

Ырысов К.Б.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИСКОГЕННЫМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМИ РАДИКУЛИТАМИ

К.В. Yrysov

COMPLEX MANAGEMENT OF PATIENTS WITH LUMBO-SACRAL DISCOGENIC RADICULITIS

УДК 616.34-007.43-031:611.959

Препарат Кокарнит был использован нами при лечении 120 больных с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулитами. Длительность применения данного препарата составляла 14-21 дней. Полноценный клинический эффект после применения кокарнита наступал в течение 1-3 дней. Учитывая вышеуказанные преимущества Кокарнита, мы на основе собственного клинического опыта считаем это средство эффективным препаратом среди многочисленных метаболических лекарственных форм и рекомендуем широкое применение данного препарата в клинической неврологической и нейрохирургической практике.

Ключевые слова: кокарнит, дискогенный пояснично-крестцовый радикулит, болевой синдром, рефлекторно-тонический синдром, лечение.

Cocarnit has been used in management of 120 patients with lumbo-sacral discogenic radiculitis. Duration of the Cocarnit taking was 14-21 days. Complete clinical effect has been achieved in 1-3 days. According to own clinical experience and keeping in mind the advantages of Cocarnit, we advise to use this preparation broad in neurological and neurosurgical practice.

Key words: cocarnit, discogenic radiculitis, backache, reflectory-tonic syndrome, management.

Патогенетически обоснованная и целенаправленная терапия остеохондроза позвоночника с неврологическими проявлениями, проводимая с учетом стадии и характера патологического процесса, а также с использованием новых, более эффективных средств, позволяет улучшить результаты лечения и предотвратить возникновение обострений.

Причиной обострения болевого и мышечно-тонического синдромов у пациентов, по нашим данным, нередко являлась чрезмерная физическая нагрузка ($47 \pm 3,8\%$), реже - переохлаждение ($27,6 \pm 3,4\%$) и травма ($14,1 \pm 2,7\%$). В единичных случаях - резкое движение ($4,7 \pm 1,6\%$), сочетание физической нагрузки и переохлаждения ($2,9 \pm 1,3\%$).

Клинические синдромы компрессионных радикулопатий определялись согласно критериям, предусмотренным в современной классификации вертеброгенных (спондилогенных) заболеваний нервной системы [1,2,3,4]. Самую многочис-

ленную группу составили пациенты с корешковыми синдромами - ($80,6 \pm 3,0\%$). Клинические проявления при данной патологии предопределяются, прежде всего, топографией пораженного корешка, но, кроме того, существует целый комплекс симптомов, определяемых при любой локализации и стадии дегенеративного процесса.

Болевой синдром является основным проявлением заболевания и приоритетной причиной обращения к врачу. В нашей выборке болевой синдром различной интенсивности регистрировался на момент обращения у 100% больных. Боли такого же характера, как и на момент обращения в клинику, отмечались в анамнезе у $61,03 \pm 3,7\%$ пациентов.

Чаще отмечалась классическая клиническая картина: пациент испытывает острейшую боль в пояснице, которая возникает немедленно или через некоторое время, после воздействия иницирующего фактора. Если пациент из-за боли не может стоять, то он лежит с согнутой и приведенной коленом к животу больной ногой. Характер боли может быть разным: ноющим, ломящим, тянущим, жгучим. Обычно боли возникают в одной ноге, сравнительно редко - в обеих. Боль усиливается при движении, натуживании, подъеме тяжести, сидении в глубоком кресле, длительном пребывании в одной позе, кашле, чихании, надавливании на яремные вены, проведении пробы Вальсальва и ослабевает в покое. Кроме того, усиление боли происходит при выполнении следующих приемов: сгибании головы (из-за натяжения твердой оболочки мозга); сгибании, разгибании и ротации больной ноги (из-за натяжения корешка) [5,6,7].

Интенсивность болевого синдрома может быть различной: от более слабой интенсивности, которые существенно не отражаются на трудоспособности больного, до настолько резко выраженных, что малейшее движение приводит к возникновению боли, и пациент не в состоянии не только ходить, но даже переворачиваться в постели. Интенсивные боли чаще наблюдаются в начальном периоде заболевания. Однако у некоторых пациентов они могут отмечаться и более длительное время [8,9,10].

Дифференцированная терапия неврологических проявлений грыж поясничных межпозвон-

ковых дисков, проводимая с учетом стадии и характера патологического процесса, позволяет повысить эффективность лечения и предотвратить возникновение обострений. Этиотропное лечение остеохондроза позвоночника пока ещё не разработано, поэтому ведущая роль отводится методам патогенетической терапии, которая должна быть комплексной, поэтапной, с сочетанием медикаментозных и физиотерапевтических методов. В динамике течение заболевания, продолжительность патогенетической ситуации и порожденные ими клинические синдромы изменяются и требуют умелого маневрирования лечебным процессом.

В условиях нашей клиники нейрохирурги, использовали различные способы консервативного лечения. Подбор методов лечения проводился на основной стадии процесса, его выраженности, локализации, интенсивности болевого синдрома, наличии вертеброгенных нарушений и индивидуальных особенностей.

Одно из первых мест в лекарственной терапии вертеброгенных и миофасциальных болевых синдромов занимают медикаментозные средства. В последние годы их арсенал пополнился значительным числом новых лекарственных форм и к настоящему времени включает более 100 наименований. При таком количестве препаратов важно решить вопрос о рациональном выборе средства и способа его применения. Лекарственные средства должны быть включены в комплексное лечение как можно раньше - в 1-2-сутки от начала заболевания.

Разработки новейших лекарственных средств, применяемых в терапии болевых синдромов остеохондроза поясничного отдела позвоночника, ведутся в направлении соответствия их следующим требованиям: во-первых, препарат должен обладать мощным противовоспалительным, противоотечным и обезболивающим эффектом; во-вторых, диспептическое, ulcerогенное, гипокоагуляционное, астматическое, аллергическое и другие побочные действия должны быть сведены к минимуму; в-третьих, препарат должен быть быстродействующим.

Применение нового препарата "Кокарнит" компании "World Medicine" - для лечения болевых синдромов при остеохондрозе позвоночника, при послеоперационном ведении больных с грыжами межпозвоночных дисков, а также синдрома неудачных операций (FBSS) показало высокую эффективность данного лекарственного средства и соответствия его требованиям клиницистов.

В составе "Кокарнита", имеется рационально подобранный комплекс метаболитических веществ и витаминов, которые оказывают благоприятное воздействие на воспалительные и дегенеративные

заболевания нервов и двигательного аппарата. Они применялись нами не для устранения дефицитных состояний, а в высоких дозах для анальгетического воздействия, способствуя усилению кровотока и нормализуя работу нервной системы. В клинической практике "Кокарнит" применяется в качестве лекарственного средства для симптоматической терапии различных заболеваний нервной системы: невриты, невралгии, полинейропатии - диабетическая, алкогольная и др. миалгии, корешковые синдромы, ретробульбарные невриты, опоясывающий герпес, парезы лицевого нерва, а также при системных неврологических заболеваниях, обусловленных доказанным дефицитом витаминов.

Кокарнит был использован нами при комплексном лечении болевого и мышечно-тонического синдромов у 120 больных с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулитами в дозе 2,0 мл в сутки внутримышечно. Длительность применения данного препарата составляла 14-21 дней. Следует отметить, что полноценный клинический эффект после приема "Кокарнита" наступал в течение 1-3 суток и длился продолжительное время. Побочных действий при приеме "Кокарнита" у наших пациентов мы не отмечали. Регресс болевого и рефлекторно-тонического синдрома у пациентов с болевым синдромом в большинстве наблюдений отмечался на 3-и сутки, а у остальных - на 5-7-е сутки после применения данного препарата.

Учитывая вышеуказанные преимущества "Кокарнита", проверенные собственным клиническим опытом, мы считаем это средство препаратом выбора среди многочисленных лекарственных форм при комплексном лечении болевого и мышечно-тонического синдромов у больных с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулитами и рекомендуем широкое применение данного препарата в клинической неврологической и нейрохирургической практике.

Литература:

1. Алдабергенова А.Б. Клинико-лучевая диагностика поясничного остеохондроза и оценка эффективности дифференцированных методов лечения компрессионных радикулопатий: Дис... канд. мед. наук: 14.00.13 / ЗКГМА. - Актобе, 2004.-104 с., табл.
2. Гельфенбейн М.С. Международный конгресс, посвященный лечению хронического болевого синдрома после операций на поясничном отделе позвоночника "Pain management '98" (Failed back surgery syndrome) // Нейрохирургия, 2000. - № 1-2.- С. 65.
3. Долгий А.С., Бодраков Н.К. Опыт хирургического лечения больных с грыжами пояснично-крестцового отдела позвоночника в клинике нейрохирургии // Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии. - Ростов н/Д., 1999. - С. 145.

4. Мамытов М.М., Эстемесов К.Э. Пути уменьшения экономических потерь и оценка результатов хирургического лечения больших грыжей поясничных межпозвонковых дисков // *Здравоохранение Кыргызстана*. - 1992, № 2.- С. 48.
5. Ырысов К.Б. Особенности нейрохирургического лечения осложненных форм грыж поясничных межпозвонковых дисков: Автореф. дис...канд. мед. наук: 14.00.27, 14.00.28. - Бишкек, 2000. - 25 с.
6. Эстемесов К.Э. Эффективность хирургического лечения грыжи поясничных межпозвонковых дисков в зависимости от доступа и способов их удаления. // Дис. ... канд. мед. наук.- Бишкек, 1995.-178 с.
7. Bernard J.N. Jr. Repeat lumbar spine surgery. Factors influencing outcome // *Spine*. - 1999. - Vol.18, N 5. - P. 2196-2200.
8. Hidalgo-Ovejero A.M., Garcia-Mata S., Sanchez-Villares J.J., Lasanta P., Izco-Cabezón T., Martínez-Grande M. L5 root compression resulting from an L2-L3 disc herniation. *Am J Orthop*. 2003. Aug; 32(8) : 392-4.
9. Jonsson B., Stromqvist B. Repeat decompression of lumbar nerve roots. A prospective two-year evaluation // *Journal of Bone and Joint Surgery*. - British volume. - 1998. - Vol. 75, N.6.- P. 894-897.
10. Walker S., Cousins M.J. Failed Back Surgery Syndrome // *Australian Family Physician*.-2001.-Vol. 23, N 12. - P. 2308-2314.
11. Автор: Ырысов Кенешбек Бакирбаевич, доктор медицинских наук, врач-нейрохирург, профессор кафедры нейрохирургии Кыргызской Государственной Медицинской Академии. Рабочий телефон: +(312) 46-67-44, сотовый телефон: 0555 73-59-40, e-mail: keneshbek@yahoo.com.