

Оценка неврологического статуса показала, что полный регресс двигательных расстройств не произошел ни у одного пациента, у 14 (58%) – был незначительным, в 10 случаях (42%) пациентов – значительный положительный результат Болевой синдром значительно регрессировал у 66% пациентов при выписке, незначительно у 31%, не отмечено динамики у 3% пациентов. Тазовые нарушения остались без изменений.

Выводы:

1. Транспедикулярная фиксация в лечении метастазов в позвоночник является безопасным и выполнимым методом лечения.
2. Данный метод стабилизации целесообразнее применять пациентам с более благоприятным прогнозом с неврологической точки зрения. Пациентам находящимся длительное время без двигательной функции целесообразнее произвести операцию в минимальном объеме – заднюю декомпрессию, без стабилизации.
3. При правильной установки транспедикулярных винтов послеоперационные осложнения не регистрируются.

БОЛЬ В СПИНЕ И «ВОЗРАСТНЫЕ» ИЗМЕНЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА

Широков В.А., Салеев Р.А.

ФБУН «Екатеринбургский медицинский научный центр профилактики и охраны здоровья рабочих промпредприятий», г. Екатеринбург
Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Популяционные исследования, проведенные сотрудниками НИИ ревматологии РАМН, свидетельствуют о том, что остеопороз имеют 33,8% женщин и 26,9% мужчин старше 50 лет. Еще у 43,3% женщин и 44,1% мужчин определяются признаки остеопении. Таким образом, можно подсчитать, что остеопорозом в России страдает 14 млн. чел. (10% населения страны), еще у 20 млн. есть

остеопения. Это означает, что 34 млн. жителей страны имеют реальный риск остеопоротических переломов.

Помимо острых травматических осложнений остеопороз снижает качество жизни из-за развития хронического болевого синдрома наряду с другими дегенеративными заболеваниями позвоночника (межпозвонкового диска, спондилоартроза). Отмечается, что остеопороз является одной из основных причин болей в позвоночнике у пожилых людей, при этом боль обнаруживается у 62% женщин, которые болеют остеопорозом. Однако остеопороз (чаще вторичный) и различные дегенеративные заболевания межпозвонкового диска и позвоночника также встречаются и в молодом возрасте.

Следует отметить, что в последние годы в связи с увеличением числа денситометров ситуация в России по раннему выявлению остеопороза улучшается. Нейровизуализационные данные при других дегенеративных изменениях (спондилозе, спондилоартрозе, заболеваниях межпозвонкового диска) также могут быть случайной рентгенологической находкой и не проявляться клинически. Объединяет эти заболевания часто наблюдаемое несоответствие между рентгенологически выявленным анатомическим нарушением, с одной стороны, и симптоматикой – с другой. Структурные и функциональные нарушения позвоночного двигательного сегмента не всегда возникают одновременно, и морфологические дегенеративные изменения вызывают развитие клинических симптомов не у всех пациентов. Это относится и к другим заболеваниям, например, сколиоз и юношеский кифоз, анкилозирующий спондилоартрит, которые также часто протекают бессимптомно. Появление симптоматики определяется, главным образом, *временем*, в течение которого развивается структурная деформация двигательного сегмента. Принципиальное отличие врачебной тактики в данном случае заключается в том, что «случайно» выявленные дегенеративные изменения позвоночника не требуют лечения, но выявленная остеопения или остеопороз являются показанием для проведения патогенетической терапии.

Естественное течение дегенеративных изменений в позвоночно-двигательном сегменте, в том числе, в межпозвонковом диске заключается в неуклонном их прогрессировании, начиная примерно с возраста 20 лет и продолжаясь до 50-60 лет. К этому времени дегенерация диска почти достигает финальной стадии, поэтому выявленные изменения на обычных рентгенограммах в виде снижения высоты диска и формирования остеофитов (остеохондроз, спондилез) являются естественными спутниками старения и не считаются патологическими. Дегенеративные изменения межпозвонковых дисков обнаруживаются и в ходе аутопсии как норма, особенно в нижних шейных и нижних поясничных сегментах. Таким образом, о заболевании, связанном с дегенеративными изменениями, уместно говорить лишь при наличии функциональных нарушений или боли

Комфортная ригидность стареющего позвоночника в пожилом возрасте может, однако, быть все же нарушенной при случайной травме или неправильном поведении (например, длительной работе в наклон в саду), а также при использовании мануальной терапии или неправильно подобранных комплексах физических упражнений.

Кроме того, двойные слепые, плацебоконтролируемые исследования наглядно продемонстрировали возможность спонтанного выздоровления при заболеваниях межпозвонкового диска. Есть слишком много случаев, когда пациентам с болью в спине было бы лучше вообще не приходиться к врачу, особенно хирургу.

С возрастом происходит кальцификация связок, приводящая к перекрытию межпозвонкового пространства, что способствует еще большей фиксации двигательного сегмента. Патологоанатомические изменения на этой стадии могут быть весьма существенными, но, поскольку их результирующим эффектом является частичная стабилизация, у пациента, как правило, не бывает выраженной симптоматики. Речь идет о так называемой «комфортабельной ригидности стареющего позвоночника».

После 60 лет спондилогенные симптомы вызываются чаще не патологией дисков как таковых, а вторичными дегенеративными изменениями в виде спондилоартроза и дегенеративного стеноза позвоночного канала с хроническим синдромом раздражения корешков в связи с латеральной компрессией нервных корешков костью, что проявляется спинальной (псевдоперемежающейся) хромотой.

Ноцицептивный характер острого болевого синдрома при переломе обусловлен местным высвобождением цитокинов, гистамина и брадикинина. Поэтому в лечении острого болевого синдрома используются ненаркотические анальгетики, к которым относятся парацетамол и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Учитывая рекомендации EFIC принимать эти препараты нужно лишь короткое время, поскольку существует опасность их вредного действия на слизистую желудка (язвенные поражения), почки (почечная недостаточность), печень (гепатотоксичность) и костный мозг (апластическая анемия). У пожилых больных передозировка этих препаратов может усугубить состояние ввиду ухудшения деятельности сердечно-сосудистой системы. Сказанное относится к первому поколению НПВП, поэтому предпочтение отдается ингибиторам ЦОГ-2, которые практически не дают таких эффектов.

В некоторых случаях может возникать вопрос о переходе только на опиаты при которых не наблюдаются побочные эффекты, свойственные для НПВП. Но использовать опиоиды надо осторожно, потому что они могут увеличивать риск потери равновесия и падений, являясь, таким образом, причиной возникновения переломов. В данном контексте хочется предостеречь от использования миорелаксантов и *препаратов схожего механизма действия*, способствующих падениям и травматизации как из-за понижения мышечного тонуса центрального характера, так и отрицательного влияния на повышенный тонус паравертебральных мышц, носящий в данном случае защитный характер.

В острой стадии рекомендуется соблюдать постельный режим, для облегчения боли можно использовать локальное втирание гелей, содержащих

НПВП, а также пластыри, содержащие местные анестетики. Некоторым пациентам необходимы специальные ортопедические приспособления – ортезы.

Следует особо отметить роль физических упражнений. С того момента, как боли становятся более-менее терпимыми, надо направить усилия на активизацию больного и укрепление его мышечной системы. Это достигается с помощью физиотерапии, специальных упражнений и других упомянутых выше вспомогательных мер. Активные тренировки, укрепляющие кости, связки и мышцы, способствуют уменьшению болевых ощущений. У каждого больного должна быть индивидуальная программа, разработанная его лечащим врачом при помощи физиотерапевта. Плавание в холодной или теплой воде – почти идеальный метод снижения нагрузки на позвоночный столб и одновременного укрепления мышц. По мере уменьшения болей и укрепления костно-мышечной системы можно подключать новые физические упражнения. Больной должен выполнять упражнения регулярно, и они должны соответствовать его возрасту, общему состоянию и индивидуальным особенностям. Сначала все происходит под наблюдением специалиста, а затем обученный пациент регулярно выполняет упражнения сам, находясь дома. Главная цель – укрепление мышц спины, особенно нижнегрудного и поясничного отделов. Следует соблюдать особую осторожность при выполнении упражнений, при которых происходит сгибание в поясничном отделе позвоночника и при которых увеличивается выраженность кифоза грудного отдела.