

Б. В. Дривотинов¹, А. И. Гаманович²

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВИСЦЕРО-ВЕРТЕБРАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
ГУ «1134 ВКМЦ ВС РБ», г. Гродно²

Показано важнейшее значение роли висцеральной патологии в формировании отраженного болевого синдрома при поясничном остеохондрозе. В латентном периоде или стадии ремиссии, отраженный болевой синдром, имитируя клинику вертеброгенной люмбалгии или люмбоишиалгии, может оказаться источником диагностических ошибок и неадекватного лечения. Разработанная схема распределения пациентов, в зависимости от преобладания доминирующей патологии, вызывает необходимость патогенетической конкретизации и терапевтической коррекции с помощью дифференцированного лечения вертеброгенного пояснично-крестцового болевого синдрома.

Ключевые слова: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, висцеро-вертебральный болевой синдром, латентное течение остеохондроза, отраженный болевой синдром, медикаментозные блокады.

B. V. Drivotinov, A. I. Gamanovich

FEATURES OF THE DIFFERENTIATED TREATMENT OF PATIENTS WITH VISCERO-VERTEBRALNYM THE PAIN SYNDROME AT LUMBAR OSTEOCHONDROSIS

The crucial role in the formation of visceral pathology reflected pain in lumbar degenerative disc disease is displayed. In the latent period or remission reflected pain, simulating the clinic vertebral lumbar ischialgia or lumbodynia may be a source of misdiagnosis and inadequate treatment. The scheme of distribution of patients, depending on the prevalence of the dominant pathology causes necessity of specification pathogenetic and therapeutic correction using vertebrogenic differentiated treatment of lumbosacral pain.

Key words: lumbar degenerative disc disease, viscera-vertebral pain, latent course of degenerative disc disease, reflected pain, pharmacological blockade.

Остеохондроз позвоночника (ОП) – самое распространенное, хроническое заболевание человека, проявляющееся в наиболее трудоспособном возрасте, поэтому его актуальность определяется не только теоритическими, но медико-социальными мотивами. В структуре неврологической заболеваемости взрослого населения вертеброгенная патология занимает первое место по распространенности (от 39,5% в возрасте после 20 лет и до 100% – после 60 лет) и количеству дней нетрудоспособности (32–161 день на 100 работающих в год). В основе ОП лежит дегенеративно дистрофический процесс в межпозвонковых дисках (МПД) с последующим распространением на костно-связочный аппарат позвоночника. Особенно часто явления дегенерации наблюдаются в трех нижних поясничных МПД, составляя 39,5% в возрасте 20–29 лет, 80% – после 49 лет у мужчин, 60% – женщин и почти 100% – после 60 лет [7, 8]. Около 80% населения развитых стран планеты страдает болями в спине, которые чаще всего обусловлены ОП. На их лечение и реабилитацию расходуются огромные средства. В большом клиническом полиморфизме ОП основным и наиболее ранним яв-

ляется локальный и отраженный болевой синдром, отличающийся непредсказуемостью проявления. В одних случаях он может рецидивировать несколько раз в год, в других – месяцами и более не имеет клинического проявления. Даже при сильнейших болях в пояснично-крестцовой области, нередко иррадирующих в нижние конечности, ОП может находиться в стадии глубокой, продолжительной ремиссии [18, 21] или протекать латентно [7]. Но болевой синдром представляет собой не только следствие активности локальной дегенеративно-дистрофической патологии межпозвонкового диска (МПД) и окружающих его образований, а заболевание целостного организма, обусловленное нарушением его важнейших функциональных систем. Это структурные и метаболические изменения в межпозвонковом хряще, сопровождающиеся нарушением белкового метаболизма, аутоиммунным процессом, сегментарной и надсегментарной функций ЦНС, различных сторон нейрогуморальной регуляции. Возникающие при этом вегетативно-сосудистые дисфункции, сдвиги в симпатoadrenalовой и вагоинсулярной, холинергической, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системах

изменяют саморегуляцию, лежащую в основе саногенеза, обеспечивающего адаптацию организма к меняющимся условиям внешней и внутренней среды [4, 7]. При рецидивирующем течении заболевания практическое выздоровление рассматривается в виде ремиссии. Однако ремиссия при вертеброгенной патологии далеко не всегда отражает полноту выздоровления. После консервативного и хирургического лечения у большинства больных, сохраняется повышенная истощаемость корковых процессов (астения, гипомнезия, гипопрозекия и т. д.), спастические реакции в сосудах нижних конечностей, метаболические, гормональные и аутоиммунные нарушения. С этих позиций ремиссии при вертеброгенной патологии следует рассматривать как сложный компенсаторно-восстановительный процесс, происходящий в различных физиологических системах. Чем глубже и выраженнее диссоциация между динамикой купирования болевого синдрома и корковыми, вегетативно-сосудистыми, метаболическими и иммунологическими сдвигами, тем менее стойки и продолжительны ремиссии, которые при неблагоприятном воздействии (переохлаждение, инфекция, интоксикация, физическое напряжение и т. д.) могут сменяться рецидивами. Если исчезновение болевого синдрома сопровождается выравниванием указанных сдвигов, то ремиссии становятся более полноценными и продолжительными [5].

Таким образом, ОП и его клинические проявления развиваются в результате взаимодействия патогенетических и защитно-адаптационных реакций. Если преобладают метаболические и микроциркуляторные, аутоиммунные саногенетические реакции и возникает физиологическая адаптация к перегрузкам ПДС, то заболевание может протекать латентно. В таких случаях связь локального или отраженного болевого синдрома только с данными нейровизуализации может оказаться ошибочной. При латентном течении ОП под воздействием неблагоприятных факторов (внешней и внутренней среды) происходит декомпенсация трофических систем и дезадаптация к физическим нагрузкам межпозвонкового диска, что приводит к клинике остеохондроза и прежде всего к локальному или отраженному болевому синдрому [5, 7]. В его развитии и формировании важная роль принадлежит сопутствующей висцеральной патологии, так как при этом рефлекторно формируются условия для изменения трофики мышечной ткани, миофасцикулярные гипертонусы в толще скелетных мышц, функциональные блокады позвоночно-двигательных сегментов [7, 8, 9, 10]. Это создает видимость первичной патологии непосредственно в позвоночнике, а устранение функциональных нарушений методами мануальной терапии приводит к иллюзии излечения [14]. Связь патологии внутренних органов, с пояснично-крестцовым болевым синдромом, как и афферентация вертеброгенной боли в висцераль-

ный орган, определяется анатомо-физиологическими особенностями вегетативной и соматической иннервации тканей позвоночного канала и внутренних органов [16, 19]. Между тем, в обширной литературе, посвященной дорсапатиям, недостаточно внимания уделяется отраженному висцеро-вертебральному болевому синдрому, особенно механизмам его формирования, диагностике и лечению. Вертеброгенные висцеро-эффektorные отраженные склеротомные, миотомные и дерматомные болевые афферентации, как источник проприоцептивной импульсации при патологии внутренних органов (зоны Геда-Захарьина) описаны многими авторами (Я. Ю. Попелянский, Б. Г. Петров, В. П. Веселовский, М. К. Бротман, М. Р. Магенович, М. Е. Фурман, Г. С. Юмашев, Г. И. Иваничев и др.). Показана роль ОП, как дополнительного очага формирующего доминанту (Я. Ю. Попелянский 1961, Б. Г. Петров 1964, 1971, Е. С. Заславский 1969 и др.). Однако в современной литературе, затрагивающей проблему болей в нижней части спины (дорсалгий, дорсапатий), висцеральной патологии, как фактору способствующему проявлению болевого синдрома отводится не более 2–3% (Е. В. Подчуфарова 2010, Р. Г. Есин 2011, В. В. Поворознюк 2011, А. И. Исайкин 2011 и др.). К тому же, в ряде публикаций нивелируется роль ОП в формировании болевого синдрома или подчеркивается его гипердиагностика (П. Л. Жарков 2001, Р. А. Алтунбаев 2009, С. П. Маркин 2009, Б. М. Доронин 2010, Ш. Ф. Эрдес 2010, Н. В. Вахнина 2010, Т. В. Дубинина 2011, и др.). Между тем, в повседневной клинической практике часто приходится испытывать большие трудности при дифференциации болей вертеброгенного и отраженного висцерального генеза или их сочетания. Ошибочная диагностика у таких пациентов приводит к неадекватному лечению, и даже необоснованным хирургическим вмешательствам [2, 17, 23]. Поэтому попытки сузить клиническое значение ОП, изолировать эту проблему от общей медицины дезориентирует исследовательскую мысль и приносит ущерб терапевтическим мероприятиям (Я. Ю. Попелянский 1969).

Цель и задачи исследования

1. Определить роль и частоту висцеральной патологии в формировании и особенностях проявления локального и отраженного болевого синдрома у пациентов с вертеброгенной люмбалгией и люмбоишиалгией.
2. Провести анализ эффективности дифференцированного лечения пациентов с отраженным висцеро-вертебральным болевым синдромом.

Материалы и методы

Нами наблюдалось 115 пациентов, находящихся на стационарном лечении в неврологическом отделении в 2013 г. ОП подтверждался данными нейровизуализации (рентгенография, КТ или МРТ). Среди пациентов было 92 мужчин и 21 женщина, в возра-

сте от 20 до 84 лет (средний возраст 42,2 года). У 81 (70,4%) больного диагностирована «вертеброгенная (остеохондроз, грыжа диска и др.) люмбалгия», а у 34 (29,6%) – «вертеброгенная (остеохондроз, грыжа диска и др.) люмбоишиалгия». Всем пациентам проводились общесоматические и неврологические исследования [7, 8, 9, 10]. Давалась оценка болезненности межпозвоноковых суставов, подвижности в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненности остистых отростков, межостистых связок и паравerteбральных зон, симптомов натяжения; определялось наличие миофасцикулярных гипертонусов в толще скелетных мышц.

Выраженность болевого синдрома определялась по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ); оценка психоэмоционального состояния проводилась с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS); нарушения адаптации к повседневной жизнедеятельности выявлялись с использованием опросника Роланда-Морриса. При клинических проявлениях висцеральной патологии выполнялись дополнительные диагностические исследования (фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), ультразвуковое исследование внутренних органов (УЗИ) и др.), а так же – консультации смежных специалистов (терапевт, хирург, уролог, гинеколог).

Результаты и обсуждения

По результатам проведенных исследований – у 89 (77,4%) из 115 пациентов диагностирована сопутствующая патология внутренних органов (язва желудка и двенадцатиперстной кишки, аднекситы, фибромиомы, простатиты, мочекаменная болезнь, нефропатии, синдром «тазового дна», колиты, холециститы, пневмонии и др.) разной степени выраженности, а у 16 (18%) из них – одновременно заболевание двух и более

органов. Сопоставляя данные вертебрального статуса, лабораторно-инструментальных исследований и заключений смежных специалистов, согласно разработанной нами ранее схемы (рис. 1), в зависимости от преобладающей патологии вызвавшей болевой синдром (т. е. висцеральной, вертеброгенной или их сочетания) были получены следующие результаты.

Превалировала первая группа – 44 человека (38,2%) – пациенты с отраженным висцеро-вертебральным болевым синдромом, поясничный остеохондроз у которых находился в стадии латентного периода или ремиссии, а висцеральная болевая афферентация имитировала клинические проявления вертеброгенной люмбалгии или люмбоишиалгии. Во второй группе – 16 человек (14%), пациенты с вертеброгенным, преимущественно отраженным висцеральным болевым синдромом, у которых заболевание внутреннего органа или его обострение являлось доминирующим в формировании локальных и отраженных болей при ОП. В третьей – 29 человек (25,2%), пациенты с вертеброгенным и отраженным висцеральным болевым синдромом, у которых в равной степени проявлялась клиника активности ОП и висцеральной патологии (паритетное соотношение). В четвертой группе – 26 человек (22,6%), пациенты с вертеброгенной люмбалгией или люмбоишиалгией, при отсутствии висцеральной патологии (рис. 2). Особенности формирования отраженного висцеро-вертебрального болевого синдрома подтверждались данными тестирования. Так, у пациентов второй и третьей групп (5 баллов и 5,3 балла), болевой синдром формировался за счет, как отраженного висцерального, так и вертеброгенного компонентов. У пациентов четвертой группы болевой синдром являлся следствием выраженности степени активности вертеброгенного дегенеративно-дистрофическо-



Рис. 1. Схема формирования висцеро-вертебрального болевого синдрома при поясничном остеохондрозе

го процесса, без влияния патологической импульсации из внутренних органов, на что указывает меньшая интенсивность боли – 4,3 балла. У пациентов первой группы данный показатель был менее 3,5 балла, что объясняется особенностями формирования отраженного болевого синдрома, в зависимости от выраженности проприоцептивной афферентации из пораженного внутреннего органа при латентном течении ОП (рис. 3).

Оценка формирования болевого синдрома подтверждалась выявленными тревожно-депрессивными расстройствами. Нарушения психоэмоционального статуса наблюдались у пациентов всех групп, однако в сравнении с пациентами четвертой группы (26,9%) у пациентов первых трех групп данный показатель был существенно выше: первая группа – 31,8%, вторая – 43,75% и третья – 34,48%. Отраженный висцеро-вертебральный компонент, а так же сочетание вертеброгенной и висцеральной патологии способствовали пролонгированию болевого синдрома и как следствие – неадекватный психоэмоциональный ответ на болевые раздражители (рис. 4).

Наиболее выраженные нарушения повседневной жизнедеятельности по опроснику Роланда-Морриса диагностированы у пациентов третьей группы с паритетным соотношением болевых синдромов и составляли в среднем 9,6 пункта, в сравнении с другими группами: первой – 7, второй – 7, и четвертой – 7,2 пункта. Достоверно высокий показатель нарушения жизнедеятельности у пациентов третьей группы можно

объяснить суммацией активности как висцеральной так и вертеброгенной патологии (рис. 5).

С учетом роли вертеброгенной и висцеральной патологии или их сочетания, а так же психо-эмоциональных нарушений, в каждой группе, проводилось дифференцированное лечение с привлечением смежных специалистов. Учитывая наличие сопутствующей висцеральной патологии, у пациентов первых трех групп, с целью обеспечения более стойкой, полноценной ремиссии и профилактики рецидивов, лечение и реабилитация были направлены непосредственно на патологию внутренних органов, стабилизацию активности дегенеративно-дистрофического процесса в межпозвоночных дисках, нормализацию корковых, вегетативно-сосудистых и обменных нарушений. С этой целью был применен метод лечебных медикаментозных блокад – являющийся одним из основных видов патогенетической терапии разнообразных вертеброгенных неврологических синдромов (В. С. Лобзин 1977, О. Г. Коган 1988 и др.). Основным механизмом положительного эффекта блокад является специфическое свойство анестетика временно подавлять возбудимость рецепторов и проведение импульсов по нервам. Действуя, главным образом на безмиелиновые проводники, анестетик блокирует не только болевые афференты, но и эфференты – прежде всего вегетативные волокна. Поэтому в период действия анестетика и длительное время после полного выведения его из организма – уменьшаются патологические вегетативные реакции – спазм сосудов, на-

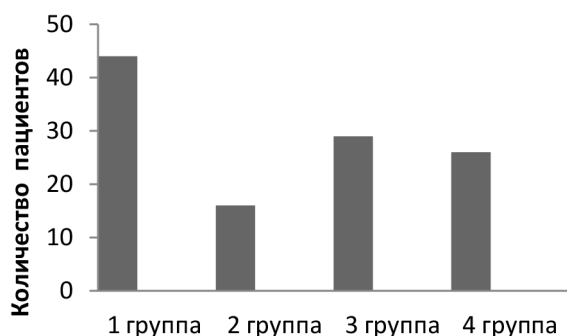


Рис. 2. Распределение пациентов по клиническим группам

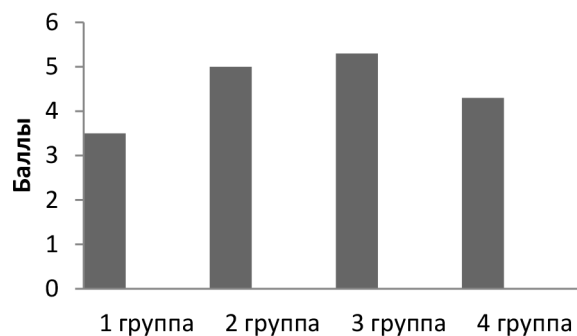


Рис. 3. Средний показатель выраженности болевого синдрома в каждой группе по шкале ВАШ

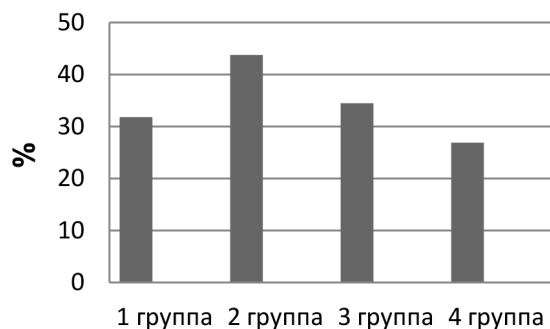


Рис. 4. Процент диагностированных тревожно-депрессивных расстройств

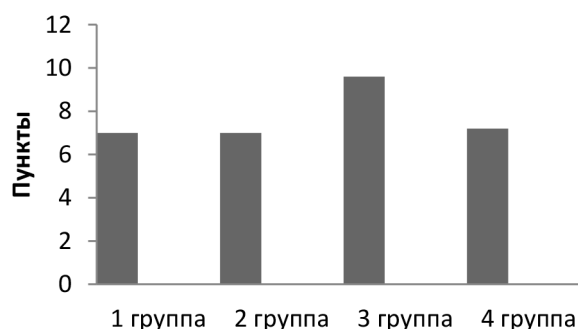


Рис. 5. Оценка нарушений жизнедеятельности по шкале Роланда-Морриса

рушения трофики, отек и воспаление. Нормализация афферентных потоков на сегментарном уровне приводит к восстановлению рефлекторной деятельности на всех уровнях ЦНС. Поэтому внутрикожным, подкожным и внутримышечным введением раствора местного анестетика в область очага патологической импульсации достигается положительное влияние на состояние висцеральных органов, иннервируемых данным сегментом спинного мозга, что приводит к выраженному терапевтическому эффекту (А. В. Вишневецкий 1927, Фишер Ю. 2007). Добавление к местным анестетикам глюкокортикостероидов в лечении пациентов четвертой и третьей групп значительно усиливает эффективность проводимой терапии и дает возможность влиять на разные звенья патогенеза. У пациентов первой и второй группы, применялись паравerteбральные блокады с витамином В₁₂, обладающим наиболее выраженным анальгетическим и сосудорасширяющим свойством. Потенцируя действие местных анестетиков, он и сам обладает умеренным анестезирующим и сосудорасширяющим действием. При проявлении активности отраженного висцеро-verteбрального болевого синдрома проводились паравerteбральные медикаментозные блокады в область позвоночных сегментов, соответствующих пораженному органу. Такое дифференцированное лечение с учетом степени активности висцерального компонента, способствовало более быстрому и более полному купированию болевого синдрома. Так, продолжительность стационарного лечения, как один из критериев эффективной терапии у пациентов первой, второй и третьей групп составила 10,7, 10,5 и 10,9 койкодней. Длительность лечения пациентов четвертой группы – 12,2 койкодня, объясняется рецидивирующим течением заболевания и реактивно-воспалительным процессом, в связи с обострением активности ОП. Рутинный подход к лечению вертеброгенной люмбалгии и люмбоишалгии, характеризовался более длительным пребыванием пациентов в стационаре, составлял в среднем 12,3 койкодня. Между тем, терапия с учетом активности отраженного висцеро-verteбрального болевого синдрома, позволила сократить данный показатель до 10,7 койкодней в 77,4% случаев.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о важной роли сопутствующей висцеральной патологии в формировании вертеброгенного болевого синдрома при поясничном остеохондрозе. В латентном периоде или стадии продолжительной ремиссии клинических проявлений ОП (38,2%), отраженная висцеральная боль, имитируя клинику вертеброгенной люмбалгии или люмбоишалгии, является источником диагностических ошибок и не адекватного лечения. Разработанная схема распределения пациентов, в зависимости от преобладания доминирующей патологии, вызывает необходимость патогенетической конкретизации и терапевтической коррекции с помощью дифференцированного лечения вертеброгенного пояснично-крестцового болевого синдрома.

Литература

1. Алтунбаев, Р. А., Сабирова М. З. Диагностика и лечение поясничных болей // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 3–4. С. 11–18.
2. Бротман, М. К. Висцеральная патология при поясничном позвонковом остеохондрозе // В кн.: Неврология и психиатрия. – Киев, 1973. С. 101–105.
3. Вахнина, Н. В. Хроническая пояснично-крестцовая боль: диагностика и лечение. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. Издательство: Има-пресс (Москва): 2010. 30–34 с.
4. Дривотинов, Б. В. Неврологические нарушения при поясничном остеохондрозе / Б. В. Дривотинов. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Минск, 1973.
5. Дривотинов, Б. В. Неврологические нарушения при поясничном остеохондрозе / Б. В. Дривотинов. Минск: Беларусь, 1979. 144 с.
6. Дривотинов, Б. В. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: учебно-метод. пособие / Б. В. Дривотинов, Т. Д. Полякова, М. Д. Панкова, Хамед Мохамед С. Абдельмажид; под общ. ред. проф. Т. Д. Поляковой. – 3-е изд. – Минск: БГУФК, 2010. – 395 с.
7. Дривотинов, Б. В. Вертебро-висцеральный и висцеро-verteбральный болевой синдром при остеохондрозе позвоночника. Медицинский журнал. 2010. № 3. С. 4–8
8. Дривотинов, Б. В. Гаманович А. И., Зубрицкий С. М. Висцеро-verteбральный болевой синдром при поясничном остеохондрозе. Военная медицина. 2011. № 2. С. 139–143
9. Дривотинов, Б. В., Диагностика висцеро-verteбрального и вертебро-висцерального болевого синдрома при поясничном остеохондрозе. Дривотинов Б. В., Гаманович А. И., Медицинский журнал. № 4. 2012. С. 46–50.
10. Дривотинов, Б. В. Висцеро-verteбральный болевой синдром при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника: патогенез, клиника, лечение / Б. В. Дривотинов, А. И. Гаманович // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2013. – № 2. – С. 18–31.
11. Дубинина, Т. В. Боль в нижней части спины: распространенность, причины, диагностика, лечение. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011. № 1. С. 22–26.
12. Жарков, П. Л. Поясничные боли: диагностика, причины, лечение / Жарков, П. Л., Жарков А. П., Бубновский С. М. // Москва: Юниартпринт, 2001. – 144 с.
13. Живолупов, С. А. Особенности дифференциальной диагностики болевых синдромов при дорсопатиях в условиях амбулаторно поликлинического звена. Вестник Российской военно-медицинской академии. 2009. Т. 4. С. 104–107.
14. Иваничев, Г. А. Мануальная медицина (мануальная терапия) / Г. А. Иваничев. М.: ООО «МЕДпресс», 1998. 470 с.
15. Исайкин, А. И. Скелетно-мышечная боль в пояснично-крестцовой области // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011. № 2. С. 34–41.
16. Крель, М. Б. Основные невропатологические синдромы / М. Б. Крель, Е. А. Федорова. М, 1966. 507 с.
17. Маджидов, Н. М. Грудной остеохондроз и его неврологические синдромы / Маджидов Маджидов, М. Д. Дузмуратов. Ташкент: Медицина, 1982. 169 с.
18. Осна, А. И. Патогенетические основы клинических проявлений остеохондроза позвоночника / А. И. Осна. Новокузнецк, 1973. Ч. 1. С. 7–15.
19. Петров, Б. Г. Отраженные синдромы при некоторых заболеваниях внутренних органов. Остеохондроз позвоночника / Б. Г. Петров. Новосибирск, 1988. Ч. 1. С. 267–269.

Лечебно-профилактические вопросы

Оригинальные научные публикации ☆

20. Подчуфарова, Е. В., Боль в спине: доказательная медицина и клиническая практика. Трудный пациент. Журнал. 2010. № 3. С. 18–24.

21. Попелянский, Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). Руководство для врачей / Я. Ю. Попелянский. М: МЕДпресс-информ, 2003. – 670 с.

22. Эрдес, Ш. Ф., Фоломеева О. М. Остеохондроз – особенности отечественной интерпретации болезни // Научно-практическая ревматология. 2010. № 4. С. 87–93.

23. Юмашев, Г. С., Фурман М. Е. Остеохондрозы позвоночника. – 2-е изд. – М.: Медицина, 384 с., ил.

Поступила 21.02.2014 г.