

УДК 616-009.7

© ЧЕРНЫШОВА Е.Е., СТРИКЕЛЕВ В.С., МАТЫЛЕНКО В.Ф.

ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ КАРИПАИНОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Е.Е. Чернышова, В.С. Стрикелев, В.Ф. Матыленко.

ФГУЗ «Клиническая больница № 51 ФМБА России», Железногорск, Красноярский край, РФ

662990, Красноярский край, г. Железногорск, ул. Кирова, д. 5

E-mail: kb-51@med26.krasnoyarsk.ru

Резюме. В статье на клинических примерах доказана эффективность консервативного лечения грыж межпозвонковых дисков, представлено клинико-фармакологическое действие препарата карипаин, рассказан механизм образования грыжи межпозвоночного диска. Эффективность препарата карипаин подтверждена результатами клинического обследования и данными магнитно-резонансной томографии у пациентов с дископатиями, дегенеративно-дистрофическими изменениями и вертеброневрологической симптоматикой.

Ключевые слова: межпозвонковые диски, грыжа, карипаин.

Введение. Причиной боли в спине в 80% случаев является остеохондроз позвоночника – дегенеративное изменение межпозвонковых дисков и, как крайнее проявление – грыжа межпозвонкового диска [2].

Межпозвонковой грыжей страдают в той или иной степени около четверти всего населения. Она затрагивает те «амортизаторы», которые обеспечивают подвижность позвоночного столба, его защиту от нагрузок. Чаще всего болезнь вызывается нарушением обмена веществ, наследственными причинами, травмами, инфекциями. Остеохондроз увеличивает риск появления грыжи. Сам диск, который состоит из жесткой внешней оболочки и студнеобразного внутреннего ядра, со временем «стареет», становится менее упругим, эластичным, пропитывается кальцием. И в какой-то момент под влиянием сильной нагрузки плотная внешняя оболочка выбухает в спинномозговой канал (протрузия), а затем лопается, и внутреннее содержимое начинает через трещину постепенно выходить наружу.

Существует 2 подхода к лечению межпозвонковых грыж – хирургический и консервативный. Оперативное лечение заключается в отсечении (резекции) того участка грыжи, который сдавливает спинномозговой корешок. Хирургическое удаление грыжи дает быстрое избавление от боли, но проводится в тех случаях, когда другие (нехирургические) возможности лечения исчерпаны. Консервативное лечение (массаж, лечебная гимнастика, мануальная терапия, физиотерапия, грязелечение, медикаментозная терапия) уменьшает отек и напряжение окружающих тканей, укрепляет мышцы, ответственные за стабилизацию позвоночника, улучшает кровообращение, за счет этого устраняя болевой синдром, но эффект от обычного консервативного лечения, в большинстве случаев, кратковременный – в среднем 1 – 4 месяца. Кроме того, эти способы лечения не останавливают прогрессирование дегенеративных изменений в межпозвонковых дисках.

Одним из консервативных методов лечения является применение электрофореза с ферментативным препаратом карипаин (производитель НПК С-КОМ» г. Москва).

Карипаин – протеолитический ферментный препарат прямого действия растительного происхождения, полученный из латекса папайи, в медицинской практике используется раствор его лиофилизированного порошка. Единицы активности выражаются по классификации международной федерации фармацевтики (1 фл карипаина соответствует 350 Fir-PE). Карипаин характеризуется протеолитической активностью широкого спектра. В состав препарата входят три протеолитических фермента (папаин, химопапаин, протеиназа) и муколитический фермент – лизоцин, содержащие в своих активных центрах сульфгидрильные группы.

Оптимальные условия действия карипаина: pH 5-7, температура 37°C. Данные вещества положительно влияют на коллагеновые хрящевые ткани, из которых состоят межпозвонковые диски и, соответственно, на ткани грыжи. В определенной концентрации карипаин, введенный методом электрофореза, влияет на саму грыжу. Она начинает постепенно уменьшаться, становится мягкой. Этого порой бывает достаточно, чтобы освободить от компрессии нервный корешок и боли в позвоночнике постепенно проходят.

Межпозвоночный диск становится более эластичным, «упругим», увеличивает высоту, как бы «омолаживается». Препарат усиливает регенерацию тканей диска, который восстанавливает свою нормальную форму и свою функцию амортизатора. Вводимый карипаин воздействует на несколько соседних межпозвонковых дисков, восстанавливая целый отдел позвоночника [8].

Лечение курсовое – от 1-го до 3-х курсов по 20 – 30 процедур каждый, между курсами интервал от 1-го до 2-х месяцев. Препарат может использоваться в любом медицинском учреждении, где есть аппарат для электрофореза (например, «Поток-1») или фонофореза. Дополнительным компонентом

комплексного лечения является специальная лечебная гимнастика, укрепляющая мышцы спины, живота, шеи, конечностей, создающая «мышечный корсет» и стабилизирующая позвоночник, что позволяет больному легче переносить физические нагрузки. Кроме того, при необходимости применяется массаж, мягкое вытяжение, осторожная мануальная терапия, противовоспалительная медикаментозная терапия. Между курсами больным рекомендуются занятия в бассейне.

Однако есть формы заболевания – секвестрированные грыжи, с фораменальным ущемлением нервов, с грубым нарушением кровообращения в этой зоне и нестерпимыми, жесточайшими болями, которые требуют безусловного оперативного вмешательства.

Цель. Оценить эффективность консервативного лечения грыж межпозвоночных дисков с использованием препарата карипаин.

Материалы и методы. В исследование включено 33 больных с верифицированными дегенеративно – дистрофическими изменениями в позвоночнике. 13 пациентам после лечения проведена МРТ в динамике. Из пациентов, вошедших в исследование, 15 (45,46%) – женского пола, 18 (54,54%) – мужского. Возраст 32-58 лет.

Критерии отбора пациентов в группу исследования:

- наличие дископатий (протрузии, грыжи) по данным МРТ-исследования;
- наличие иных выраженных дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике (деформативные изменения, спондилоартроз, спондилёз, дегенеративный стеноз позвоночного канала, рубцово – спаечные изменения) по данным МРТ;

- наличие клинической неврологической симптоматики, представленной болевыми, миодистоническими, двигательными, сенсорными и другими нарушениями.

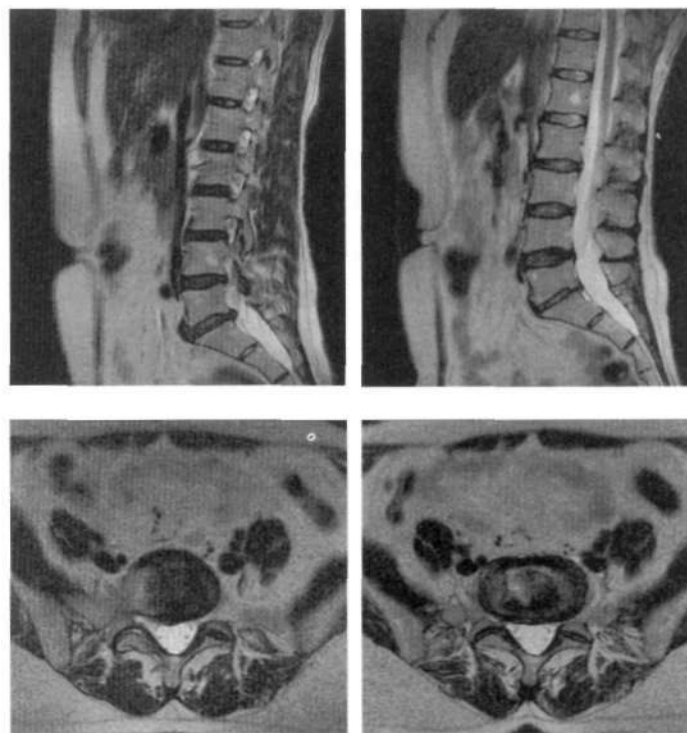
Клиническая синдромология в группе больных была представлена:

- люмбагией, люмбоишиалгией – у 4 пациентов,
- цервикалгией, цервикобрахиалгией – у 11 пациентов,
- корешковой компрессией L 5 – у 4 пациентов,
- корешковым синдромом S 1 – у 5 пациентов,
- сочетанным корешковым синдромом L5 и S1 – у 9 пациентов.

Структурные дегенеративно – дистрофические изменения в позвоночнике были представлены:

- протрузиями межпозвоночных дисков на поясничном уровне – у 7 пациентов,
- протрузиями на шейном уровне – у 6 пациентов,
- грыжей диска на поясничном уровне – у 6 пациентов,
- сочетание протрузий и грыжи на поясничном уровне – у 9 пациентов,
- сочетание протрузий и грыжи на шейном уровне – у 5 пациентов.

Наблюдение включало, помимо общеклинических методов, МРТ, проводимую на магнитно-



А)

Б)

Рис. 1. Пациентка Л., 47 лет. МРТ поясничного отдела позвоночника (сагиттальная, аксиальная проекции). А – 17.05.2005 г., протрузия диска L4-5 0,6 см.; Б – 24.03.2009 г., протрузия L4-5 0,3 см.

резонансном томографе «Магнетом Концерто» («Siemens») до и после лечения. В шейном отделе позвоночника изучались диски С2-С7 (11 пациентов), в пояснично-крестцовом отделе – диски L3 – S1 (22 пациента).

Всем больным (100% n=33) было проведено курсовое лечение электрофорезом с карипаином: 3 курса по 20-30 процедур с перерывами между курсами – 1-1,5 месяца. Принцип метода лечения: 1 флакон карипаина разводился в 10 мл физиологического раствора с добавлением 2-3 капель димексида для лучшего проникновения препарата в кожу. Раствор наносился на фильтровальную бумагу белого цвета, размещенную на прокладках электрода. Размеры электрода не менее 250 кв.см., температура прокладок 37-39°C. Карипаин вводился постоянным током от аппарата с положительного полюса, сила тока – 10-15 мА, время процедуры – 15-20 мин. В перерывах между курсами пациентам было рекомендовано проводить массаж и специальную лечебную гимнастику. Учитывая длительность лечения, данная методика была специально адаптирована для применения в амбулаторных условиях.

Результаты.

По данным МРТ, в большинстве случаев определялись задние срединные и интрафораминальные грыжи дисков, на фоне сопутствующего остеохондроза, спондилеза, спондилоартроза, а также циркулярных равномерных или неравномерных протрузий дисков. После завершения лечения при контрольном МРТ у большинства больных отмечалось достоверное уменьшение передне-задних

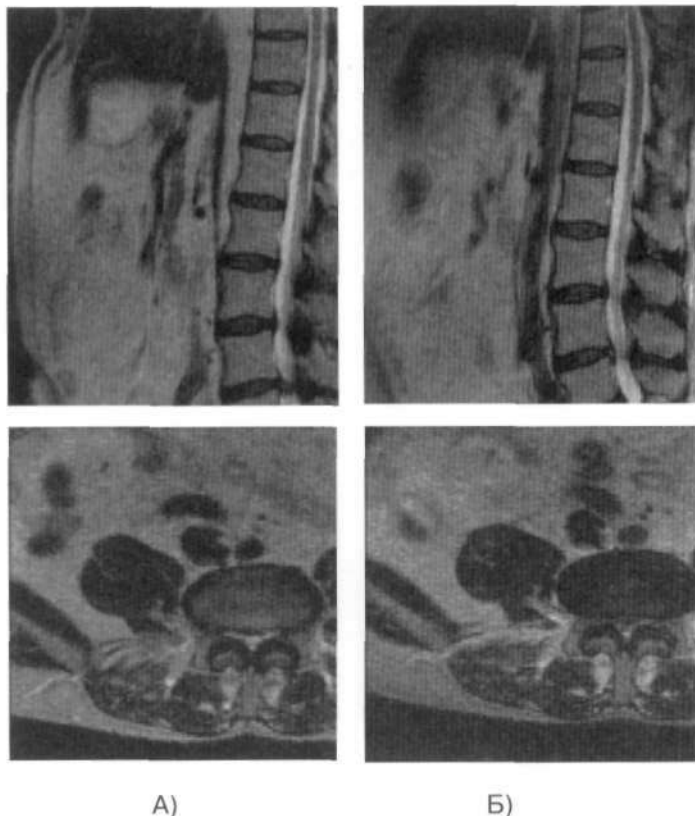


Рис. 2. Пациентка Б., 46 лет. МРТ поясничного отдела позвоночника (сагиттальная, аксиальная проекции). А – 28.04.2008 г., грыжа L4-5 0,77 см, протрузии L5-S1 0,67 см, L3-4 0,6 см.; Б – 04.12.2008 г., грыжа L4-5 редуцирована, протрузии L5-S1, L3-4 уменьшились

размеров грыжи или протрузии на 2-4мм – у 6/33 пациентов (46,16%), а также уменьшение ее объема на треть или наполовину – у 4/33 (30,77%), (рис. 1-2). При этом плотность грыжи понижалась, структура становилась более однородной, контуры более четкими. Иногда по краям грыжи визуализировались мелкие обызвествления, что свидетельствовало о ее ограничении. В некоторых случаях ранее видимая грыжа при повторном исследовании не определялась у 2/33 (15,39%) пациентов, отмечалось полное восстановление диска с регрессом клинической симптоматики, что сопровождалось значительным клиническим улучшением: уменьшением или исчезновением болей, головокружений, статикодинамических нарушений, восстановлением чувствительных и двигательных функций. В единичном случае динамического изменения размеров и объема грыжи не наблюдалось, клинические проявления оставались прежними (1/33; 7,70%).

После завершения курса терапии препаратом карипаин пациенты трактовали результаты лечения: «значительное улучшение» – 17/33 (51,52%) пациентов, «умеренное улучшение» – 8/33 (24,24%) пациентов, «незначительное улучшение» – 7/33 (21,22%) пациентов, «отсутствие динамики» – 1/33 (3,02%) пациентов, «ухудшение» – не отмечалось.

Оценивая характер и частоту побочных реакций терапии карипаином, следует отметить достаточно благоприятный профиль безопасности препарата – в двух случаях отмечались местные реакции в

виде сыпи в области постановки электрода. Других осложнений (побочных реакций) терапии отмечено не было.

Клинический пример №1. Пациент Б., 57 лет, обратился к неврологу поликлиники с жалобами на постоянные умеренно выраженные боли ноющего характера в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией по наружно-задней поверхности левой ноги. При осмотре в неврологическом статусе: походка шатающаяся, прихрамывает на левую ногу. Поясничный лордоз резко уплощен, сколиоз II ст. вершиной вправо. Дефанс мышц спины (++) справа. Движения в поясничном отделе резко ограничены во все стороны. Симптом Ласега – угол 30° слева, 60° справа. Коленные рефлексы D=S, средней живости. Ахилловы рефлексы снижены, D>S. Слабость в разгибателях I пальца левой стопы. Гипестезия на левой стопе в зоне иннервации корешка S1. МРТ от 28.04.08г. – остеохондроз поясничного отдела позвоночника в сегментах L2-L3, L3-L4, L4-L5, L5-S1, грыжа диска L4-L5 0,77 см., протрузия диска L3-L4 0,6 см, L5-S1 0,67 см. Выставлен диагноз: Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с радикулопатией L5-S1 слева, умеренно-выраженный болевой синдром. Грыжа диска L4-L5. Протрузия диска L3-L4, L5-S1. Легкий парез левой стопы. Пациент получал противоотечную терапию, НПВС, витамины группы В. Улучшения незначительные. За год три случая временной нетрудоспособности. Прошел три курса электрофореза с карипаином, 20-25 сеансов за курс, перерыв 1 месяц между курсами. После лечения МРТ в динамике от 04.12.08г.: грыжа L4-L5 редуцирована, протрузии уменьшились. На фоне проводимой терапии боли прошли. В неврологическом статусе отмечается снижение ахиллова рефлекса слева. Случаев временной нетрудоспособности за последние 2 года не было.

Клинический пример №2. Пациентка Л. 47 лет. Обратилась к неврологу с жалобами на тянущие боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в правую ногу. МРТ 01.07.09г.: остеохондроз L2-L3, L3-L4, L4-L5, правосторонняя парамедиальная грыжа L4-L5 0,82 см. Проводилась терапия НПВС, улучшение не отмечалось. Пациентке добавлен электрофорез с карипаином, через три сеанса отмечалась местная реакция в виде сыпи в области постановки электрода. После приёма антигистаминных препаратов был продолжен курс электрофореза – всего проведено 3 курса, по 30 сеансов с перерывом 1,5 месяца между курсами. Боли купировались после первого курса. МРТ в динамике от 26.03.10г.: грыжа диска L4-L5 уменьшилась до 0,41 см (рис. 1, 2).

Выводы.

1. Препарат карипаин является высокоэффективным лечебно-реабилитационным средством (99%), способствующим репаративно-восстановительным процессам в позвоночном двигательном сегменте при дископатиях (грыжах, протрузиях) и других вариантах дегенеративно-дистрофической патологии.

2. Эффективность карипаина подтверждена

результатами клинического обследования и данными МРТ у 9 из 12 пациентов с дископатиями, дегенеративно-дистрофическими изменениями и вертебронеурологической симптоматикой, что составило 75% от всей группы исследования.

3. Комплекс ферментов, входящих в состав карипаина, позволяет воздействовать непосредственно на причину возникновения заболевания – нарушение обмена веществ в межпозвоночных дисках, что является одним из предрасполагающих факторов к образованию грыж межпозвоночных дисков, и, как следствие – возникновению болей в спине.

4. Методика лечения доступна в применении и безболезненна.

5. Курс физиотерапевтических процедур с карипином в отдельных случаях является альтернативой хирургическому вмешательству по поводу грыжи межпозвоночных дисков.

Литература:

1. Голубев В.Л. Болевые синдромы в неврологической практике. – МЕД пресс-информ, 2010
2. Кузнецов В.Ф. Вертебронеурология. – Минск: Изд-во: «Книжный дом», 2004.

3. Насонов Е.Л., Лазебник Л.Б., Беленков Ю.Н. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. – М.: Изд-во «Алмаз», 2006.

4. Парусов С.И. Особенности применения препаратов серии карипаин для лечения заболеваний позвоночника // Поликлиника. – 2007. – №5. – 2007. – С. 45-46.

5. Подчувалова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. – Изд-во: ГЭОТАР-Медиа, 2010.

6. Покотило Л.И. Методики применения препаратов «Карипаин» для физиотерапевтов // Поликлиника. – 2007. – №3. – С. 20-21.

7. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология – МЕДпресс-информ, 2008.

8. Приходько Е.В. Применение карипаина для консервативного лечения заболеваний позвоночника и суставов. // Вестник. – 2009. – №18(410). – С.

17. 9. Рачин А.П., Якунин К.А., Демешко А.В. Миофасциальный болевой синдром М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009.

10. Силантьев К. Классическая неврология. – Волгоград: Изд-во «Панорама», 2006.

11. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. – М.: Изд-во: «Медицина», 1989.

12. Шток В.Н., Левин О.С. Справочник по формированию клинического диагноза болезней нервной системы. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006

EXPERIENCE IN CONSERVATIVE TREATMENT OF INTERVERTEBRAL DISC HERNIA WITH KARIPIAIN

E.E. Chernyshov, V.S. Strikelev, V.F. Matylenko

Clinical Hospital № 51 of FMBA Russia, Zheleznogorsk, RF

Abstract: In the article on the clinical examples prove the effectiveness of conservative treatment of intervertebral disc hernia, presented clinical and pharmacological effects of the drug karipain, said the mechanism of herniated disc. Effectiveness of the drug karipain confirmed by the results of clinical examination and data from magnetic resonance imaging in patients with spondiloartrosis, degenerative-dystrophic changes and vertebroneurological symptoms.

Key words: *intervertebral disk, herniation, karipain.*

Статья поступила в редакцию 08.02.2011г.