УДК 616.71-018.3-002-08.

Б.Р. Нурмухамбетова, Т. Дүйсенбай, Ф. Аянқызы, А. Худайбергенова
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Жүйке аурулары кафедрасы нейрохирургия курсымен

ОСТЕОХОНДРОЗ КЕЗІНДЕГІ АУЫРУ СИНДРОМЫНЫҢ ЕМІ ЖӘНЕ ПРОФИЛАКТИКАСЫ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Остеохондроз – буынның шеміршектеріндегі дистрофиялық бұзылыстардың комплексі. Орналасыуны қарай мойындық, кеуделің және бел остеохондроздарына ажыратылады.Соңғы жылдары остеохондрозбен зардап шегетін адамдардың саны барған сайын өсуде. Медициналық сататистикаға сүйенсек, жердің дамыған елдері халқының жартысында кездеседі, ал кейбір индустриялық мемлекеттерде вертебро-неврологиялық аурулармен ауыратын науқастардың саны 80% - ға жетеді.
Түйінді сөздер: *остеохондроз, ауру синдромы, емі және профилактикасы*

«Остеохондроз» терминін немесе дәлірек айтқанда, osteochondritis dissecans 1888 ж. неміс хирургы König эпифизарлы шеміршектегі патологиялық өзгерістерді сипаттау үшін енгізген. Остеохондрит деп дәрігер жастардағы біріншілік артрит пен травмалы жарақаттармен байланысты емес буынның патологиясын тудыруға себеп болатын жағдайды айтқан. Осыған дейін ұқсас теорияны Monroe (1729), Laënnec (1817) и Broca (1854) қозғаған. Ғалымдар бұл патологияның негізінде травма, периартикулярлы синовиальді тіннің пролиферациясы және буынның шеміршек бөлігінің кенет некрозы себеп болады деп болжаған.Қабыну біріншілік зақымдануға тән ерекшелігі болмағандықтан «остеохондрит» термині қызу пікірталасатар тудырған. Нәтижесінде «остеохондрит» термині «остеохондроз» терминіне ауыстырылды.
Шет елдік әдебиетте остеохондроз «энхондральді сүйектенудің бұзылуымен сипатталатын идиопатиялық жағдай» деп сипатталған. R.S. Siffert сәйкес, берілген жағдай буын шеміршегінің өсуінің бұзылысымен, сүйек өсу аймағының зақымдалуымен, сіңірлер мен байламдардың дистрофиясымен сипатталатан түрлі ауруларды қамтиды: Легг–Кальве–Пертес ауруы (сан сүйектің проксимальді бөлігінің эпифизарлы некрозы), Келлер ауруы (табан сүйектерінің басы немесе қайықтәрізді сүйектің некрозы), Осгуд–Шлаттер ауруы (асықты жіліктің бұдырмағының остеохондропатиясы), Шейерман–Мау ауруы (омыртқа бағанының кеуде бөлігінің көршілес омыртқаларының некрозы), Фрейберг ауруы (екінші табан сүйектің эпифизарлы некрозы), Север ауруы (табан сүйектің апофизиті), сонымен қоса, иық сүйектерінің басының, сан сүйегі мен асық сүйектің айдаршықтарының остеохондриті. Осылайша, ағылшын әдебиетінде «остеохондрооз» термині балалардағы бір немесе бірнеше сүйектену орталықтарындағы дегенеративті процессін сипаттауда қолданса, біздің әдебиеттерде бұл ауруларға «остеохонропатия» терминін қолданады.
Остеохондроздың патологоанатомиялық белгілеріне буын шеміршегінің біріншілік дистрофиялық өзегрістері мен субхондральді сүйекте екіншілік дистрофиялық регенеративті өзгерістер жатады. Омыртқааралық дискінің фиброзды сақинасы қопсытылған, ал ортасында орналасқан пульпозды ядрооған енеді де, жарып өтіп, нәтижесінде диск жарығын түзеді. Буын шеміршегінің бұзылуының нәтижесінде буын саңылауы тарылып, бірігетін сүйектердің эпифиздерінің субхондральді склерозы, сүйек контуры тегіс емес, зигзаг тәрізді, олардың қырларында остеофиттер түзіледі, ұсақ субхондральді кисталар пайда болады. Остеохондроз жиі спондилезбен бірге жүреді – омыртқа бағанының алдыңғы бойлық байламының астында артық сүйектену , сонымен қатар, омыртқа бағанының басқа да дистрофиялық өзгерістерімен (остеоартроз, спондилодистрофия, тендиноздар, лигаментоздар және т.б.). Бұл өзгерістер жас ұлғайған сайын қозғалыс белсенділігі төмендеуі, семіру, транспортта вибрация, артық аксиальді жүктемелер, құлау және травмалар сияқты факторлар әсерінен пайда болады. Дұрыс емес дене қалпы және ұзақ уақыт ыңғайсыз күйде болу, гормональді бұзылыстар, генетикалық бейімділік маңызды роль атқарады. Темекі тартатын адамдарда омыртқааралық дисктер дегенерация процессі тез дамып және жиі арқалары ауырады. Өзгерістердің «жастық» сипатына қарамастан, бұл жағдайдың дебюті адам өмірінің үшінші онжылдығында басталады.
Омыртқааралық дисктер шеміршекті тіндерінің өзгерістері ауырсынудың тікелей себебі емес. Алайда, тез дамитын патологиялық жағдайлар, мысалы, омыртқаралық дисктер жарығы, бұлшық ет спазмдары, омыртқа бағаны байламының гипертрофиясы, ұсақ және ірі буындардағы дегенеративті өзгерістер ауыру синдромының толық бейнесін береді. Жиі бірнеше факторлардың қосылуы нәтижесінде аурудың пайда болуының негізгі себебін анықтау мүмкін емес.
Остеохондроздың рентгенологиялық көрінісі ауырсыну дәрежесімен тікелей байланысты емес. Дегенеративті-дистрофиялық өзгерістері бар он науқастың тек бірінде ғана белгі ретінде ауыру синдромы болады. Сондықтан, науқасты емдеу тактикасы тек рентгенологиялық көрсеткіштерге ғана негізделмей, аурудың клиникалық белгілеріне де мән берілуі қажет.
Остеохондроздың **клиникалық көріністері** кең ауқымды: арқадағы жайсыздық сезімінен жедел ауырсынуға дейін. Басым жүктеме түсетін төменгі бел және төменгі мойын сегменттері ең жиі зақымдалады. Остеохондроздың омыртқа-қозғалтқыш сегменттердің қызметі бұзылуымен тікелей байланысты вертебральді көріністерді және зақымдалған сегменттен патологиялық импульсация нәтижесінде пайда болатын экстравертебральді түрлерін ажыратады. Біріншісінежатады: омыртқаның конфигурациясының өзгерістері, яғни, лордоздың күшеюі немесе керісінше тегістелуі, кифоз, сколиоз және қозғалысының шектелуі, арқада жайсыздық және ауру сезімдері, паравертебральді бұлшық еттерді пальпациялау кезінде кернелу және ауырсынуы, , омыртқа буындарының функциональді блокадасы. Экстравертебральді көріністердің себебі - зақымдалған сегментпен иннервацияланатын склеротомалар, сонымен қоса, ауру сезімінің ішкі ағзаларға иррадияциясы (жүрек, өкпе, бауыр және т.б.).
Ауру ағымында бірнеше кезеңнен тұрады:

- **1-ші кезең** (омыртқааралық дисктер өзгерісінің бастапқы кезеңі) жергілікті айқын емес ауру және жайсыздықпен көрінеді. Науқастарды кенет қозғалыста және ауыр жүк көтергенде арқасы мен жамбасында тұйық ауру сезімі мазалайды, омыртқаның ұзақ физикалық жүктеме көтеру қабілеті төмендейді, тыныштық жағдайда ауру сезімі , әдетте, мазаламайды.
- **2-ші кезең** (омыртқалар аралығының кішіреюі, фиброзды сақинаның бұзылуы, нерв ұштарының қысылуы мүмкін) кенет ауру сезімінің пайда болуымен, ираддиациясымен және мәжбүрлі қалыпта, мысалы белде жедел ауырсыну, санның жоғарғы бетіне, жамбасқа және балтырға, науқас денесін сау жаққа қарай қисайған.
- **3-ші кезең** (фиброзды сақиналардың бұзылуы және омыртқаараралық жарығы) омыртқа бағанының елеулі деформациясы, зақымдалған бөліктердің тұрақты деформациясы, мойын және белдің физиологиялық иілуінің төмендеуі, сонымен қатар, жұлынның түбіршектерінің қысылуы немесе тітіркенуі салдарынан сезімталдық пен қозғалыс бұзылыстары, ауырсыну интенсивті және тұрақты сипатта.
- **4-ші кезең** омыртқа бағанының айқын деформациясымен сипатталады, науқасты қозғалту қиындайды және салдануға әкеледі, ауыру синдромы төмендеуі мүмкін.

Айтылғандай, дистрофиялық өзгерістер тек омыртқада ғана емес, басқа да буындарда дамуы мүмкін: жамбас, тізе, иық, шынтақ, білезік буындары және т.б. буын беттерінің шеміршек тіндері зақымдануынан туындаған сүйек буындарының

прогрессивті дегенеративті-дистрофиялық ауруы – остеартроз деп аталады. Бұл буын зақымдалуының ең кең тараған түрі. Артроз кезіндегі дегенеративті өзгерістер қабыну реакциясымен – артритпен бірге жүреді. Остеоартроздың негізгі клиникалық көріністері ауырсыну мен функциональді жеткіліксіздікке әкелетін буындар деформациясы. Ең жиі жамбас буыны зақымданады (коксартроз), себебі адамның бүкіл салмағы сол буынға түседі.
Айта кететін жайт, жамбас сүйектің басы қанмен қамтамасыз етілуі нашар, және жас ұлғайған сайын оларда дегенеративті өзгерістер болады, шеміршек пен байлам зардап шегеді, остеопороз дамиды, кейін қабыну қосылып, сүйек деформацияланады, остеофиттер өседі, кенет буындардың қызметі бұзылады. Науқастар бұл жағдайда жүріс кезіндегі ауырсынуға, буынның қозғалысы нашарлауына және ақсаңдауға шағымданады. Ауырсыну буын аймағынан жамбасқа, тізеге, шап аймағына беріледі. Артроздың прогрессиясының нәтижесі – буынның толық бұзылысы, анкилоз дамуымен.
Остеохондроздың емі және алдын алу.
Терапиясы омыртқа мен буындардағы дегенеративті-дистрофиялық өзгерістер кезіндегі өткір ұстамалармен күреседі және ұстама араларында қолдау емі профилактика мақсатында.
Ауырсыну синдромын тоқтату үшін ұсынылады:
* күніне бірнеше рет иммобилизация
(2-ден 5-ке дейін);
* ауызша және парентеральды анальгетиктер қабылдау;
* триггерлік нүктелерге, фасеталық буындар
және т. б. новокаин, стероидты емес қабынуға қарсы препараттамен, глюкокортикостероидтармен блокадалар;
* спазмолитиктер;
* миорелаксанттар.
Пациентті шұғыл жансыздандыру қажеттілігі дәлелденген. Ем ерте жүргізілуі және адекватты анальгетикалық әсерге жылдам қол жеткізу,
Аурудың созылмалы түрге ауысуынан сақтайды және жалпы болжамы жақсарады.
Ауырсынуды басуға арналған ең қарапайым перепараттар болып СЕҚҚП саналады. Циклооксигеназа существует в двух формах: ЦОГ-1, постоянно присутствующая во всех тканях, и ЦОГ-2, синтезирующаяся на фоне воспаления.
СЕҚҚП қолдану ең тиімді болып табылады, өйткені өткір ауырсынулардың негізінде жиі қабыну жатады. Бұл дәрілер тобының үш негізгі терапиялық әсері бар: анальгетикалық,
қабынуға қарсы және ыстық түсіретін. СЕҚҚП әсері циклооксигеназа (ЦОГ) ферментін тежеу арқылы арахидон қышқылынан простагландиндер синтезінің төмендеуіне негізделген.
Циклооксигеназа екі формасы бар: ЦОГ-1, тұрақты түрде барлық тіндерде және ЦОГ-2
қабыну аясында пайда болатын.
СЕҚҚП және наркотикалық ЦОГ екі түрін де тежейді.
ЦОГ-1 тежеу негізгі жанама әсерлерді тудырады, олардың арасында
бірінші орында асқазан-ішек жолдарының зақымдануы (стоматит, эзофагит, гастрит, асқазан және он екі елі ішек ойық жарасы, энтерит, колит, проктит), тіпті
қан кетуді дамытуы мүмкін. Сондықтан, қазіргі уақытта асқазан-ішек жүйесіне жанама әсерлері шамалы селективті СЕҚҚП-ға беріледі.
Ресей Федерациясында ЦОГ-2 селективтік ингибиторларының үш топ препараттары тіркелген: сульфонанилидтердің туындылары – нимесулид; коксибтердің өкілдері-целекоксиб, валдекоксиб; оксикамдардың туындылары – мелоксикам . Селективті әсер ететін препараттар жақсы тиімділікке және төзімділікке ие. Жағымсыз әсерлердің неғұрлым қолайлы спектрі созылмалы ауырсыну кезінде оларды ұзақ қолдануға мүмкіндік береді. Алайда, селективті СЕҚҚП тұрақты қолдануының өз кемшіліктері бар екенін ұмытпау керек. Ең жағымсызы қан-тамырлық асқынулардың қауіпі жоғарылауы (артериялық гипертензияның және жүрек-қан тамырл жеткіліксіздігі), әсіресе, егде жастағы науқастарда.
Сонымен қоса, ауырсынудың созылмалыға алмасуынан СЕҚҚП қолдануының әсерлігі төмендейді, себебі бұл кезде ауырсынудың түзілуіне орталық патофизиологиялық механизмдер басымырақ роль атқарады. Созылмалы ауру негізінде периферриялық және орталық нерв жүйесінде күрделірек өзгерістер болады, мысалға, периферриялық және орталық сенситизация, антиноцицептивті жүйенің ингибирлеу ықпалының төмендеуі. Ұзақ созылған ауырсыну өздігінен ауруға айналады. Созылмалы ауырсынудың дамуында психогенді компонент те маңызды роль атқарады. Сондықтан, ауырсынудың 3 айдан ұзақ созылуы кезінде невротикалық бұзылыстар мен ауырсынудың орталық компонентінің терапиясы қажет.
Созылмалы ауыру синдромын емдеуде бірінші ретті препараттарға үшциклді антидеприсанттар жатады.
Бірақ, оларды қабылдауда көптеген жанама әсерлер (ұйқышылдық, тұрақсыздық, қысымның жоғарылауы, несеп тежелуі және т. б.) болады, сондықтан, оларды қолдану шектеулі, әсіресе қарт адамдарда. Серотонинді кері қармау ингибиторлар тобындағы антидеприссанттарды қолдану қауіпсізірек.
Ауыру синдромын емдеуде екінші ретте антиконвульсанттар ГАМҚ-агонисттер қолданылады: вальпрой қышқылының туындылары, габапентин, ламотриджин, топирамат, вигабатрин. Фенотиазин туындылары анксиолитиктер (хлорпромазин, флупентиксол және т.б.) немесе бензодиазепиндердің туындылары қосымша тағайындалуы мүмкін. Белгілі ауырсынуға қарсы және нейротропиялық әсерге жоғары дозада В(В1 , В6 , В12) тобындағы витаминдер ие. Қабыну сипатындағы жедел және созылмалы ауырсыну синдромының кешенді терапиясында қолданылуы мүмкін гомеопатиялық препараттар тобы ерекше назар аударуға тұрарлық. Осы топ дәрілерінің әсері негізінде қабынуға қарсы цитокиндердің қабыну ошағында бөлінуін реттеу арқылы аутоиммундық процестерді басудан тұратын қосалқы иммунологиялық реакция жатады.
Нейродегенеративті өзгерістер мен омыртқаның ауырсыну синдромы кезіндегі емдеу және алдын алу іс-шаралары кешеніне массаж,
физиотерапия және рефлексотерапия сияқты дәрі-дәрмексіз әдістер енгізіледі. Мануальды әсер ету әдістері сақтықпен қолданылады, әсіресе, қарт науқастарда. Уақытылы дене қалпын бұзылыстарын анықтап, коррекциялау, әлсіз және аз созылатын бұлшық еттерді жаттықтыру, физикалық жүктемеге төзімділікті арттыру өте маңызды. Психоэмоциональді бұзылыстарды шектеу, дұрыс тамақтану және салауатты өмір салты емдеудің ажырамас бөлігі болып саналады.
Қорытынды: Егер жүз жыл бұрын остеохондрозбен адамдар тек егде жаста тап болса, бүгінгі күні бұл диагнозды 20 жаста қоя алады. Статистика бойынша, ресейліктердің 90% - ға жуығы омыртқаның созылмалы ауруларынан, атап айтқанда остеохондроздан зардап шегеді, ол басқа органдар мен жүйелердің тіршілік әрекетінің бұзылуына себеп болады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша, вертеброневрологиялық зақымданулар (отандық жіктемеге сәйкес остеохондроз үлесі) науқастар саны бойынша жүрек-қан тамырлары және онкологиялық патологиядан кейін үшінші орынға шықты. Олардың айқын клиникалық көріністері белсенді қызмет кезеңінде байқалады (25-55 жас) және бүгінгі күні еңбекке уақытша жарамсыздықтың ең жиі себептерінің бірі болып табылады: 100 жұмысшыға — жылына 32-161 күн.
Омыртқа остеохондрозының және оның неврологиялық көріністерінің алдын алу мүмкіндіктері
Остеохондроз ерте генетикалық бейімділігі бар адамдарда дамиды. Остеохондроздың дамуына тек ауыр дене жұмысы кезінде ғана емес, сонымен қатар тұтас алғанда МПД, ПДС жекелеген фрагменттеріне біркелкі емес жүктемеге әкелетін физикалық емес қалыпта ұзақ уақыт болған кезде де пайда болатын статодинамикалық артық жүктемелер ықпал етеді.

Бұл ретте адамның жалпы физикалық даму дәрежесі және оның денесінің массасы айтарлықтай рөл атқарады. Бұлшықеттердің әлсіздігі аз қозғалатын өмір салтының, бұлшықет детренизациясының салдары ретінде, бұлшықет корсетінің нашар дамуы омыртқада остеохондрозға тән өзгерістердің пайда болуына әкеледі. Дене салмағының өсуі омыртқа бағанасына, әсіресе МПД-да айтарлықтай салмақты арттырады.
Осылайша, остеохондроздың алдын алу мақсатында:
Балалардағы осанканың өзгеруіне уақытында назар аудару және оларға тиісті ортопедиялық емдеуді қамтамасыз ету.
Пациенттер арасында түсіндіру жұмыстарын және оқытуды жүргізу.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Блаженов, В. В. Маски остеохондроза. - М.: Триада-Х, 2012. - 208 с.
2 Болезни позвоночника. Радикулит, ишиас, остеохондроз. - М.: АСТ, Сова, ВКТ, 2008. - 128 с.
3 Гершбург, М. И. Кинезотерапия от боли в спине. Курс лечебной гимнастики для профилактики и лечения остеохондроза позвоночника. - М.: Эксмо, 2012. - 192 с.
4 Гитт, В. Д. Здоровый позвоночник. Лечение нарушений осанки и телосложения, сколиозов, остеохондрозов. - М.: Единение, 2010. - 128 с.
5 Григорьев, В. Ю. Жизнь без боли в спине. Лечение сколиоза, остеопороза, остеохондроза, межпозвонковой грыжи без операции. - М.: Книжный клуб "Клуб семейного досуга". Белгород, Книжный клуб "Клуб семейного досуга". Харьков, 2015. - 384 с.
6 Девятова, М. В. Нет - остеохондрозу!. - М.: Комплект, 1997. - 224 с.
7 Диагностика и хирургическое лечение неврологических осложнений поясничногоостеохондроза. - М.: Фолиант, 2006. - 168 с.
8 Дикуль, Валентин Лечим спину от остеохондроза. - М.: "Издательство "Эксмо", 2007. - 128 с.
9 Лучевая диагностика остеохондроза шейного отдела позвоночника. - М.: Артифекс, 2012. - 168 с.
10 Мазнев, Н. И. Лечение остеохондроза. - М.: Лада, Этрол, 2007. - 352 с.
11 Найденов, Дмитрий Народные методы лечения остеохондроза. - М.: Вектор, 2011. - 128 с.
12 Николайчук, Л. В. Лечимся дома. Остеохондроз и болезни суставов: моногр.. - М.: Современное слово, 2010. - 288 с.
13 Николайчук, Л.В. Как быстро и эффективно вылечить остеохондроз: моногр. - М.: Феникс, 2000. - 320 с.
14 Петросян, О. А. Массаж при остеохондрозе. - М.: Вече, 2003. - 176 с.
15 Тумко, И. Н. Лучшие методы лечения остеохондроза. - М.: "Издательство Фолио", 2012. - 154 с.

Б.Р. Нурмухамбетова, Т. Дүйсенбай, Ф. Аянқызы, А. Худайбергенова
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра нервных болезней с курсом нейрохирургии

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Резюме: Остеохондроз - комплекс дистрофических нарушений в суставных хращях. Может развиваться практически в любом суставе, но чаще всего поражаются межпозвоночные диски. В зависимости от нахождения выделяют шейный, грудной и поясничный остеохондроз.В последнее время число заболевших остеохондрозом неуклонно растет. Медицинская статистика свидетельствует, что боли в спине беспокоят половину населения развитых стран Земли, а в некоторых индустриальных государствах численность больных вертебро-неврологическими заболеваниями достигает 80% жителей.

Ключевые слова: остеохондроз, болевой синдром, лечение и профилактика

B.R. Nurmukhambetova, T. Duisenbay, F. Ayankyzy, A. Hudaibergenova
Asfendiyarov Kazakh National medical university,
department of neurology

TREATMENT AND PREVENTION OF PAIN SYNDROME IN OSTEOCHONDROSIS (REVIEW)

Resume: Osteochondrosis is a family of orthopedic diseases of the joint that occur in children. They are characterized by interruption of the blood supply of a bone, in particular to the epiphysis, followed by localized bony necrosis, and later, regrowth of the bone.Recently, the number of patients with osteochondrosis has been growing steadily. Medical statistics show that back pain worries half of the population of developed countries, and in some industrialized countries, the number of patients with vertebro-neurological diseases reaches 80% of the population.

Keywords: osteochondrosis, pain syndrome, treatment and prophylactic