

Вячеслав Хейфиц

Нейрохирургия без скальпеля

Вячеслав Хейфиц

Нейрохирургия без скальпеля

«Издательские решения»

Хейфиц В. Г.

Нейрохирургия без скальпеля / В. Г. Хейфиц — «Издательские решения»,

ISBN 978-5-44-981618-4

В брошюре изложены аспекты одного из перспективных консервативных методов лечения при заболеваниях периферической нервной системы, при наличии грыж межпозвонковых дисков — фармакопунктуры.

ISBN 978-5-44-981618-4

© Хейфиц В. Г.
© Издательские решения

Содержание

ОГЛАВЛЕНИЕ	6
ВВЕДЕНИЕ	7
Конец ознакомительного фрагмента.	14

Нейрохирургия без скальпеля

Вячеслав Григорьевич Хейфиц

© Вячеслав Григорьевич Хейфиц, 2020

ISBN 978-5-4498-1618-4

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Применение фармакопунктуры в медицинской реабилитации больных дорсопатиями

(Нейрохирургия без скальпеля)

**Москва
2020**

В брошюре изложены аспекты одного из перспективных консервативных методов лечения при заболеваниях периферической нервной системы, при наличии грыж межпозвонковых дисков – фармакопунктуры.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение

Неврологические проявления остеохондроза позвоночника – проблема глобального уровня

Грыжи межпозвонковых дисков (пояснично-крестцовый отдел позвоночника) как наиболее тяжелая форма остеохондроза позвоночника

Хирургические методы при дорсопатиях с наличием грыж межпозвонковых дисков

Синдром неудачно прооперированного позвоночника» (failed back surgery syndrome)

Медицинская реабилитация как важнейшая составляющая

Преимущества методов рефлексологии при медицинской реабилитации

Фармакопунктура как один из наиболее эффективных и безопасных методов рефлексотерапии в медицинской реабилитации

Заключение

Литературный обзор

ВВЕДЕНИЕ

Проблема реабилитации, в том числе нейрореабилитации лиц с нарушениями функции периферической нервной системы имеет важное государственное значение, так как ее результатом является возможность возвращения к полноценной жизни лиц со значительными физическими недостатками. Социальная значимость проблемы крайне велика – поражение людей наиболее трудоспособного возраста, а по числу дней нетрудоспособности боли в спине следуют за «лидирующими» острыми вирусными инфекциями (в первую очередь – грипп) и травмами. Общеизвестно, что вертеброгенные нарушения способствуют резкому снижению работоспособности, нарушению социальной адаптации, а в 14% случаев приводят к инвалидизации и преждевременному уходу из активной жизни лиц трудоспособного возраста, причиняя огромный материальный ущерб обществу.

Проблема эпидемиологии, своевременной и адекватной диагностики неврологических осложнений остеохондроза, в первую очередь – пояснично-крестцового отдела, а также дифференцированного лечения и реабилитации пациентов с данной патологией, является одной из стратегических задач современной неврологии, нейрохирургии, нейротравматологии, реабилитологии.

Больные дорсопатиями, имеющими неврологический дефицит и, в большинстве случаев, затянувшийся болевой синдром являются полностью не решенной проблемой нейрореабилитации. Особое место занимает реабилитация больных, имеющих в наличии грыжи межпозвоночных дисков, с осложнениями в виде стеноза позвоночного канала, нарушения ликвородинамики, радикулопатии, при этом – высокая степень риска

миелоишемии, острого нарушения спинального кровообращения. Заболевания эти часто приводят к инвалидизации.

Обращают на себя внимание результаты исследований коллег по данным литературы.

Хотелось бы обратить внимание на результаты исследований коллег из Нижнего Новгорода, Новосибирска и Саратова.

– ... «проведено исследование распространенности вертеброневрологической патологии среди жителей крупного промышленного центра и изучение медико-статистической характеристики данного контингента больных. Материалом послужили данные 3-х летней (год) обрабатываемости 1953 жителей от 18 до 75 лет в районную поликлинику.

Установлено, что общий уровень распространенности заболеваний нервной системы среди городского населения составляет, по данным обрабатываемости, 90,6 на 1000. Более 60% лиц, находящихся на учете у невролога, обращались в течение 3-х лет по поводу болей в спине и конечностях, которые, как правило расценивались врачом как обусловленные «остеохондрозом позвоночника». Рефлекторные и компрессионные вертеброгенные синдромы пояснично-крестцового уровня были диагностированы у 23,7%, а синдромы шейного и грудного уровней – у 40,1% всех диспансеризуемых неврологом больных.

Анализ возрастно-половых особенностей выявил существенную долю пенсионеров (36%) среди пациентов с болями в спине; в группе пациентов с алгическими синдромами шейно-грудной локализации отмечалось значительное преобладание женщин.

Характерно что, как правило, пациенты имели и другие хронические соматические заболевания, среди которых наиболее часто встречались болезни сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения.

Таким образом, удельный вес вертеброневрологической патологии среди всех заболеваний нервной системы у городских жителей достаточно выражен, весьма представительна и распространенность вертеброгенных болевых синдромов среди городского населения (57.8 на 1000 населения). Полученные данные выявляют неоправданно широкое использование неврологами поликлиник термина «остеохондроз позвоночника» при диагностике болей в спине, при этом, по-видимому недоучитываются такие причины, как гормональная спондилопатия, отраженные висцеральные боли и др.»

(М. С. Голод, В. Н. Григорьева, А. В. Густов, И. А. Камаев; Нижний Новгород, 1997) [2].

2. ... «анализ распространенности хронических болевых синдромов (ХБС) среди взрослого населения г. Саратова, по материалам 10-и районных поликлиник (420411 человек). В течение года к неврологу обратилось 20319 человек (4.8%), причем 10715 – конкретно в связи с упорным ХБС. Чаще всего это были ХБС при поясничном (65.1%), шейном (14.4%), и грудном (10.4%) остеохондрозе. Еще в 6.1% случаев речь шла о распространенном остеохондрозе, либо заболевании позвоночника без указания характера и локализации процесса; церебральном, в основном посттравматическом, арахноидите (1.9%); тригеминальной невралгии или неуточненных лицевых болях (2.1%). Иными словами лица, обращавшиеся к неврологу по поводу боли, составили 2.5% взрослого населения и, большинство из них (52.5%) страдали хроническими болями.

Отмечены значительные колебания частоты различных ХБС по разным поликлиникам (например, при поясничном остеохондрозе – от 22.7% до 40.2% от общего числа неврологических больных на приеме.

Значительная распространенность ХБС требует учета при планировании и организации специализированной помощи населению. Целесообразно создание региональных противоболевых центров, способных решать крупные лечебные, научные, методические и учебные задачи.»

(Л. Я. Лившиц, Ю. Я. Лабзин, В. В. Усин, А. В. Никаноров; Саратов, 1997).

– ... «распространение болевых синдромов составило 85.3% с достоверным преобладанием женщин.

По локализации: головные боли – 56.9%, боли в спине – 54.4%, суставные – 46%, боли в области шеи – 42.2%, зубные боли – 38.8%, боли в груди – 38.6%, лицевые боли – 15.1%. Менструальные боли у женщин в возрасте до 55 лет – 34.3%. ... Частота болевых синдромов за исключением менструальных и зубных болей увеличивается с возрастом.

В возрастной группе от 18 до 24 лет преобладают боли в спине и менструальные боли, в возрасте старше 45 лет – головные боли и боли в спине.

По поводу болей предпочитают не обращаться за медицинской помощью 44.1% опрошенных.

Закключение: Значительное распространение болей у населения г. Новосибирска связано с неблагоприятными личностными ситуациями, неудовлетворительными социально – экономическими условиями жизни, а также недостатками в оказании таким пациентам адекватной медицинской помощи. Имеются обоснованные предпосылки для организации междисциплинарной медицинской алыготерапевтической службы.

(С. С. Павленко, А. П. Иерусалимский, Т. И. Астахова, И. В. Фрицлер, Н. А. Позднякова; Новосибирск, 1997).

Боли в области спины (преимущественно в пояснично – крестцовом отделе позвоночника) периодически испытывают до 80% населения. Характерна тенденция к росту верте-

брогенной патологии. При этом преимущественно страдают люди наиболее трудоспособного возраста – от 20 до 60 лет. Не смотря на большое количество работ, посвященных данной патологии, определенные вопросы лечения и медицинской реабилитации остаются нерешенными. Недостаточная эффективность, побочные действия, противопоказания, нестойкий эффект применяемых на сегодняшний день методов терапии вертеброгенной патологии не всегда позволяют достичь желаемых результатов.

Все большую актуальность приобретает включение методик восстановительной медицины, в частности различные виды рефлексотерапии, в том числе фармакопунктура.

Больные дорсопатиями, имеющие неврологический дефицит и, в абсолютном большинстве случаев, затянувшийся болевой синдром являются полностью не решенной проблемой нейрореабилитации.

Особое место занимает реабилитация больных, имеющих в наличии грыжи межпозвоночных дисков, с осложнениями в виде стеноза позвоночного канала, нарушения ликвородинамики, радикулопатии, при этом – высокая степень риска миелоишемии, острого нарушения спинального кровообращения. Заболевания эти чаще всего приводят к инвалидизации лиц в расцвете творческих сил.

Программа Всемирной Организации Здравоохранения, определяющая генеральные направления развития традиционной медицины, рекомендует проводить расширение комплексных исследований, направленных на научное обоснование ее методов, рационального и безопасного применения. Поиски новых методик реабилитации больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника, сопровождающимися стойкими болевыми синдромами, нарушением функций периферических нервов, депрессией, дезадаптацией ведутся во всем мире.

Из общего числа страдающих поясничным остеохондрозом до 10% больных становятся инвалидами, причем среди оперированных пациентов общий уровень инвалидности достигает 70,3% (Юмашев Г. С., Фурман М. Е., 1984; Романенков В. М., Самошенко А. Г., 2002) [3]. Поясничный остеохондроз в структуре первичной инвалидности при заболеваниях нервной системы занимает 3-е место (Гришина Л. П. с соавт., 1995; Косичкин М. М. с соавт., 1996 – 2001; Кохненко Л. В., Финогенов П. Б., 2000) [4]. Однако в настоящее время официальной статистики об общем контингенте инвалидов вследствие этого заболевания не существует, что затрудняет планирование адекватных, мероприятий по профилактике, лечению и реабилитации.

Фиксируются боли в области поясницы; по данным ВОЗ, у более чем 4% населения Земли, которые страдают различными заболеваниями суставов и позвоночника. Более чем в 30% случаев временной нетрудоспособности и 10% инвалидизации больных связаны с ревматическими заболеваниями.

В течение жизни боли в спине возникают у 70—90% населения и ежегодно отмечаются у 15—25%. В РФ число больных с болями в спине за 10 лет выросло с 7,7 до 11,2 миллионов, т.е. более чем на 40%.

Болезни костно-мышечной системы занимают третье место в структуре общей заболеваемости взрослого населения г. Москвы— 9,3% в 2005 году, (9,0% – в 2004 г).

В 2006 году число новых зарегистрированных случаев среди болезней костно-мышечной системы увеличилось на 4%, преимущественно за счет заболеваний опорно-двигательного аппарата дегенеративного характера.

В США ежегодно боль в спине является причиной более 14 миллионов обращений к врачу, более 100 миллионов потерянных рабочих дней и 30 – 60 миллиардов долларов связанных с этим затрат на диагностику, лечение и реабилитацию.

По данным зарубежных исследователей боли в спине занимают первое место в структуре ревматических заболеваний у взрослых. Пациенты с повторными эпизодами БС рециди-

вирующего и хронического характера лишаются трудоспособности на более длительное время, а затраты на их лечение возрастают в несколько раз.

Боль в спине острого характера имеет продолжительность до 6 недель, при хроническом течении – свыше 6 недель. В течение жизни дорсопатии диагностируются у 65—90% взрослого населения. Пик заболеваемости дорсопатиями приходится на трудоспособный возраст и у 30% больных имеет хронический характер с неблагоприятным для выздоровления прогнозом, что создает особую социально – экономическую значимость проблемы. Боль в спине является второй по частоте причиной обращения к врачу после респираторных заболеваний и третьей по частоте причиной госпитализации (Вознесенская Т. Г., 2001) [5]. Наиболее часто наблюдаются поясничные боли, которые на протяжении жизни возникают почти у каждого человека и являются одной из главных причин временной и стойкой утраты трудоспособности в наиболее активном творческом возрасте (Голод М. С. с соавт., 1997; Павленко С. С. соавт., 1997; Чертков А. Л., 2002 и др.). [1, 5]

Неврологические проявления остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника – наиболее распространенные среди хронических заболеваний человека. Доля этой патологии до 60 – 70% всех поражений периферической нервной системы (Юмашев Г. А., Фурман М. Е., 1984; М.Е., Шустин В. А., Панюшкин А. И., 1985; Антонов И. П., 1987, Алтунбаев Р. А., 1993; Крылов В. В. и др., 2001; Холодов С. А., Францева Н. Ю., 2002; Andersson et al., 1983, Bonica Y., 1991, Blank J., 1995).

Под термином «дорсопатии» подразумеваются болевые синдромы в области туловища и конечностей невисцеральной этиологии и связанные с дегенеративными заболеваниями позвоночника.

В МКБ10 дегенеративные заболевания позвоночника включены в класс «болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00—M99)», при этом выделены: «артропатии (M00—M25); системные поражения соединительной ткани (M30—M36); дорсопатии (M40—M54); болезни мягких тканей (M60—M79); остеопатии и хондропатии (M80—M94); другие нарушения мышечной системы и соединительной ткани (M95—M99)».

Остеохондрозом была названа дегенерация межпозвонкового диска (Berlin: G. Reimer, 1858), в то время как Я. Ю. Попелянский дал этому термину расширительное толкование и распространил его на весь класс дегенеративных поражений позвоночника.

В 1981 г. в нашей стране была принята предложенная И. П. Антоновым классификация болезней периферической нервной системы, в которую был включен «остеохондроз позвоночника». В ней имеются два положения, принципиально противоречащие международной классификации:

1) болезни периферической нервной системы и болезни костно-мышечной системы, к которым относятся дегенеративные заболевания позвоночника, являются самостоятельными и различными классами заболеваний;

2) термин «остеохондроз» применим только к дегенерации диска, и им неправомерно называть весь спектр дегенеративных заболеваний позвоночника.

Дорсопатии в МКБ10 разделяются на деформирующие дорсопатии, спондилопатии, другие дорсопатии (дегенерации межпозвонковых дисков, симпаталгические синдромы) и дорсалгии.

В 1999 г. в нашей стране в законодательном порядке была рекомендована Международная классификация болезней и причин, с ними связанных, X пересмотра (МКБ10).

с конца XIX века боль в поясничной области и в нижней конечности рассматривалась в связи с воспалительным заболеванием седалищного нерва, позже появился термин «радикулит», который связывали с воспалением спинномозговых корешков.

В 60-х годах XX века Я. Ю. Попелянский, основываясь на работах немецких морфологов Х. Люшка и К. Шморля, ввел в отечественную литературу термин «остеохондроз позвоночника».

Дорсопатии характеризуются хроническим течением и периодическими обострениями заболевания, при которых ведущими являются различные болевые синдромы. В дегенеративный процесс могут вовлекаться различные структуры позвоночно-двигательных сегментов: межпозвонковый диск, дугоотростчатые суставы, связки и мышцы. В случаях сопутствующего поражения спинномозговых корешков или спинного мозга могут быть очаговые неврологические синдромы. Основанием для постановки диагноза дорсопатии должны быть данные клинического обследования и лучевой диагностики (спондилография, рентгеновская компьютерная томография или магнитно-резонансная томография позвоночника). [6, 25]

Структура позвоночника уникальна – она обеспечивает защиту спинного мозга, сопутствующих сосудов и внутренних органов, позволяет осуществлять контролируемые движения спины, шеи и конечностей.

В общей структуре заболеваний периферической нервной системы пояснично-крестцовый радикулит составляет более 80% от числа заболевших и до 90% по количеству дней нетрудоспособности (Антонов И. П., Шанько Г. Г., 1989). По данным В.С. Лобзина (1990), в 86% наблюдений пояснично-крестцовые боли обусловлены дискрадикулярным конфликтом. [9, 10]

Среди вертеброгенных синдромов поражения пояснично – крестцового отдела позвоночника составляют до 82%. Грыжи межпозвонковых дисков – наиболее тяжелая форма поясничного остеохондроза. Дискогенные заболевания поясничного отдела позвоночника выявляются у 38 – 44% населения. [7, 8, 17, 26, 28]

Следует различать такие понятия, как пролапс межпозвонкового диска \МПД\ (или выпадение) и протрузия диска (выбухание). Грыжа (пролапс) – это именно выпадение элементов пульпозного ядра через разрыв фиброзного кольца.

Протрузия диска (скользящее выпадение, или «жесткий диск» по терминологии врачей и исследователей из США) – это процесс, при котором фиброзное кольцо еще полностью не разрушено, а компрессия/раздражение корешков носит интермиттирующий характер в зависимости от степени выбухания диска при различных положениях тела.

Механизм образования. Подъем тяжестей, неоптимальные физические нагрузки, нарушение кровообращения, в первую очередь – венозный дефицит, сколиоз, хронический стресс и другие причины приводят к появлению дегенеративных изменений в фиброзном кольце. В нем появляются трещины, которые в последующем, при резком повышении внутридискового давления, переходят в разрывы с протрузией/пролапсом студенистого ядра. Чаще всего грыжи выпадают в дорсальном или дорсолатеральном направлении. Мощная задняя продольная связка часто сдерживает студенистое ядро или отклоняет его вниз, вверх или латерально. У молодых пациентов острая грыжа МПД может быть следствием разрыва неизмененного фиброзного кольца при непрямой травме. Реже происходит массивное дорсальное (или медиальное) выпадение пульпозного ядра в просвет позвоночного канала с разрывом задней продольной связки и сдавлением дурального мешка с корешками конского хвоста. В результате развивается синдром конского хвоста с тяжелыми нарушениями функции тазовых органов, требующий экстренного оперативного вмешательства. Так называемая грыжа Шморля представляет собой проникновение элементов пульпозного ядра через хрящевую пластинку в губчатое вещество кости позвонка.

Грыжи МПД чаще наблюдаются в возрасте старше 35-и лет, когда пульпозное ядро еще упругое, в то время как у пожилых пациентов из-за фиброза студенистого ядра частота выпадений грыж снижается. После 60 лет случаи грыж МПД менее значимы. До 25 лет грыжи МПД также встречаются редко.

Стадии формирования грыж межпозвонковых дисков по Decolux A.P. (1984):

выступающий диск – выбухание межпозвонкового диска, потерявшего эластичные свойства в позвоночный канал

- не выпавший диск – массы диска находятся межпозвонковом пространстве и компрессируют содержимое позвоночного канала через неповрежденную заднюю продольную связку

- выпавший диск – чаще выявляется при острой или травматической грыже; частичное выпадение масс межпозвонкового диска в позвоночный канал сопровождающее разрыв задней продольной связки; непосредственное сдавление спинного мозга и корешков

- свободный секвестрированный диск – диск свободно лежащий в полости позвоночного канала (в острых случаях или в результате травмы может сопровождаться разрывом мозговой оболочки и интрадуральным расположением грыжевых масс).

Наиболее часто в пояснично-крестцовом отделе позвоночника грыжи возникают в межпозвонковых дисках на уровне L5-S1 (48% от общего числа грыж на пояснично-крестцовом уровне) и на уровне L4-L5 (46%). Реже они локализуются на уровне на уровне L3-L4 (5%) и наиболее редко на уровне L2-L3 (менее 1%).

Анатомическая классификация дисковых грыж:

- простая дисковая грыжа, при которой задняя продольная связка оказывается разорванной, и больший или меньший участок диска, а также студенистого ядра выпячиваются в спинномозговой канал; может быть в двух формах:

- свободная дисковая грыжа вследствие «взлома»: содержимое диска проходит через заднюю продольную связку, но еще остается частично прикрепленным к участкам еще невыпавшего межпозвонкового диска или же к соответствующей позвоночной плоскости;

- блуждающая грыжа – не имеет ни какой связи с межпозвонковым пространством и свободно передвигается в спинномозговом канале;

- перемежающаяся дисковая грыжа – возникает от необычно сильной механической нагрузки или же при сильном сдавлении, оказываемом на позвоночник, с последующим его возвращением в начальное положение после устранения нагрузки, хотя пульпозное ядро может оставаться окончательно вывихнутым.

Топографическая классификация дисковой грыжи:

- внутриспинальная дисковая грыжа – полностью расположена в позвоночном канале и исходящая из срединного участка диска, эта грыжа может находиться в трех положениях:

- в дорсально-срединном (группа I по Стукее) вызывает компрессию спинного мозга или конского хвоста;

- парамедиальная (группа II по Стукее) обуславливает одно- или двустороннюю компрессию спинного мозга;

- досально-латеральная (группа III по Стукее) сдавливает спинной мозг или внутриспинальные нервные корешки, или же боковую часть позвоночной пластинки с одной или обеих сторон; это самая частая форма, так как на этом уровне в диске есть слабая зона – задняя продольная связка сводится к нескольким волокнам, расположенным на боковых частях;

- дисковая грыжа, расположенная внутри межпозвонкового отверстия, исходит из наружного участка диска и сдавливает соответствующий корешок по направлению к суставному отростку;

- боковая грыжа диска исходит из наиболее латерально расположенной части диска и может вызывать различные симптомы, при условии расположения в нижней части шейного сегмента, сдавливая при этом позвоночную артерию и позвоночный нерв;

•вентральная дисковая грыжа, исходящая из вентрального края, не дает ни каких симптомов и поэтому не представляет никакого интереса.

По направлению выпадения секвестра грыжи подразделяются на («Справочник по вертеброневрологии» Кузнецов В. Ф. 2000):

- переднебоковые, которые располагаются за пределами передней полуокружности тел позвонков, отслаивают или прободают переднюю продольную связку, могут вызывать симпаталгический синдром при вовлечении в процесс паравертебральной симпатической цепочки;
- заднебоковые, которые прободают заднюю половину фиброзного кольца:
 - медианные грыжи – по средней линии;
 - парамедианные – вблизи от средней линии;
 - латеральные грыжи (фораминальные) – сбоку от средней линии (от задней продольной связки).

Дегенерация межпозвонкового диска визуализируется при магнитно-резонансной томографии (МРТ). Описаны стадии дегенерации диска (D. Schlenska и соавт.):

- M0 – норма; пульпозное ядро шаровидной или овоидной формы
- M1 – локальное (сегментарное) снижение степени свечения
- M2 – дегенерация диска; исчезновение свечения пульпозного ядра

Типы (стадии) поражения тел позвонков, сопряженные с дегенерацией межпозвонкового диска, по данным МРТ:

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.