

Міністерство охорони здоров'я України
Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної
роботи
Український державний НДІ реабілітації інвалідів

Сучасні критерії медико-соціальної експертизи при
дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта

(Методичні рекомендації)

Вінниця 2003

Міністерство охорони здоров'я України

**Український центр наукової медичної інформації та
патентно-ліцензійної роботи
Український державний НДІ реабілітації інвалідів**

**«Затверджую»
Начальник Управління
Медико-соціальної експертизи
МОЗ України В. В. Маруніч**

**Сучасні критерії медико-соціальної експертизи при
дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта**

(Методичні рекомендації)

Вінниця 2003

Установа розробник:

Український державний науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів

Автори:

Доктор мед. наук, професор В. І. Шевчук

канд. мед. наук, ст. н. сп. Л. О. Сторожук

канд. мед. наук, доцент О. В. Желіба

н. сп. І. Я. Островський

н. сп. Е. М. Дрозденко

старший науковий співробітник Т. В. Довгалюк

О. В. Зарадюк

Рецензенти:

Професор Білик В.Д.

Канд. мед. наук Власюк В.В.

ЗМІСТ

I . ВСТУП	4
II. КЛАСИФІКАЦІЯ	7
III. КЛІНІЧНА КАРТИНА НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ХРЕБТА	10
IV. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО- ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ХРЕБТА	18
Профілактика інвалідності внаслідок вертеброгенних захворювань	26
Реабілітація хворих та інвалідів	27
ДОДАТКИ	29

I. ВСТУП

Вертеброгенні захворювання в наш час займають одне з перших місць у структурі захворюваності з тимчасовою втратою працездатності. Близько 30% населення розвинутих країн потерпає від хронічного болю в спині, і рівень таких хворих в останні роки неухильно збільшується. Найбільш поширеною причиною больового синдрому та інших неврологічних ускладнень вертеброгенного походження є дистрофічні ураження хребта, до яких належить остеохондроз хребта, що спостерігається в 50% випадків, а також спондильоз, спондилоартроз. Епідеміологічні дослідження показали, що 75-90% захворюваності припадає на працездатний вік (20-60 років), а тимчасова непрацездатність складає приблизно 7% днів загальної непрацездатності і 68% – від захворювань нервової системи. Остеохондроз хребта стає причиною непрацездатності в 25% випадків. Слід також зазначити, що, враховуючи часті рецидиви, на лікування та реабілітацію цих хворих витрачаються великі кошти. Таким чином, є серйозні підстави вважати остеохондроз хребта важливою проблемою, що потребує детального всебічного вивчення.

Серед захворювань хребта чільне місце займає остеохондроз, патогенетичною основою якого є первинний розвиток дистрофічно-дегенеративних змін в міжхребцевих дисках, що веде до формування вторинних реактивних і компенсаторних реакцій в кістково-зв'язковому апараті хребта. Причинами вторинних неврологічних синдромів вертеброгенного походження є також спондильоз, спондилоартроз та спондилолістез і вторинний люмбальний стеноз, які формуються на основі вищезгаданої патології.

За останні роки наукові дослідження досягли певних успіхів у вивченні вертеброгенних захворювань, які увійшли в практику охорони здоров'я. За даними ряду авторів, поступово прогресуюча деструкція окремих ділянок хребта залежить від інтенсивності й тривалості дії причинного фактора на структури, які знаходяться в умовах збільшеного попиту, в результаті чого виникають їх локальні зміни у вигляді посиленого зношування. Таким чином, дистрофічний процес при остеохондрозі розвивається внаслідок порушення рівноваги між

процесами біосинтезу і метаболізму найважливіших функціональних компонентів хрящової тканини. Встановлено значення судинних (гіпоксичних) та аутоімунних механізмів у виникненні остеохондрозу хребта і обумовлених цим неврологічних порушень. Найбільш поширеною стала травматична теорія розвитку остеохондрозу. Під травмою слід розуміти не тільки безпосередні забої хребта, але й підвищене навантаження на нього внаслідок важкої фізичної праці (тривала мікротравматизація). При цьому порушується рівновага між процесами біосинтезу і руйнування важливих функціональних компонентів сполучної тканини міжхребцевих дисків, змінюється нормальне співвідношення глікозаміногліканів, полярні групи яких мають високі гідрофільні властивості, що забезпечує необхідну ступінь набухання диска, його міцність та еластичність.

На основі багатолітніх клінічних та експериментальних досліджень, аналізу літературних даних науковці дійшли висновку, що дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта необхідно віднести до групи поліетіологічних, але монопатогенетичних захворювань.

Сучасні уявлення про клінічні прояви неврологічних ускладнень при остеохондрозі хребта, а також їх класифікація досить чітко були сформульовані в кінці 80-х – на початку 90-х років ХХ століття, коли з'явилися нові методи дослідження і розширилися діагностичні можливості. У той же час в лікарняній практиці почали успішно використовуватися оперативні методи лікування даного захворювання. Але майже 90% хворих продовжує лікуватися консервативними методами, що обумовлено досить високою їх ефективністю, особливо на початкових стадіях остеохондрозу. Успішність лікування даної патології багато в чому залежить від вирішення таких завдань: 1) усунення факторів, які сприяють розвитку і прогресуванню патологічного процесу; 2) боротьба з больовим і місцевим запальним синдромом; 3) вплив на метаболізм хряща і загальнообмінні процеси в організмі; 4) стимуляція саногенетичних механізмів і відновлення порушених функцій локомоторного апарату. Цей класичний підхід широко використовується в медичній практиці. Одночасне вирішення кількох задач вимагає використання цілого комплексу медикаментозних і немедикаментозних

засобів. Але слід пам'ятати, що одночасне використання декількох лікарських препаратів в період ремісії больового синдрому нерідко приводить до розвитку токсико-алергічних реакцій та прогресування склеротичних процесів у хрящі. Враховуючи це, в комплексі лікувально-профілактичних заходів для попередження рецидивів захворювання велике значення має застосування фізичних методів лікування. Слід також приділяти достатньо уваги питанням рухової активності та фізичного навантаження осіб, що страждають на остеохондроз хребта.

Незважаючи на значну кількість літературних джерел, присвячених вертеброгенним захворюванням, у практиці медико-соціальної експертизи допускаються помилки при винесенні рішення про ступінь обмеження життєдіяльності хворих зазначеного профілю. Немає також чітко визначених критеріїв проведення медико-соціальної експертизи та визначення реабілітаційного потенціалу. Велика розповсюдженість вертеброгенних захворювань диктує необхідність розробки простих, доступних практичним лікарям систем вірогідного прогнозування перебігу захворювання. Статистично обґрунтований індивідуальний прогноз забезпечує адекватну експертизу зниження життєдіяльності хворих і дозволяє сформувати належну систему реабілітаційних заходів.

Поглиблений аналіз захворюваності остеохондрозом хребта, тимчасової та стійкої втрати працездатності по даній хворобі виявив різний підхід установ та окремих лікарів до оцінки працездатності таких хворих. Середні терміни перебування на лікарняному листі при одній і тій же патології коливаються в дуже широких межах. Нерідкі випадки необґрунтованої видачі лікарняних листів при хронічному перебігу захворювання, несвоєчасного працевлаштування через ЛКК, визначення різних термінів тимчасової непрацездатності при направленнях на МСЕК. В зв'язку з цим виникла необхідність по узгодженню дій лікарів лікувальних закладів, ЛКК та МСЕК по розробці єдиного підходу до проблеми вертеброгенних захворювань.

В методичних рекомендаціях наведені диференційовані критерії оцінки зниження життєдіяльності хворих з дегенеративно-дистрофічними захворюваннями хребта, визначені критерії тимчасової непрацездатності зазначеного контингенту хворих, намічені шляхи реабілітаційних заходів.

II. КЛАСИФІКАЦІЯ

I. Вертеброневрологічні синдроми

1. Вертебральні синдроми

- 1.1. Цервікалгія.
- 1.2. Цервікаго (шийний простріл).
- 1.3. Дорсалгія (верхня, середня, нижня).
- 1.4. Дорсаго (грудний простріл, верхнє, середнє, нижнє).
- 1.5. Люмбалгія.
- 1.6. Люмбаго (поперековий простріл).
- 1.7. Сакралгія.
- 1.8. Кокцігалгія.

2. Невральні синдроми.

2.1. Ураження ЦНС:

1. Ецефалопатія (ураження головного мозку).
2. Мієлопатія (компресійні і рефлекторні ураження спинного мозку):
 - а) шийна; б) грудна; в) поперекова.

2.2. Ураження периферичної НС:

1. Патологія спинномозкових корінців.
2. Патологія вегетативної НС:
 - а) псевдоабдоміналгія; б) псевдопекталгія; в) інші вісцеральні синдроми (гастралгічний, кардіоспазм, езофагопатія та інші)

2.3. Поєднані синдроми:

1. Радікуломієлопатія

3. М'язові синдроми

3.1. Вид уражень:

1. Дистонічний.
2. Дистрофічний.

3.2. Варіант клінічних проявів:

1. Постійний.
2. Періодичний.

3.3. Характеристика м'язового тону:

1. Гіпотонія.
2. Гіпертонія.

3.4. Локалізація (розміщення в м'язі, уражені м'язи або група м'язів).

4. Нейросудинні синдроми.

4.1. Переважне ураження судин:

1. Артеріальних
 2. Венозних
 3. Лімфатичних
 4. Змішане
- 4.2. Характеристика судинного тонусу:
1. Гіпотонія
 2. Гіпертонія
- 4.3. Варіант клінічних проявів:
1. Постійний
 2. Періодичний
- 4.4. Локалізація (квадрант, регіон, частина кінцівки).

II. Етіологія і локалізація ураження хребцево-рухового сегменту

1. Аномалія розвитку хребта.

- 1.1. Тіла хребця.
- 1.2. Диска.
- 1.3. Поперечних виростків.
- 1.4. Суглобових виростків.
- 1.5. Остистих виростків та дуг.
- 1.6. Поєднані.

2. Метаболічні та дистрофічні ураження хребта.

- 2.1. Остеохондроз.
- 2.2. Міжхребцевий артроз.
- 2.3. Спондилодистрофія.
- 2.4. Лігаментоз.

3. Травматичні ураження хребта:

- 3.1. Тіла хребця.
- 3.2. Диска.
- 3.3. Виростків та дуг.
- 3.4. М'яких тканин.
- 3.5. Поєднані.

4. Онкологічні захворювання хребта.

- 4.1. Первинні.
- 4.2. Вторинні (метастази).

5. Запальні та паразитарні ураження хребта.

- 5.1. Запальні (хвороба Бехтерева, сифілітичний, бруцельозний, туберкульозний спондиліти, остеомієліт хребта та інше.).
- 5.2. Паразитарні (ехінококоз, шистоматоз та інше).

III. Основні механізми ураження

1. Компресійний (грижа диска та інше), постійний чи непостійний варіант.
2. Дисфіксаційний.
3. Дисциркуляторний.
4. Запальний.

5. Поєднаний.

IV. Саногенетичні реакції

1. Зміни рухового стереотипу

1.2. Етапи змін рухового стереотипу:

1. Генералізований.
2. Полірегіонарний.
3. Регіонарний.
4. Інтрарегіонарний.
5. Локальний.

2. Форма.

2.1. Адаптована.

2.2. Дезадаптована.

3. Вид його закріплення та ступінь вираженості (компенсований, субкомпенсований, декомпенсований).

3.1. Функціональний (м'язовий).

3.2. Органічний

4. Ускладнення рухового стереотипу.

4.1. Характер:

1. Первинний (дистрофічний):

- а) м'язовий; б) зв'язково-сухожилковий (плечелопатковий периартрит, плечовий епікондиліт, кульшовий периартроз та інше);
- в) кістковий (траншейний периостоз, синдром Зудека); г) змішаний.

2. Вторинний (компресійний).

- а) невральний (плексопатії, невропатії); б) судинний; в) змішаний.

4.2. Локалізація та функціональний стан ділянки опорно-рухового апарату, що викликала ускладнення:

1. Гіпермобільність.

2. Гіпомобільність (фіксація).

5. Зміни конфігурації хребта.

6. Репаративні реакції.

6.1. Вид:

1. Повний.

2. Неповний.

6.2. Ускладнення.

V. Перебіг захворювання

1. Перебіг захворювання.

1.1. Рецидивуючий.

1.2. Хронічний.

1.3. Хронічно-рецидивуючий.

2. Тип.

2.1. Прогредієнтний.

2.2. Стабільний.

- 2.3. Регредієнтний.
- 2.4. Прогредієнтно-регрєдієнтний.
 - 3. Стадія захворювання.
 - 3.1. Дебют.
 - 3.2. Загострення.
 - 3.3. Ремісія.
 - 4. Етап.
 - 4.1. Прогресування.
 - 4.2. Стаціонарний.
 - 4.3. Регресування.
 - 5. Варіант перебігу загострення.
 - 5.1. Блискавичний.
 - 5.2. Стрімкий.
 - 5.3. Плавний.

VI. Ступінь вираженості клінічних проявів

- 1. Слабко виражений.
- 2. Виражений.
- 3. Різко виражений.

III. КЛІНІЧНА КАРТИНА НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ

ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ХРЕБТА

Шийний відділ.

- Корінець С₃ (диск та між хребцевий отвір С₂ – С₃) ушкоджується рідко, відчуються болі у відповідній половині шиї та наявність набрякості язика, гіпалгезія в дерматомі С₃.

- Корінець С₄ (диск С₃ – С₄) ушкоджується рідко, відмічаються болі в області надпліччя, ключиці, атрофія задніх м'язів шиї, в зв'язку з чим збільшується повітряний об'єм в області верхівки легені. При явищах подразнення корінця – підвищення тонусу діафрагми приводить до зміщення печінки донизу. Можливий біль, що імітує стенокардію. При явищах випадіння – розслаблення діафрагми.

- Корінець С₅ (диск С₄ – С₅) ушкоджується порівняно не часто. Біль іррадіює від шиї до надпліччя і до зовнішньої поверхні плеча. Відмічається слабкість та гіпотрофія дельтоподібного м'язу.

- Корінець C_6 (диск $C_5 - C_6$) ушкоджується часто. Біль розповсюджується від шиї до надпліччя і зовнішньої поверхні плеча, до променевого краю передпліччя і першого пальця. Відмічаються парестезії в дистальних відділах цієї зони. Вказані явища підсилюються при довільних рухах голови. Позитивний феномен між хребцевого отвору (Шпурлінга та Сковілля). Гіпалгезія в дерматомі C_6 , слабкість та гіпотрофія в двоголовому м'язі, зниження та відсутність біцепс-рефлекса.

- Корінець C_7 (диск $C_6 - C_7$) уражається часто. Біль розповсюджується від шиї до лопатки по зовнішній поверхні плеча та по дорсальній поверхні передпліччя до II – III пальця, парестезії в дистальній частині цієї зони, гіпалгезії в зоні C_7 , слабкість та гіпотрофія триголового м'яза, зниження та відсутність трицепс-рефлекса.

- Корінець C_8 (диск $C_7 - Th_1$). Біль розповсюджується від шиї до ліктьового краю передпліччя і до V пальця, парестезії в дистальних відділах цієї зони, гіпалгезія в зоні C_7 , зниження або випадіння карпорадіального та супінаторного рефлексів. При всіх компресивно-радіальних синдромах характерним є синдром Нері (особливо в умовах вузького хребцевого каналу), симптом міжхребцевого отвору (посилення болю та парестезії в зоні відповідного корінця при аксіальному навантаженні та схиленій в бік голови), гострий стріляючий характер болю.

Компресійний (іритативний) нейросудинний синдром – синдром хребцевої артерії (задній шийний симпатичний синдром, Синдром Барре-Лау, „шийна мігрень”). Виникає при подразненні хребцевої артерії розростаннями з боку вертебральних суглобів або переднього краю суглобового виростка хребта.

Клінічна картина:

1. Головний біль пекучого характеру, часто пульсуючий, з широкою іррадіацією у скроню, око, нижню щелепу, грудну клітину, руку. Головний біль частіше за все однобічний, може виникати приступоподібно.

2. Кохлеовестибулярні порушення: шум, закладення у вухах, системні та несистемні запаморочення.

3. Зорові порушення: туман перед очима, відчуття піску в очах.

4. Місцеві та загальні вегето-судинні порушення: коливання АТ, частіше артеріальна гіпотензія, серцебиття, лихоманкоподібний тремор, нудота, блювота.

5. Невротичні порушення: при компресії хребцевої артерії виникає синдром недостатності кровообігу в вертебро-базиллярній системі, частіше за все він проявляється приступами системного запаморочення, дизартрією, порушенням слуху, синкопальними станами або приступами з генералізованою втратою тонусу за типом дроп-атак. При компресії радикуломедулярної артерії розвивається картина цервікальної мієлопатії (при гострій компресії можливе виникнення спинального інсульту).

Грудний відділ.

Прояви остеохондрозу на грудному рівні частіше за все пов'язані з рефлекторними м'язово-тонічними, нейродистрофічними та вазомоторними синдромами. При цьому характерно залучення симпатичних спинальних гангліарних утворень, що може стимулювати гострі захворювання грудної та черевної порожнини (інфаркт міокарду, панкреатит, холецистит та інше).

Клінічна картина: глибокий біль, ломаючий, ниючий, пекучий (симпатонії) локалізується в міжлопатковій ділянці, за ходом міжребір'я, за грудиною, посилюється при форсованому вдосі, при ротації тулуба, при пальпації та перкусії остистих виростків. Відмічаються зміни чуттєвості, частіше гіпералгезії в зонах Захар'їна-Геда. Рефлекторне напруження паравертебральних м'язів, сколіоз. Шкіряні вазомоторні порушення, місцева гіпертермія, гіпергідроз, іноді дистрофічні зміни хребта.

Компресійні синдроми зустрічаються відносно рідко, проявляються радикулопатією (міжреберна невралгія) або мієлопатією.

Поперековий відділ (див. додаток 1)

Клінічна картина характеризується гострою або хронічною люмбалізацією. Зазвичай при необережному різкому русі виникає гострий пронизуючий біль в поперековій ділянці, який іррадіює одразу або через кілька тижнів в нижні

кінцівки. Характерні захисні анталгічні пози, виражені тонічні реакції поперекових м'язів (болюче напруження), сколіоз, вирівнювання поперекового лордозу, болючість паравертебральних точок, точок Валле, наявні симптоми натягіння (Нері, Ласега, Дежеріна, Штрумпеля, Бехтерева, „посадки”) (див. додаток 2). При хронічному перебігу виникають нейродистрофічні зміни в м'язах та зв'язках (фіброзні вузли Корнеліуса, а також міогенози Шаде і Ланге).

Якщо біль зосереджений переважно в крижово-поперековій ділянці, то кажуть про кокцигоденію, яка може бути обумовлена ураженням кістково-хрящової ділянки дистальних відділів хребта, а також м'язево-фіброзних тканин. Біль при цьому іррадіює в анус, крижову ділянку, статеві органи, сідниці, має ниючий характер, посилюється в положенні сидячи (особливо на твердій поверхні), лежачи на спині, під час дефекації та нахилі тулуба до переду. Біль буває тривалим та стійким.

Синдром грушоподібного м'яза

Частіше за все виникає при локалізації патологічного процесу в сегментах L₅ – S₁.

Клінічна картина. Біль в сідницях з іррадіацією в поперек та по задній поверхні ноги, що супроводжується занімінням в нозі та парестезіями по зовнішній поверхні гомілки і стопи. Характер болю ниючий, постійний. Відмічається дифузна слабкість хворої нижньої кінцівки, зниження тонуусу та гіпотрофія сідничних м'язів, а також розгинача та аддукторів стегна. Болючими є капсула кульшового суглобу, внутрішня поверхня великого вертлюга стегна, точки Вале. Пальпується напружений та болючий грушоподібний м'яз (ректальне та бімануальне дослідження). Виявляється зниження колінного та ахілового рефлексів, позитивний симптом Гроссмана (крижо-сідничний рефлекс), позитивний симптом ротації ноги і Бонне-Бобровникової, іноді гіпалгезія по зовнішній поверхні гомілки та стопи, нейронний дистальний набряк ноги. Новокаїнова блокада грушоподібного м'яза призводить до значного зменшення вказаних симптомів, особливо на початку захворювання.

До рефлекторних синдромів поперекового остеохондрозу відносять вертеброгенні судинні дистонії, які мають два варіанти: вазоспастичний (шкірна гіпотермія, переважно дистальна, яка посилюється після навантаження, похолодіння в нозі, зниження артеріальної пульсації) та вазодилатаційний (поєднання болю з відчуттям жару в нозі, шкірна гіпертермія, переважно дистальна).

Компресійні корінцеві синдроми

Частіше за все страждають корінці L₅ та S₁. Здавлення за звичай пов'язано з дією грижі диску.

Клінічна картина. При ураженні корінця L₅ (диск L₄ - L₅) біль іррадіює від попереку до сідниці, по зовнішньому боку стегна, по передньозовнішній поверхні гомілки до внутрішнього краю стопи та I пальця, в цій самій ділянці парестезії, в дистальних відділах дерматома виявляється гіпалгезія, біль посилюється при натужуванні та кашлі. Відмічається зниження сили в розгиначі великого пальця, гіпотонія та гіпотрофія переднього великогомілкового м'язу. Утруднене стояння на п'ятах.

Ураження S₁ (диск L₅ - S₁) виникає в період люмбалгії: біль іррадіює по зовнішньо задньому краю стегна, по зовнішньому краю гомілки та стопи до V пальця, дуже часто – тільки до п'яти. В цих зонах відмічається парестезія і гіпалгезія (переважно дистально). Знижена сила трицепсу гомілки та згиначів пальців стопи, особливо V пальця, гіпотрофія та гіпотонія литкового м'язу. Утруднене стояння навшпиньки. Відмічається зниження або випадіння ахілового рефлексу, сколіоз, частіше гетеролатеральний з нахилом тулуба в хворий бік.

При ураженні корінця L₄ (диск L₃ – L₄) біль іррадіює по внутрішньопереднім відділам стегна, іноді до коліна та нижче, в цій зоні відмічаються парестезії. Характерні нерізка слабкість, гіпотрофія квадрицепсу стегна, колінний рефлекс підвищений.

Нерідко зустрічається одночасне ураження двох та більше корінців. При ураженні кінського хвоста біль та гіпалгезія відмічаються в зоні „штанів вершника”, асиметричні. Приєднуються тазові розлади.

Диференційний діагноз

Компресійно-корінцеві синдроми остеохондрозу хребта слід диференціювати від інших вертеброгенних захворювань – спонділіта туберкульозної та іншої етіології, хвороби Бехтерева, ревматоїдного спондилоартриту, травматичного ураження, від первинної та метастатичної пухлини хребця, мієломної хвороби (солітарна мієлома), екстрamedулярної пухлини, менінгорадикуліту.

Рефлекторні нейросудинні синдроми диференціюють від плексопатій, флеботромбозу, тромбофлебіту, периферійної (атеросклеротичної) артеріальної недостатності, хвороби Рейно.

При ураженні грудного відділу (рефлекторний біль) необхідно виключити первинне захворювання внутрішніх органів.

Синдром артерії хребта диференціюють від порушень мозкового кровообігу, прозоалгій, дієнцефального синдрому, гіпертензивного синдрому, пухлини або аневризми задньої черевної ямки, церебрального арахноїдиту, субарахноїдального крововиливу. Цервікальні мієлопатії необхідно диференціювати від бокового аміотрофічного склерозу, сірингомієлії, інтрамедулярної пухлини, спинальних аміотрофій, спинальної форми розсіяного склерозу.

В перебігу вертеброгенних рефлекторних та корінцевих розладів прийнято виділяти гостру стадію (етап прогресування загострення, стаціонарний етап, етап регресування загострення) та стадію ремісії (повну або не повну). В більшості випадків гостра стадія захворювання проявляється гострим болем в спині та кінцівках тривалістю не більше ніж 5-6 тижнів. Стадія неповної ремісії характеризується хронічним або часто рецидивуючим при дії несприятливих факторів болем. Зона ризику переходу гострого болю в хронічний знаходиться

між 6 та 12 тижнями. Стадійність захворювання відображає динаміку пато- та саногенетичних реакцій, які відбуваються в організмі.

Характер реабілітаційних заходів при неврологічних проявах дистрофічних уражень хребта визначаються в першу чергу клінічними проявами та стадією захворювання. Реабілітолог має сприяти благоприємному перебігу спонтанних саногенетичних процесів, виражених в тій чи іншій мірі у кожного хворого. Недиференційований підхід недопустимий, тому що може привести до зриву компенсаторних процесів.

До основних принципів терапії відносяться:

1) Спокій та виключення несприятливих стато-динамічних навантажень на етапі прогресування захворювання;

2) Іммобілізація ураженого хребцево-рухового сегменту на стадії загострення поряд із стимуляцією м'язового корсета;

3) Комплексність та фазовість впливу як на вертеброгенні, так і на екстравертебральні патологічні процеси;

4) Обмежений характер лікувальних втручань, особлива обережність при визначенні показань до хірургічного лікування.

Абсолютним показом до оперативного лікування вважають гостре ураження кінського хвоста та спинного мозку, що проявляються тазовими порушеннями, двобічними болями та парезами.

Відносними показаннями вважають вираженість та стійкість корінцевих симптомів при відсутності ефекту від адекватної консервативної терапії, яка проводилась на протязі 3-4 місяців.

Питання про оперативне лікування вирішується строго індивідуально, в цілому надають перевагу методам консервативного лікування.

Спокій, адекватне знеболення, призначення аналгетиків разом з транквілізаторами (етоніл, фемазепам, фенібут, реланіум), новокаїново-гідрокортизонові блокади, при симпаталгії показано призначення фінлепсину разом з антидепресантами типу амітріптіліну, феварину та седативними препаратами. Знеболюючу дію виявляють ін'єкції скловидного тіла та великих

доз вітаміну В₁₂ (1000-2000 γ). При відсутності ефекту роблять крапельні інфузії аналгетиків (баралгін) з кортикостероїдами, новокаїном та десенсibiliзуючими препаратами.

Протизапальна терапія: вольтарен в/м, моваліс, флугамін, напроксен, пірібутол; ефективним є траумель С при в/в та в/м введенні, саліцилат натрію в/в, на курс лікування №10. В гострому періоді при вираженому больовому синдромі застосовують кортикостероїди (дексаметазон внутрішньо або в/м, за схемою, або метіпред). Нестероїдні протизапальні препарати слід приймати не більше 10-14 днів з наступною заміною препарату.

Протинабрякова терапія застосовується в гострому періоді на протязі перших трьох днів: фуросемід або лазікс в/м. Можлива комбінація потужних (фуросемід) та калійзберігаючих салуретиків. В останній час добре зарекомендував себе лімфоміозот.

Покращення регіонарного кровообігу та венозного відтоку: трентал, еуфілін, но-шпа, танакан, ескузан.

Зниження патологічного м'язового тону: баклофен, сірдалуд, мідокалм, реланіум та інші міорелаксанти.

Метаболічна та загальнозміцнююча терапія: вітаміни групи В, АТФ, кокарбоксілаза, фосфаден або препарати, які володіють комплексною дією (коензим композитум, убіхінон композитум). Для покращення процесів метаболізму в хрящевій тканині використовують румалон разом з аскорбіновою кислотою та діскус композитум.

Препарати розсмоктуючої дії: біогенні стимулятори (скловидне тіло, плазмол, алое), бійохінол, лідаза.

Препарати, які покращують синаптичну нейронну передачу: прозерін, амілідін, сангвірітрин.

Гангліоблокатори (ганглерон, пахікарпін, бензогексоній) показані при гангліонітах, при довготривалих больових синдромах з нейротрофічними порушеннями.

При виражених м'язових атрофіях показано призначення ретаболіла разом з вітаміном С та антихолінестеразними засобами.

При вегетативних нейросудинних синдромах (синдром артерії хребта) показано призначення вегетотропних препаратів: етоній, френолон, обзідан, платифілін, грандаксин.

Місцево використовують відволікаючі і протизапальні препарати: фіналгон, віпраксін, меновазін, доміт, траумель С та інші.

Практикують також витяжіння, якщо відсутній спонділолітез, мануальну терапію, яка має суворі протипоказання до застосування (остеопороз, аномалії розвитку хребта та спинного мозку). Застосовують фізіотерапевтичні заходи (УФО, ультразвук, синусоїдальні модулярні токи, фонофорез гідрокортизону або новокаїну, пульсуюче магнітне поле), парафін, озокерит, призначають масаж, ЛФК.

Хірургічне лікування показано при вираженій компресії корінців кінського хвоста та спинного мозку грижею диску, а також гострих рецидивах захворювання.

ІV. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ХРЕБТА

Тривалість тимчасової непрацездатності (ТН)

при остеохондрозі хребта визначається:

1. Клінічними особливостями неврологічного синдрому, рівнем та локалізацією ураження, важкістю загострень та неврологічних ускладнень.
2. Професією хворого, умовами праці, іншими соціальними факторами.
3. Оперативним лікуванням, при якому враховують фактор часу регенерації фіброзно-хрящової та кісткової тканини (120-220 днів), функціональний стан хребта (відновлення не менше як на 60% від норми), переносимість додаткових навантажень на хребет, наявність больового синдрому.

Наведені терміни ТН є орієнтовними і оптимальними при своєчасному встановленні діагнозу та адекватному лікуванні. Вони будуть менші при ранній

госпіталізації та збільшуються при амбулаторному лікуванні. Слід пам'ятати, що причинами більш тривалого перебування на лікарняному листку є помилка діагностики, лікування, хибні рішення ЛЛК і МСЕК, рідше – важкість захворювання.

№ п/п	Назва захворювання	Термін ТН, дні	Стац. лікування	Покази для направлення на МСЕК
1.	Цервікалгія	5-7	-	-
2.	Цервікокраніалгія , задній шийний симпатичний синдром (загострення). При середніх і важких приступах головокружіння.	18-20	3-7	При виражених вестибулярних порушеннях, астеничному синдромі, частих загостреннях та неможливості раціонального працевлаштування.
3.	Цервікобрахіалгія - м'язево-тонічна форма з вираженими проявами	16-20	13-15	-
	- вегетативно-судинна форма	7-10	5-7	-
	- нейротрофічна форма: 1. Плечо-лопатковий периартроз з вираженим больовим синдромом і обмеженням рухової функції. 2. Синдром „плече-кисть” з вираженими больовими і трофічними проявами.	90-120	14-18	-
		150-180	20-24	Виражені стійкі трофічні порушення для продовження ТН.
4.	Шийний остеохондроз - з корінцевим синдромом а) з різко вираженим больовим синдромом	21-25	16-18	Стійкий больовий синдром при неефективності лікування – для продовження ТН (у рідких випадках).
	б) з вираженим больовим синдромом - з корінцево-судинним синдромом (радикулоішемія)	10-14	7-10	-
	- з радікуломієлоішемією	50-60	18-24	Стійкі і виражені порушення функції спинного мозку, рухові порушення (пара-, тетрапарези) розлади функції тазових органів, стійкий больовий синдром, тривала (>4міс.) ТН при прогресивному перебігу хвороби і несприятливому прогнозі
	- з хронічною ішемічною радикуломієлопатією (з синдромом БАС, передніх рогів і т.д.)	110-120	35-40	
	90-120	25-30		
5.	Торакалгія - помірно виражена	8-10	-	-
	- виражена з корінцевим синдромом	17-20	10-14	-
	- з м'язево-тонічним синдромом	20-24	12-16	-

6.	Люмбаго	7-10	5-8	-
7.	Люмбалгія - підгостра - хронічна	5-7 -	- -	- ТН визначається у осіб фізичної праці, які підлягають працевлаштуванню через ЛКК.
8.	Люмбоішалгія - м'язево-тонічна форма а) з різко вираженими проявами б) з помірними проявами - вегетативно-судинна форма з вираженими проявами - нейротрофічна форма з вираженим больовим синдромом	15-21 18-24 26-35	15-20 16-21 18-25	Часто рецидивуючі люмбоішалгії при неефективності лікування на протязі 4 міс. і неможливості працевлаштування через ЛКК. - - -
9.	Дискогенний попереково-крижовий остеохондроз - корінцевий синдром а) з вираженим больовим та рефлекторно-тонічним синдромом б) з помірно вираженим больовим синдромом в) з незначно вираженим больовим синдромом	35-60 16-20 - -	18-20 14-18 - -	Стійкий і довготривалий (>2міс.) больовий синдром при неефективності лікування та відмови від операції. Стійкий больовий синдром у осіб, які виконують важку фізичну працю, при неможливості працевлаштування через ЛКК. -
11.	Дискектомія (післяопераційний період) а) заднім доступом - гемілямінектомія, лямінектомія - інтерлямінектомія - ускладнена лямінектомія (2-3 дужок хребців)	100-120 70-80 105-120	25-45 15-21 25-35	Стійкий больовий синдром для продовження ТН, у хворих важкої фізичної праці для визначення інвалідності через 8 міс. Працевлаштування через ЛКК. Виражений больовий синдром, неврологічний дефіцит, проти

				покази у роботі, неможливість раціонального працевлаштування через ЛКК.
	б) переднім доступом (дискектомія з переднім спонділодезом)	120-220	45-60	Стійкий больовий синдром, тривала консолідація – для продовження ТН;
	- декомпресія хребетної артерії	60-75	30-65	При неможливості працевлаштування через ЛКК – визначення інвалідності

Необхідний мінімум обстежень при направленні на МСЕК:

1. Рентгенографія хребта.
2. Комп'ютерна томографія хребта.
3. Консультація нейрохірурга (при довготривалому > 2 міс. больовому синдромі, після дискектомій).
4. Консультація травматолога-ортопеда (при післятравматичних остеохондрозах).
5. Реоенцефалографія (при синдромі хребетної артерії).
6. Люмбальна пункція, контрастна мієлографія (при спинальних інсультах).
7. Загальний аналіз крові, сечі, ФГ ОГК.

Приклади формування діагнозів:

1. Шийний остеохондроз, унковертебральний артоз C₅–C₆, C₆-C₇, помірно виражений правобічний корінцевий синдром, задній шийний симпатичний синдром з рідкими цервікокраніальними та вестибулярними приступами в стадії ремісії, рецидивуючий перебіг.

2. Поперековий остеохондроз хребта, з люмбаго з вираженим больовим синдромом.

3. Поперековий остеохондроз, дискогенна радикулопатія L₅ справа з помірним парезом розгиначів правої ступні, різко вираженим больовим синдромом, часто рецидивуючий перебіг.

4. Поперековий остеохондроз, дискогенна радікулопатія L₅. Компресійна радікуломієлоішемія, операція гемілямінектомія (дата) з вираженим в'ялим нижнім паранарезом із значним порушенням функції ходи.

При направленні на МСЕК у діагнозі необхідно вказувати ступінь порушення статико-динамічної функції хребта. Виділяють чотири ступеня порушення:

1. Незначне.
2. Помірне.
3. Виражене.
4. Значно виражене.

При оформленні документів на МСЕК лікарі повинні чітко керуватися критеріями частоти та тривалості загострень, об'єму рухів в хребті, володіти методами об'єктивізації больового синдрому.

Критерії частоти загострень при остеохондрозі хребта:

1. Часті – 4-5 разів на рік;
2. Середні – 2-3 рази на рік;
3. Рідкі – 1-2 рази на рік.

Методи об'єктивізація больового синдрому.

1. Загальний вигляд хворого, його хода і поведінка.
2. Синдроми натягу (Ласега, Бонне, Нері, Вассермана, „триноги” тощо) з контролем (друга фаза симптому Ласега, симптом „посадки”, маршова проба Панова).
3. Больові точки напруження паравертебральних м'язів.
4. Обмеження рухів у хребті.

Критерії об'єму рухів в поперековому та нижньогрудному відділах хребта:

	<i>Згинання</i>	<i>Розгинання</i>	<i>Бокові нахили</i>
<i>Норма</i>	60 ⁰ - 90 ⁰	45 ⁰ – 50 ⁰	20 ⁰ – 30 ⁰

Ступені обмеження:

I ступінь	50 ⁰ – 80 ⁰	25 ⁰ – 45 ⁰	15 ⁰ - 20 ⁰
II ступінь	10 ⁰ – 50 ⁰	10 ⁰ – 25 ⁰	10 ⁰ – 15 ⁰
III ступінь	до 10 ⁰	до 10 ⁰	до 10 ⁰

Осьове навантаження на хребет

(порушення опорно-статичного навантаження):

Норма: болючість при навантаженні більше 30 кг.

Ступені порушення:

- I ступінь 20-30 кг
- II ступінь 10-20 кг
- III ступінь до 10 кг
- IV ступінь нестерпність вертикального положення.

Орієнтовні дані вираженості больового синдрому:

- при поперековому остеохондрозі:

1. Легкий – біль виникає при вставанні з ліжка, рухах в положенні стоячи.
2. Помірний – біль при спробі здійснити рухи в ліжку, але відсутні в спокої.
3. Виражений – біль в спокої, що посилюється при незначних рухах.

- при шийному та грудному остеохондрозі:

1. Легкий – *непостійний ниючий біль, що виникає при значному і тривалому фізичному навантаженні на м'язи плечового поясу та шиї.*
2. Помірний – *постійно ниючий біль в ділянці плечового поясу спини, що посилюється при форсованих рухах головою.*
3. Виражений – *постійний різкий біль в ділянці шиї, потилиці, грудному відділі хребта, що посилюється при незначних рухах, анталгічна поза.*

Причини обмеження життєдіяльності при вертеброгенних захворюваннях

1. Больовий синдром .

- при поперековому і грудному остеохондрозі порушується здатність до пересування, стояння, підтримки пози;
- при шийному остеохондрозі порушується функція верхніх кінцівок, затруднені рухи в шийному відділі хребта, що в цілому знижує здатність до повсякденної та трудової діяльності.

2. Руховий дефіцит.

Спостерігається при вираженому порушенні статико-динамічної функції хребта, нижніх моно- та парапарезах у хворих з синдромом кінського хвоста, з радікуломієлоішемією, що обмежує здатність до пересування.

3. Кохлеовестибулярні порушення, цервікалгії.

У хворих з заднім шийним симпатичним синдромом, що провокуються різкими рухами в шийному відділі хребта, вібрацією тощо і ведуть до обмеження життєдіяльності в побуті і трудових можливостей.

4. Часті загострення, які обумовлені несприятливими умовами праці:

значним фізичним напруженням, загальною та місцевою вібрацією, вимушеним положенням голови, тулуба, кінцівок; несприятливими метеоумовами, впливом нейротропних ядів, частими згинаннями хребта, роботою під землею.

Основою для встановлення інвалідності є поєднання таких факторів:

- 1. Порушення функції організму.**
- 2. Стійке обмеження життєдіяльності.**
- 3. Соціальна недостатність.**

КРИТЕРІЇ ІНВАЛІДНОСТІ

ІІІ ГРУПА ІНВАЛІДНОСТІ

- виражені розлади чутливості, виражений парез однієї кінцівки або помірний парез обох кінцівок, помірне порушення функції тазових органів (по типу затримки імперативних покликів);
- стійкі (> 4 місяців) і виражені больові „м'язово-тонічні” та помірні вегетативно-трофічні (ціаноз, набряк або виразка) прояви;

- обмеження обсягу активних рухів у кінцівках, значна атрофія м'язів кінцівок: верхньої (плече – понад 4 см, передпліччя – понад 3 см, атрофія дрібних м'язів кисті), нижньої (стегна – понад 8 см, гомілки – понад 6 см, атрофія дрібних м'язів стоп);
- часті та довготривалі загострення (більше 90 днів на рік), якщо працевлаштування пов'язане із зниженням кваліфікації чи зменшенням об'єму виробничої діяльності;
- в післяопераційному періоді дискектомій (лямінектомій) особам фізичної праці на період раціонального працевлаштування (після продовження ТН до 8 міс.).

II ГРУПА ІНВАЛІДНОСТІ

- виражені розлади чутливості, виражені рухові порушення обох нижніх кінцівок (парапарез);
- виражені вегетативно-трофічні порушення (ціаноз, набряки, трофічні виразки);
- виражені порушення функції тазових органів;
- несприятливий перебіг захворювання, неможливість чи неефективність оперативного лікування;
- післяопераційний період дискектомій з переднім спонділодезом та ускладнених (двох-трьох дужок хребців) лямінектоміях у осіб важкої фізичної праці (терміном на 1 рік) при неможливості раціонального працевлаштування.

I ГРУПА ІНВАЛІДНОСТІ.

- різко виражені розлади чутливості та рухові порушення нижніх кінцівок (нижній виражений парапарез або параплегія);
- різко виражені порушення тазових органів та вегетативно-трофічні розлади (пролежні, трофічні виразки).

Особливістю експертизи вертеброгенних захворювань є порівняно нетривалий (1-2 роки) період перебування на інвалідності, після чого хворим вдається повернутися до попередніх чи полегшених умов праці. В зв'язку з цим повторні огляди хворих II та III груп інвалідності необхідно проводити щороку.

Профілактика інвалідності внаслідок вертеброгенних захворювань

Первинна профілактика:

- виключення факторів, які сприяють розвитку остеохондрозу хребта; попередження перенавантажень та порушень постави у дітей, правильний фізичний розвиток; зменшення мікро- і макротравматизації хребта у працюючих, обмеження вимушеного положення тулуба, голови тощо;
- виявлення при диспансерних та профоглядах осіб з початковими проявами остеохондрозу хребта, їх професійна орієнтація та раціональне працевлаштування з врахуванням протипоказів.;
- своєчасне та адекватне лікування травм хребта та захворювань опорно-рухового апарату.

Вторинна профілактика:

- оптимальне лікування і дотримання термінів ТН при загостреннях остеохондрозу хребта;
- зміна умов праці та своєчасне працевлаштування за рекомендаціями ЛКК із врахуванням рівня ураження та неврологічних проявів захворювання;
- своєчасне визначення показів до оперативного лікування з приводу дископатії;
- правильні рекомендації по профілактиці загострень хвороби в трудових умовах;
- диспансерний нагляд хворих, своєчасні курси протирецидивного лікування.

Третинна профілактика:

- адекватні індивідуальні лікувальні заходи, при необхідності – оперативне лікування;
- визначення III групи інвалідності та своєчасне раціональне лікування для попередження загострень та прогресування хвороби.

Реабілітація хворих та інвалідів

Медична реабілітація – це комплекс функціонально-відновних заходів, які направлені на відновлення функцій, здоров'я і працездатності хворих.

Основою медичної реабілітації хворих з остеохондрозом хребта є:

- дотримання етапності лікування: стаціонар, поліклініка, санаторій.
- широке застосування відновного лікування, що включає фізіотерапію, лікувальну фізкультуру, масаж, голко-рефлексотерапію та інші методи.
- індивідуальний підхід у лікуванні хворих, а не догматичне використання певних схем.
- використання оперативного лікування, як дієвого методу реабілітації при умові правильного відбору хворих з врахуванням показів та протипоказів до операції.

Професійна реабілітація – комплекс заходів, які направлені на повернення хворого чи інваліда до праці в доступній за станом здоров'я професії, динамічне спостереження за працездатністю хворих та інвалідів.

Заходи професійної реабілітації вертеброгенних хворих: адекватна професійна орієнтація, навчання чи перенавчання по доступній професії для подальшого працевлаштування по гуманітарній, адміністративно-господарській, інженерно-технічній сферах, в торгівлі, в комерційних та канцелярських закладах тощо.

Соціальна реабілітація – заходи, які передбачають соціально-побутову адаптацію інваліда, його соціальний захист.

Це включає:

- пенсійне забезпечення;
- пенсійну підтримку сім'ї інваліда;
- навчання інваліда самообслуговуванню, організацію його життя та побуту;

- виділення згідно показів засобів пересування (автомобіль, мото-, вело коляски тощо).

Про ефективність реабілітаційних заходів судять по:

1. Зменшенню частоти і тривалості ТН.
2. Позитивній динаміці інвалідності.
3. Поверненню інваліда до праці без обмеження.

Остеохондроз поперекового відділу хребта

Томограма 1



Остеохондроз поперекового відділу хребта

Томограма 2



Остеохондроз поперекового відділу хребта

Томограма 3



Остеохондроз поперекового відділу хребта

Томограма 4



СИМПТОМИ НАТЯЖІННЯ:

Симптом Бехтерєва (радикулярний; перехресний симптом Ласєга):

- характеризується появою болі в ураженій нозі та попереку під час піднімання витягнутої здорової ноги у положенні хворого лежачи на спині
- спостерігається при попереково-крижовому радикуліті або пухлині корінців спинного мозку

Симптом Бехтерєва (стовбурового ішіасу):

- при форсованому притисненні коліна до ліжка у хворого, що лежить на спині з розігнутими нижніми кінцівками, виникає біль у підколінній ямці
- спостерігається при невриті сідничного нерва

Симптом Бонне:

- поява болі в ураженій нозі під час її приведення
- спостерігається у гострій стадії корінцевої форми попереково-крижового радикуліту, а також при ураженні кульшового суглоба (у цьому випадку болі локалізуються у кульшовому суглобі)

Симптом Вассермана:

- хворому пропонують лягти на живіт і підняти догори витягнуту нижню кінцівку, розігнуту у коліні

Симптом Гроссмана (попереково-крижово-сідничний):

- викликають ударом молоточка по поперековим хребцям або по середній лінії крижів, реакцією у відповідь на подразнення є скорочення сідничних м'язів
- описаний при попереково-крижових радикулітах
- обумовлений підвищенням м'язового тонуусу сідничної групи м'язів

Симптом Дежеріна (сідничний):

- спостерігається при фізичному напруженні (чханні, кашлі) і характеризується раптовим наростанням болі у поперековій та крижовій областях
- характерний для попереково-крижового радикуліту, спіральних арахноїдитів, пухлин спинного мозку

Симптом Ласега:

- хворому, що лежить на спині піднімають випрямлену ногу, при цьому з'являється біль у попереку і по ходу сідничного нерва (перша фаза); при згинанні піднятої ноги біль зникає (друга фаза) і знову з'являється при спробі випрямити ногу
- симптом постійний при попереково-крижовому радикуліті, невриті сідничного нерва, може зустрічатися при ураженні попереково-крижового сплетіння

Симптом Мацкевича:

- у хворого, що лежить на животі, при згинанні нижньої кінцівки у колінному суглобі посилюється біль в області передньої поверхні стегна або в області пахової складки
- вказує на ураження стегнового нерва

Симптом міжхребцевого отвору:

- посилення болю та парестезій у зоні відповідного корінця при аксіальному навантаженні та схиленні вбік голови

Симптом Нері (Нері-Лінднера):

- якщо різко пригнути голову хворого, що лежить на спині з випрямленими ногами, то у нього виникають гострі болі у поперековій ділянці та по ходу сідничного нерва
- є характерним для корінцевої форми ураження сідничного нерва: належить до групи больових симптомів при попереково-крижовому радикуліті
- поява болі зумовлена на тяжінням оболонки спинного мозку у місцях проходження через них запалених корінців

Симптом нахилання Нері:

- хворому пропонують встати і нахилити тулуб вперед, при попереково-крижовому радикуліті хворий цього зробити не може через біль, що виникає у сідничній області та ногах

Симптом "посадки" ("поклону"):

- у хворого, що сидить, при схилянні тулуба вперед через болі рефлекторно згинається кінцівка в колінному суглобі
- симптом можна викликати при спробі посадити хворого у ліжку з випрямленими ногами
- спостерігається у хворих з попереково-крижовим радикулітом

Симптом триножника:

- при спробі посадити хворого у ліжку його голова відхиляється назад, а відведені назад руки утримують тулуб дещо відхиленим назад, якщо спробувати надати тулубу хворого вертикальне положення, то з'являється різкий біль вздовж хребта

Навчально-методичне видання

**Сучасні критерії медико-соціальної експертизи при
дегенеративно-дистрофічних захворюваннях хребта**

(Методичні рекомендації)

Підписано до друку 10.11.2003. Формат 29,7×42 1/4
Гарнітура Times New Roman
Папір офсетний. Друк різнографічний.
Ум. друк. арк. 1,52
Наклад 100 прим.

ПП О. Власюк
Свідоцтво Держкомінформу України
серія ДК № 1114 від 12.11.2002.
21021, м. Вінниця, а/с 1883.