком случае, одной из главных причин возникновения болей в спине. Данной точки зрения придерживается большинство практикующих врачей-неврологов и нейрохирургов.

Это, в свою очередь, неизбежно приводит к распространению подобных взглядов и среди пациентов, трактующих диагноз «грыжа диска» как приговор. Использование стандартных терапевтических методик лечения «грыжи межпозвонкового диска» при стационарном лечении в отделениях неврологического профиля в большинстве случаев является малорезультативным, лишь частично уменьшая степень выраженности клинических проявлений. В подобной ситуации практически всем пациентам предлагается оперативное лечение как безальтернативный метод решения проблемы.

В качестве иллюстрации приведем пример типичного (к большому сожалению!) пациента с болью в нижней части спины. На первом этапе такой пациент попадает к врачу общей практики или участковому терапевту с жалобами на боли в пояснице. Причем, под этим термином может подразумеваться как собственно поясничный отдел позвоночника, так и крестец, крестцово-подвздошный сустав, ягодица, тазобедренный сустав, бедро. Обычно на этом процесс общения с врачом заканчивается. Даже если врач осмотрел пациента, при отсутствии навыков проведения неврологического и нейроортопедического осмотра [2, 8], практически невозможно правильно оценить имеющиеся клинические проявления и выявить причину возникновения боли. Для уточнения диагноза пациенту рекомендуется проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) поясничного отдела позвоночника. Учитывая частоту грыжи межпозвонкового диска, велика вероятность того, что у данного пациента она также будет выявлена. После чего уже с диагнозом «грыжа диска» (МРТ-верифицированным!) он направляется на консультацию к неврологу. В случае неудовлетворительного результата лечения «грыжи диска» в амбулаторных или стационарных условиях пациент направляется на консультацию к нейрохирургу для решения вопроса о целесообразности хирургического лечения. В большом количестве случаев нейрохирург во время консультации оценивает только томограмму, не проводя клинического осмотра пациента, руководствуясь данными томографического исследования, как главным критерием для принятия положительного решения в вопросе необходимости оперативного лечения.

Налицо факт гипердиагностики грыжи межпозвонкового диска, когда происходит подмена данных объективного осмотра результатами дополнительных методов исследования, невзирая на то, что уровень локализации грыжи не соответствует жалобам пациента и имеющейся клинической симптоматике.

В нейрохирургических отделениях на оперативное лечение грыжи межпозвонкового диска существуют очереди и зачастую немалые. Вот только проведение операции у части пациентов не дает ожидаемого клинического эффекта. В англоязычной литературе для обозначения подобной ситуации имеется специальный термин «Failed Back Surgery Syndrome (FBSS)» — «синдром неудачной операции на спине» [18]. Он используется в случае, когда после проведенного оперативного лечения грыжи межпозвонкового диска пациент не отмечает значимого улучшения качества жизни. При этом некоторые характеристики болевого синдрома (локализация, степень выраженности, зона иррадиации, зависимость от статических и динамических нагрузок, положения тела и т.д.) могут несколько измениться [11, 17]. Не получив ожидаемого эф-

фекта от проведенного терапевтического, а иногда и оперативного лечения в рамках стандарта оказания медицинской помощи, пациенты вынуждены обращаться к альтернативной медицине. Реклама коммерческих медицинских центров предлагает многочисленные методики «лечения грыжи диска безоперационным путем» в диапазоне от общепринятых до весьма экзотических, но все также малоэффективных. Такая ситуация неизбежно приводит к хронизации болезни, длительной потере трудоспособности и снижению качества жизни пациентов. А еще порождает мифы о неизлечимости грыжи диска.

Многолетний опыт консультативной и лечебной работы, которая проводится сотрудниками нашей кафедры с 1997 года по настоящее время на базе Республиканского клинического неврологического центра, позволяет сделать некоторые выводы, объясняющие, на наш взгляд, неудачи в лечении грыжи межпозвонкового диска. Необходимо понимать, что единой проблемы в вопросе лечения грыжи диска не существует. Лечение «грыжи диска», «неврологической симптоматики, вызванной грыжей диска» и «лечение пациента с болью в спине, у которого имеется МРТ-верифицированная грыжа диска» — это три абсолютно разных проблемы! Именно в путанице между этими понятиями кроется одна из главных причин, приводящих к диагностическим ошибкам и, как следствие — неудовлетворительным результатам лечения.

Диагностические критерии грыжи межпозвонкового диска

Наличие вертебрального синдрома, проявляющегося болью, ограничением подвижности, тоническим напряжением паравертебральных мышц, вертебральными деформациями в пораженном отделе позвоночника. Чувствительные и двигательные расстройства в зоне дерматомы и миотома пораженного корешка. Гипо- или гиперрефлексия, в зависимости от стадии процесса. Выраженные изменения двигательного стереотипа, включающие антальгическую установку и походку. Верификация грыжи межпозвонкового диска методом магнитно-резонансной томографии (МРТ). Данные электронейромиографического исследования (ЭМГ), подтверждающие нарушение проводимости по корешку и наличие денервационных процессов в мышцах пораженного миотома. Только при наличии всех вышеперечисленных критериев можно с уверенностью утверждать, что имеющаяся грыжа диска является причиной развития клинической симптоматики. При отсутствии какого-либо критерия стоит задуматься о другой причине заболевания (миофасциальном болевом синдроме, остеоартрозе и т.д.). Рассматривать вопрос об оперативном лечении стоит лишь в случае, когда при отсутствии сомнений в правильности постановки диагноза и адекватном терапевтическом лечении, проводимом на протяжении не менее двух месяцев, не наступает ожидаемого результата или имеется прогрессирование невралгической симптоматики. В этих случаях оперативное лечение, несомненно, является показанным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иргер И.М. Нейрохирургия. — М.: Медицина, 1982. — 432 с.
2. Матхаликов Р.А. Межпозвонковый диск — патология и лечение // ПМЖ. — 2008. — №12.
3. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. — Рига, 1991. — 344 с.



4. Кремер Ю. Заболевания межпозвонковых дисков. Пер. англ. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 472 с.
5. Jonsson B., Johnsson R., Stromqvist B. Contained and no contained lumbar discherniation in the same patient // Spine. — 1998. — Vol. 23, №2.
6. Мументалер М. Поражения периферических нервов и корешковые синдромы. Пер. нем. — М.: МЕДпресс-информ, 2013. — 616 с.
7. Зиняков Н.Т., Зиняков Н.Н. К вопросу о классификации и терминологии грыж межпозвонковых дисков // Мануальная терапия. — 2007. — №3 (27). — С. 22-28.
8. Ситель А.Б. Мануальная медицина. — М.: РУСЬ, 1998. — 302 с.
9. Pierre C. Milette. The proper terminology for reporting lumbar intervertebral disk disorders // Am. J. Neuroradiol. — 1997. — Vol. 18. — P. 1859-1866.
10. Никонов С.В. Мануальная терапия в комплексном лечении больных с компрессионными синдромами поясничного остеохондроза в зависимости от пространственного расположения межпозвонковых грыж // Мануальная терапия. — 2005. — №1 (17). — С. 26-36.
11. Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. — Казань: Медицина, 2003. — 472 с.
12. Крылов В.В., Гринь А.А. О грыжах межпозвонкового диска и результатах лечения больных с этой патологией // Consilium Medicum. — 2009. — Т. 11, №9. — С. 5-10.
13. Магомедов М.К., Головатенко-Абрамов К.В. Динамика структурных изменений грыж межпозвонковых дисков in- и ex vivo на основе сравнения морфологии и магнитно-резонансной томографии // Мануальная терапия. — 2003. — №3. — С. 23-31.
14. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. — М.: Видар, 1997. — 472 с.
15. Хабиров Ф.А. Боль в шее и спине. — Казань: Медицина, 2014. — 504 с.
16. Шток В.Н., Левин О.С. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы. — М.: Медицина, 2006. — 520 с.
17. Осна А.И. Основные принципы патогенетического хирургического лечения остеохондрозов позвоночника // В кн.: Остеохондроз позвоночника. — Новокузнецк, 1966. — С. 477-481.
18. Peul W.C. et al. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica // N. Engl. J. Med. — 2007, May 31. — 356. — P. 2245-56.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

ОТКРЫТИЕ: НЕХВАТКА САХАРА И РАЗВИТИЕ СЛАБОУМИЯ НАХОДЯТСЯ В ТЕСНОЙ СВЯЗИ

Сахар нужен мозгу для нормальной работы. В условиях нехватки сахара развивается болезнь Альцгеймера и различные когнитивные нарушения, говорят ученые. Как отмечает Medical News Today, еще до появления первых признаков снижения когнитивных способностей уровень сахара в мозге начинает падать. Чтобы восполнить нехватку сахара, в мозге начинает скапливаться фосфорилированный тау-белок. А известно, что тау-белок формирует клубки, блокирующие прохождение питательных веществ через нервные клетки. Итог — смерть нейронов и деменция. Было установлено: скопление фосфорилированного тау-белка происходит с активацией сигнального пути Р38 киназы. Для исследования описанных процессов специалисты вывели мышей, генетически предрасположенных к проблемам с памятью и с патологией тау-белка. Когда животным было 4–5 месяцев, некоторым из них ввели 2-дезоксиглюкозу — соединение, не дающее сахару проникать в клетку и превращаться в чистую энергию. Соединение вводили на протяжении нескольких месяцев, а в самом конце животных проверили на качество памяти и способность к обучению. Оказалось, мыши, испытывавшие нехватку сахара, хуже справлялись с тестами по сравнению с мышами, не получавшими инъекций соединения. Более того, у первой группы животных синапсы работали аномально, то есть их нейроны не могли должным образом обмениваться информацией. К тому же, у первой группы был повышен уровень тау-белка и отмечалось большое количество мертвых клеток.

Источник: Meddaily.ru