

Б. В. Дривотинов¹, А. И. Гаманович²

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВЕРТЕБРОГЕННОГО ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,

ГУ «1134 военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»²

Проблема боли в спине является наиболее актуальной в современной медицине это связано частыми диагностическими ошибками, порой продолжительным, безуспешным лечением и необоснованными оперативными вмешательствами. Показать роль висцеральной патологии в формировании и течении пояснично-крестцового болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника, как заболевания целостного организма и его важнейших функциональных систем саморегуляции. Проведены клиничко-нейровизуализационные сопоставления диагностируемого поясничного остеохондроза и висцеральной патологии у 628 стационарных пациентов. У 60% пациентов в формировании и проявлении болевого синдрома с различной степенью активности принимает участие висцеральная патология. В 39% случаев у пациентов с поясничным остеохондрозом, визуализированным на рентгенографии, компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии и протекающего латентно или в стадии ремиссии, отраженная висцеральная боль, имитируя клинические проявления вертеброгенной люмбалгии, люмбоишиалгии или радикулопатии, является источником диагностических ошибок и неадекватного лечения. Диагностические и терапевтические мероприятия, проводимые с учетом особенностей висцеро-вертебрального болевого синдрома способствовали снижению количества диагностических ошибок и повышению эффективности лечения. На основании полученных результатов разработан новый подход к диагностике и лечению пояснично-крестцового болевого синдрома с учетом его патогенетической конкретизации и саногенетических механизмов, позволяющий существенно повысить качество и доступность оказываемой помощи, данной категории пациентов.

Ключевые слова: боль в нижней части спины, поясничный остеохондроз, висцеро-вертебральный болевой синдром, ошибки диагностики.

B. V. Drivotinov, A. I. Hamanovich

NEW APPROACH TO THE DIAGNOSTICS AND THERAPEUTIC CORRECTION OF VERTEBROGENIC LUMBOSACRAL PAIN SYNDROME

The problem of back pain is the most actual in the modern medicine due to the frequent diagnostic mistakes, sometimes long, unsuccessful treatment and unjustified surgical interventions. To show the role of visceral pathology in formation and progression of lumbosacral pain with degenerative disc disease as diseases of the whole organism and its most important function of self-regulation systems. Clinical and neurovisualization comparisons of the diagnosed lumbar degenerative disc disease and visceral pathology at 628 stationary patients are carried out. At 60% of patients visceral pathology takes part in formation and manifestation of a pain syndrome with various degree of activity. In 39% of cases at patients with the lumbar degenerative disc disease visualized on a x-ray analysis, a computer tomography or a magnetic and resonant tomography and proceeding latent or in a remission stage, the reflected visceral pain, imitating clinical manifestations of a vertebral lumbalgia, sciatica or radiculopathy, is a source of diagnostic mistakes and inadequate treatment. The diagnostic and therapeutic measures held, taking into account features of viscerovertebral pain syndrome promoted decrease in quantity of diagnostic mistakes and increase of treatment efficiency. Based on received results new approach to diagnostics and treatment of a lumbar and sacral pain syndrome taking into account his pathogenetic specification and the sanogenetic of mechanisms allowing to increase significantly quality and availability of the given help given categories of patients is developed.

Key words: pain in the lower back, lumbar degenerative disc disease, viscerovertebral pain, diagnostic errors.

Одной из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью является боль в пояснично-крестцовой области разной интенсивности и длительности наблюдаемая более чем у 80% населения развитых стран [22]. Несмотря на значительное разнообразие этиологических факторов, одним из наиболее

распространенных является остеохондроз позвоночника (ОП), неврологические проявления которого имеют хроническое рецидивирующее течение, преимущественно в самом трудоспособном возрасте [13, 23]. Однако, актуальность изучения боли в спине обусловлена не только высокой заболеваемостью данной патоло-

гией и наносимым экономическим ущербом, но все еще недостаточным совершенством этиопатогенетической и саногенетической сущности, как самого дегенеративно-дистрофического процесса, так и возникающих при нем неврологических и ортопедических дисфункций [5]. Отсутствие корреляции между выраженностью клинических проявлений и степенью морфологических изменений при ОП, привело к полному отрицанию общей патогенетической связи этих состояний и введению терминов «неспецифическая боль в спине» и «миофасциальный болевой синдром» [2]. А причинная связь пояснично-крестцового болевого синдрома (ПКБС) только с патологией позвоночника и окружающих его образований, изолировало проблему, представив ее, как следствие нарушений сугубо опорно-двигательного аппарата [16, 18]. В Советском Союзе «остеохондроз позвоночника» выделился в самостоятельную нозологию к началу 70-х годов XX века. На Западе такого представления нет до сих пор. Имеются существенные разногласия в терминологии. В связи с ликвидацией многолетней изоляции отечественной науки, появление новых методов клинической и инструментальной диагностики, распространение идей мануальной терапии и внедрением унифицированной классификации болезней МКБ-10 среди отечественных учёных появились обоснованные тенденции к ревизии учения об остеохондрозе позвоночника. Это ведёт к падению уровня квалификации специалистов данного профиля, а как следствие – к ухудшению диагностики и результатов лечения [28]. Представление о сущности вертеброгенного ПКБС базирующееся только на данных нейровизуализации без учета состояния целостного организма и сложности взаимодействия компенсаторных и патогенетических механизмов не приемлемо, а методы, выработанные на такой основе являются несовершенными. Понимание любой патологии в отрыве от целостного организма является ничем иным как вершиной псевдонаучной глупости (Люис Кун). «По грустной иронии судьбы в год ухода из жизни Я. Ю. Попелянского, создателя новой клинической дисциплины – вертеброневрологии – на Международной конференции в США (2003 г.), межпозвоночный остеохондроз был официально признан главной причиной of Low Back and Neck Pain. Пятьдесят лет понадобилось конструктивной идее для ее всемирного распространения. Сколько понадобится еще времени, чтобы понять нецелесообразность «открытия велосипеда» при наличии помимо идеи уже и готового руководства по всему предмету в целом?» [27]. Поэтому, в повседневной клинической практике часто приходится испытывать большие трудности при дифференциации болей вертеброгенного локального и отраженного висцерального генеза или их сочетания [8, 11]. При сопоставлении данных неврологических, рентгенологических, нейрохирургических экспериментальных и патологоанатомических исследований прослеживается определенная патогенетическая закономерность в неврологических проявлениях поясничного остеохондроза (НППО). Соответственно этому клиническая картина заболевания проявляется рефлекторными и компрессионными механизмами [5]. К рефлекторным синдро-

мам поясничного остеохондроза (ПО) относится острая боль в пояснице (люмбаго), подострая и хроническая боль (люмбалгия), боль в пояснице с иррадиацией в ногу (люмбоишиалгия). Боли сочетаются с рефлекторными мышечно-тоническими, вазомоторными, нейродистрофическими и экстравертебральными синдромами. Самое частое проявление второй фазы – дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия (преимущественно L5 и S1, реже L4). Патоморфологической основой НППО в 95% случаев являются грыжи межпозвоночных дисков (МПД) [1, 3, 12, 14]. ОП – длительное заболевание. Его клинические проявления в одних случаях месяцами и годами могут отсутствовать или быть совершенно стертными латентно протекающими. Даже при сильнейших болях в пояснично-крестцовой области, нередко с иррадиацией в нижние конечности, ПО может находиться в стадии глубокой ремиссии или латентного течения [20]. В таких случаях визуализируемый на рентгенограмме (РГ), компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) – ПО, не будет иметь клинической признаков активности. А характер жалоб и соответственно – данные общесоматического исследования пациента указывают на наличие актуальной висцеральной патологии [10, 11]. В других случаях ОП эпизодически проявляется отдельными синдромами и симптомами, которые сменяют друг друга в виде различной продолжительности рецидивов и ремиссий [5]. Но основным и ранним проявлением ОП является локальный и отраженный болевой синдром, который представляет собой не только манифестацию дегенеративно-дистрофической патологии МПД и окружающих его образований, а заболевание целостного организма, обусловленное нарушением его важнейших функциональных систем саморегуляции [5]. Это структурные и метаболические изменения в межпозвоночном хряще, сопровождающиеся нарушением метаболизма и аутоиммунным процессом. Возникающий при этом болевой синдром вызывает нарушение сегментарных и надсегментарных функций центральной нервной системы, сдвиги в симпатoadrenalовой и вагоинсулярной, холинергической, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системах, координирующих нейродинамические, нейрогуморальные, нейроэндокринные влияния, обеспечивающие адаптацию организма к меняющимся условиям внешней и внутренней среды, лежащей в основе его саморегуляции [5]. Чем глубже и выраженнее диссоциация между купируемым болевым синдромом и корковыми, вегетативно-сосудистыми, метаболическими и иммунологическими сдвигами, тем менее стойки и длительны ремиссии, которые при неблагоприятном воздействии (переохлаждение, инфекция, интоксикация, физическое напряжение и т.д.) могут сменяться рецидивами [3]. Таким образом, ОП и его клинические проявления развиваются в результате взаимодействия патогенетических и защитно-адаптационных реакций. Если преобладают метаболические, микроциркуляторные, аутоиммунные саногенетические реакции и возникает физиологическая адаптация к перегрузкам позвоночно-двигательных сегментов (ПДС), то заболевание может протекать

латентно. В таких случаях ОП, диагностируемый с помощью нейровизуализации, является случайной находкой, а связь локального или отраженного болевого синдрома только с данными РГ, КТ, МРТ исследований может оказаться ошибочной [4]. При ослаблении, а тем более декомпенсации трофических систем и дезадаптации МПД к физическим нагрузкам, возникает клиника ОП и, прежде всего, локальный или отраженный болевой синдром [5]. Важнейшую роль в его развитии и проявлении играет сопутствующая висцеральная патология, так как при этом рефлекторно формируются условия для изменения трофики мышечной ткани, миофасцикулярные гипертонусы в толще скелетных мышц, функциональные блокады ПДС [17]. Связь висцеральной патологии с вертеброгенным ПКБС также как ирритация вертеброгенной боли в висцеральный орган определяется анатомо-физиологическими особенностями вегетативной и соматической иннервации тканей позвоночного канала и внутренних органов [5]. Болевая афферентация из патологически измененного внутреннего органа проводится на поясничные сегменты, формируя в тканях (мышцах, коже, связках) дистрофические изменения (брадитрофные ткани) [6]. При наличии двух патологических процессов – заболевания внутреннего органа и изменений соматических тканей (чаще в связи с остеохондрозом) – два потока афферентной патологической импульсации сливаются. Поступая в головной мозг, они формируют ПКБС сложного генеза, состоящий из тесно связанных (отраженного) висцерального и локального (вертебрального) компонентов [5]. Это создает видимость первичной патологии позвоночника, а устранение функциональных нарушений приводит к иллюзии излечения [17]. Санация патологически измененных внутренних органов оказывает заметную положительную динамику, а традиционные методы не имеют эффекта [5]. Ошибки в диагностике НППО наблюдаются особенно часто тогда, когда ОП создает дополнительный ирритационный синдром. Ошибочная трактовка таких болей, как проявление рефлекторной или корешковой стадии, приводит к поиску патологии поясничных МПД с помощью КТ, МРТ и гипердиагностике проявлений ОП, за которой следуют неадекватные, а порой неприемлемые терапевтические и хирургические вмешательства. Однако, при длительном существовании висцеральной патологии, благодаря взаимной индукции отраженных рефлекторных реакций из внутреннего органа, возникает обострение латентного ОП, которое проявляется вертеброгенной люмбалгией, люмбоишиалгией или радикулопатией, а болевой синдром приобретает более стойкий затяжной характер. Это существенно изменяет клиническую картину традиционного диагноза «вертеброгенная (дискогенная) люмбалгия, люмбоишиалгия или радикулопатия» и вызывает необходимость его патогенетической конкретизации и терапевтической коррекции [6]. Проведенное Жарковым А. П. (1996) исследование показало, что из 678 больных лишь 19% были клинически обследованы врачом, остальные (81%) направлены на РГ и КТ на основании жалоб на поясничные боли [16]. Более того ограничивают кругозор врача и международно – принятые стандарты, согласно кото-

рым если у пациента с болью в нижней части спины не выявляются «знаки угрозы» либо корешковые боли, то нет необходимости (!) проводить лабораторно-инструментальные методы обследования или направлять на консультацию к узким специалистам (Эрдес Ш. Ф.) [23]. Исследование по выявлению частоты и характера болей в нижней части спины, проведенных Институтом ревматологии РАМН так же показало, что таким пациентам чаще назначаются методы нейровизуализации – РГ 88%, МРТ 41,3%, КТ 11,7%, при этом ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов проведено 11,7%, анализ крови 41,3%, других методов исследования патологии внутренних органов не проводилось [15]. Не смотря на скудность диагностики висцеральной патологии, в 7,4% случаев выявлены инфекция мочевыводящих путей и в 3,1% другая патология мочеполовой системы и органов желудочно-кишечного тракта. Однако, в мировой литературе, висцеральной патологии, как фактору способствующему возникновению ПКБС отводится не более 2–3% [19]. В настоящее время в междисциплинарной практике не существует общепринятой концепции диагностики и лечения данной категории пациентов, а четкие патогенетические, дифференциально-диагностические признаки отраженного висцеро-вертебрального болевого синдрома и его купирования не сформулированы. Между тем, разработанные на основе доказательной медицины клинические рекомендации по ведению пациентов с болью в нижней части спины, сфокусированы на «red flag» или «знаках угрозы», применимы лишь в 1–5% случаев, поэтому только (!) при подозрении на наличие у пациента одного из опасных состояний (обнаружение «знаков угрозы») врач должен назначить дополнительное обследование и направить пациента к соответствующему специалисту. Согласно Европейским рекомендациям по диагностике и лечению острой неспецифической боли в нижней части спины, в случае отсутствия «знаков угрозы» обследование пациента может быть отсрочено по крайней мере на 4–6 недель (!), которые обычно необходимы для купирования боли [2, 21, 24, 25, 26]. Поэтому, врачи интернисты, хирурги, гинекологи онкологи и другие, при работе с пациентом чаще обращают внимание на классическое течение висцеральной патологии, болевой синдром в поясничной области связывают только с ОП, а выявленные в ходе исследования изменения со стороны внутренних органов трактуют как не существенные и не являющиеся возможной причиной ПКБС. Таким образом, можно констатировать неудовлетворительное современное состояние проблемы пояснично-крестцового болевого синдрома остеохондроза, приводящее к снижению роли полноценного клинического обследования пациентов, частым диагностическим ошибкам, продолжительному и безуспешному лечению, необоснованным оперативным вмешательствам, а порой и летальным исходам.

Цель исследования

Показать роль висцеральной патологии в формировании и течении пояснично-крестцового болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника, как заболевания целостного организма и его важнейших функ-

циональных систем саморегуляции. На этой основе разработать новый подход к диагностике и лечению, позволяющий существенно повысить качество и доступность оказываемой помощи, данной категории пациентов.

Материал и методы

Нами проведено обследование и лечение 628 стационарных пациентов с ПКБС (основная группа), из них – 490 (78%) мужчин и 138 (22%) женщин, в возрасте от 18 до 85 лет (средний возраст 40 лет, медиана 38). При поступлении 253 (40%) пациентам был установлен диагноз «вертеброгенная (остеохондроз, грыжа диска) люмбагия», 248 (40%) – «люмбоишиалгия», 127 (20%) – «радикулопатия». ОП подтверждался данными нейровизуализации (РГ, КТ или МРТ), общеклиническими, неврологическими, вертебральными и ортопедическими исследованиями. По показаниям, проводились консультации смежных специалистов (терапевт, хирург, уролог, гинеколог, онколог). На основании общеклинических, биохимических исследований, данных фиброгастроуденоскопии (ФГДС), УЗИ внутренних органов, диагностировалась сопутствующая висцеральная патология. Выраженность болевого синдрома определялась по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ); оценка вазомоторных нарушений проводилась с использованием реовазографии нижних конечностей (РВГ), состояние психоэмоционального статуса тестировалось по госпитальной шкале тревоги и депрессии Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Группа сравнения – 79 пациентов с ПКБС и диагностированным ОП, из них – 58 (73%) мужчины и 21 (27%) женщин, в возрасте от 19 до 84 лет (средний возраст 49 лет, медиана 50), в данной группе проводилось стандартное обследование и лечение вертеброгенной патологии. В основной группе, дифференцировка вертеброгенного ПКБС при ОП, проводилось по разработанной нами схеме, в зависимости от преобладания клинических проявлений висцеральной или вертеброгенной патологии [6, 7, 8, 9, 10, 11]: 1. Пациенты с вертеброгенным отраженным висцеральным болевым синдромом (ПО у них находится в стадии латентного периода или глубокой ремиссии). 2. Пациенты у которых в формировании локального и отраженного болевого синдрома явно превалирует патология внутренних органов (вертебральные, невральные и вертебро-невральные синдромы отсутствуют или слабо выражены). 3. Пациенты с паритетным соотношением болевых синдромов (в равной степени проявляется клиника активности ПО и висцеральной патологии). 4. Пациенты с вертеброгенной люмбагией, люмбоишиалгией или радикулопатией, при отсутствии актуальной висцеральной патологии. Для иллюстрации вариантов болевого синдрома приводим следующие клинические наблюдения: **Пациент Т.** Мужчина 23 года. Жалобы на боль в области поясничного отдела позвоночника, приступообразного, ноющего характера. Поступил в неврологическое отделение с диагнозом «вертеброгенная правосторонняя (остеохондроз) люмбагия». На РГ изолированный остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Боли возникли впервые и беспокоят в течение 2 месяцев. Обследование

не выявило активности вертебро-невральных синдромов, однако при пальпации имелась умеренная болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области. На одиннадцатые сутки лечения на фоне сохраняющегося пояснично-крестцового болевого синдрома повысилась температура тела до 38 °С, диагностированы симптомы острого аппендицита, пациент прооперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита. Болевой синдром в поясничной области прекратился. Диагноз: «Вертеброгенная (поясничный остеохондроз, латентное течение) отраженная висцеральная (острый флегмонозный аппендицит) люмбагия». При наблюдении в течение месяца болевой синдром не возобновлялся. **Пациент Н.** Мужчина 25 лет. Жалобы на боль в поясничной области, усиливающейся при нагрузках и в покое. Заболел остро, неделю назад, госпитализирован с диагнозом «вертеброгенная (остеохондроз поясничного отдела позвоночника) люмбагия». На РГ распространенный остеохондроз поясничного отдела позвоночника. При обследовании выявлены клинические признаки активности ПО (болезненность остистых отростков, межостистых связок, статодинамические нарушения, симптомы натяжения), а также болезненность и напряжение передней брюшной стенки при пальпации и перкуссии в области эпигастрия, при отсутствии диспепсических жалоб. На ФГДС выявлены эрозии луковицы двенадцатиперстной кишки. После проведенного лечения сочетанной патологии (паритетное течение) болевой синдром купирован полностью. Диагноз: «Вертеброгенная (остеохондроз поясничного отдела позвоночника) и отраженная висцеральная (эрозивный бульбит) люмбагия, умеренно выраженный болевой синдром». **Пациентка А.** Женщина 34 года. Жалобы на остро возникшую боль в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в левую ногу, ноющего характера. Боли периодически беспокоят в течение года, возникли впервые на фоне длительных статических нагрузок. На МРТ грыжа L5-S1 диска 8 мм. При поступлении – выражены статодинамические нарушения в поясничном отделе позвоночника (ограничение движений, сглажен лордоз, сколиоз), болезненная пальпация остистых отростков, межостистых промежутков и паравертебрально, положительны симптомы натяжения, «звонка», выражен дефанс паравертебральных мышц. Актуальной висцеральной патологии не выявлено. Проведена стандартная терапия дискогенной люмбоишиалгии – болевой синдром купирован. Диагноз: «Дискогенная (остеохондроз, грыжа L5-S1 диска) люмбоишиалгия, умеренно выраженный стойкий болевой синдром». **Пациент И.** Мужчина 77 лет. При поступлении в неврологическое отделение – жалобы на сильные боли в поясничной области с иррадиацией в крестец. Ранее неоднократно беспокоили боли в поясничном отделе позвоночника «в связи с остеохондрозом». В течение месяца, появилась резкая боль в поясничном отделе позвоночника. До поступления в неврологический стационар пациент консультирован хирургом, терапевтом и не смотря на наличие переходящего увеличения СОЭ, рекомендовано лечение у невролога. В вертебро-невральном статусе: незначительные статодинамиче-

ские нарушения – легкое ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника, пальпация остистых отростков, межостистых промежутков и паравертебрально – безболезненная, симптомы натяжения – отсутствовали (ОП находится в стадии неполной ремиссии). Лабораторные данные: СОЭ 27 (!), С – реактивный белок – положительный, простат специфический антиген: 4,307 нг/мл. ФГДС: хронический гастрит с явлениями атрофии слизистой в антральном отделе желудка. РГ пояснично-крестцового отдела позвоночника: рентген-признаки распространенного остеохондроза II степени поясничного отдела позвоночника. УЗИ почек: чашечно-лоханочная система – атония, рубцы, склероз, парапельвикальные кисты до 20 мм. в диаметре справа, субфасцилярная киста справа 22 мм. в диаметре. УЗИ органов брюшной полости: определяется некоторая гипертензия в системе воротной вены печени, диаметр которой 15 мм. Желчный пузырь с уплотненными деформированными стенками, содержимое гомогенно. Поджелудочная железа структура с фиброзно-склеротическими изменениями. Мочевой пузырь стенки уплотнены, деформированы средней долькой предстательной железы. Предстательная железа 51×61×60 мм., объем 99 см³, в структуре склероз, кальцинаты. Остаточная моча 65 см³. Селезенка без особенностей. Колоноскопия: онкопатологии не обнаружено. РГ костей таза: костно-деструктивных изменений не выявлено. УЗИ бифуркации аорты: в проекции бифуркации аорты парааортальная группа лимфоузлов (л/у), максимальный размер 51×28 мм, рядом л/у размером 17×22 мм. КТ органов малого таза: на уровне бифуркации аорты располагается образование мягкотканой плотности до 41×33 мм (вероятно увеличенный л/у, аневризма?). По верхнему краю области сканирование имеются парааортальные л/у диаметром до 25 мм. Имеется единственный паховый л/у до 10 мм справа. Заключение: Данные за изменения предстательной железы (доброкачественная гиперплазия предстательной железы? аденома?). Признаки лимфоаденопатии. КТ поясничного отдела позвоночника: на уровне исследования отмечается наличие парааортальных и подвздошных л/у до 25 мм по короткой оси. Заключение: дегенеративные изменения позвоночника (остеохондроз, грыжи дисков L4-L5, L5-S1, спондилоартроз). Остеосцинтиграфия:

сцинтиграфическая картина дегенеративно-дистрофических изменений в костях скелета. РГ органов грудной полости: патологических изменений не выявлено. Пациент консультирован инфекционистом: данных за инфекционную патологию нет. С вышеперечисленными данными исследований пациент консультирован онкохирургом и не смотря на выявляемые признаки патологии внутренних органов (!) выставлен диагноз: Межпозвонокковые грыжи пояснично-крестцового отдела позвоночника. Болевой синдром. Лечащим врачом принято решение о дальнейшем обследовании. Выполнена МРТ таза: МР – картина забрюшинной лимфоаденопатии. Реактивный отек? Воспалительные изменения? Паранефральной клетчатки слева, забрюшинного пространства, больше слева. Консультация урологом: Диагноз: N40 гиперплазия предстательной железы. Лимфома с поражением парааортальных, подвздошных л/у? аневризма аорты? Данных за онкоурологическую патологию нет. Консультация гематологом: Диагноз: R59.9 увеличение л/у неуточненное. Пациент госпитализирован в онкологический стационар. Проведена биопсия забрюшинных л/у. Гистологическое исследование: картина может соответствовать диффузной В-клеточной лимфоме. Диагноз: «Вертеброгенная (грыжи дисков L4-L5, L5-S1) преимущественно отраженная висцеральная (В-клеточная лимфома с поражением пара-аортальных, подвздошных л/у) лимбалгия, выраженный, стойкий болевой синдром». Таким образом, не смотря на очевидность наличия актуальной висцеральной патологии потребовалось значительное количество времени и усилий для обоснования ее роли в формировании ПКБС.

Результаты и обсуждение

По результатам проведенных исследований – у 376 (60%) из 628 пациентов диагностирована сопутствующая патология внутренних органов (язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь, аднекситы, фибромиомы, простатиты, мочекаменная болезнь, нефропатии, и др.), а у 76 (12,1%) из них – заболевания двух и более органов. Проведен анализ сопутствующей висцеральной патологии по возрастным группам см. таблицу 1.

Таблица 1. Анализ сопутствующей висцеральной патологии по возрастным группам

Патология	18–39 лет (339 чел)		40–59 лет (182 чел)		60–85 лет (107 чел)	
	n	%	n	%	n	%
Мочеполовой системы (МПС)	128	38	61	33,5	42	39
Желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)	31	9	23	12,5	17	16
Сочетанная патология (МПС и ЖКТ)	28	8	29	16	19	18
Другие заболевания	3	1	0	0	3	3
Не выявлено патологии	149	44	69	38	26	24

Анализ лабораторно-инструментальных исследований и результатов тестирования показал, что изменения лабораторных показателей чаще диагностировались в первых трех группах – 59 (69%), 122 (76,7%) и 118 (89,4%) соответственно, в четвертой группе – у 149 (59,1%) пациентов. Наибольший процент патологических изменений при УЗИ выявлен у пациентов первых трех групп – 68 (78%), 131 (91%) и 108 (90%), в четвертой группе – 62 (38,7%). При эндоскопических исследованиях патология превалировала в первых трех группах – 26 (94,4%), 52 (96%) и 40 (97,5%). У 11 пациентов четвертой группы патологии не выявлено.

логических изменений при УЗИ выявлен у пациентов первых трех групп – 68 (78%), 131 (91%) и 108 (90%), в четвертой группе – 62 (38,7%). При эндоскопических исследованиях патология превалировала в первых трех группах – 26 (94,4%), 52 (96%) и 40 (97,5%). У 11 пациентов четвертой группы патологии не выявлено.

Выраженность болевого синдрома, у пациентов первой и второй групп составляла 4 балла (медиана 4), третьей – 6,05 (медиана 6) балла, четвертой 4,6 (медиана 4) балла. Вазомоторные дисфункции нижних конечностей диагностированы у пациентов первой группы в 38,6% случаев, второй – 27,7%, третьей – 38%, у пациентов четвертой группы – 32,4% соответственно. Нарушения психоэмоционального статуса (тревога и депрессия) выявлялись чаще у пациентов первых трех групп – 48%, 40% и 34% соответственно, в четвертой группе – у 26%. Таким образом, выраженность болевого синдрома может провоцировать вазомоторные реакции, тревожные, депрессивные расстройства, и как следствие – неадекватный психоэмоциональный ответ на болевые раздражители, затрудняя диагностику и лечение заболевания. Важным фактором, в пользу такого распределения на группы, явился более старший возраст пациентов первых трех групп – 40,1 (медиана 37), 44,5 (медиана 40) и 41,8 (медиана 39,5) лет соответственно, так как с возрастом увеличивается удельный вес, как висцеральной патологии, так и ОП, в сравнении со средним возрастом пациентов четвертой группы – 37 года (медиана 31). Количество пациентов в каждой группе распределилось следующим образом: первая группа – 85 человек (14%) – пациенты с отраженным висцеро-verteбральным болевым синдромом, висцеральная болевая афферентация имитировала клинические проявления вертеброгенной люмбалгии у 50 (58,8%) и люмбоишалгии у 25 (29,4%), радикулопатии – у 10 (11,8%) пациентов. Во второй группе – 159 (25%) человек, имитация клинических проявлений вертеброгенной люмбалгии за счет доминирования висцеральной патологии, выявлена у 69 (43,4%) пациентов, люмбоишалгии у 67 (42,1%), радикулопатии – у 23 (14,5%). В третьей – 132 (21%) пациента с паритетным соотношением болевых синдромов, благодаря взаимной индукции отраженных рефлекторных реакций из внутреннего органа и ПДС, возникает активизация латентного ОП и висцеральной патологии, которая проявилась клиникой вертеброгенной люмбалгии – у 28 (21,2%), люмбоишалгии у – 56 (42,4%) и радикулопатии – у 48 (36,4%) пациентов. В четвертой группе из 252 (40%) человек – висцеральной патологии не выявлено, вертеброгенная люмбалгия из них диагностирована у 106 (42%), люмбоишалгия у 100 (39,7%) и радикулопатия – у 46 (18,3%) пациентов. С учетом роли вертеброгенной и висцеральной патологии, в каждой группе, проводилось дифференцированное лечение. У пациентов первых трех групп, с целью обеспечения ремиссии и профилактики рецидивов, терапевтическая коррекция была направлена непосредственно на патологию внутренних органов, нормализацию корковых и вегетативно-сосудистых нарушений. Средняя продолжительность стационарного лечения, как один из критериев эффективной терапии, у пациентов первой, второй и третьей групп составила 9,7, 10,2 и 11,8 койко-дней. Длительность лечения пациентов четвертой группы – 10,6 койко-дней. В группе сравнения у 24 (30%) пациентов была выявлена сопутствующая висцеральная патология. Рутинный подход к диагностике и лечению характеризовался более длительным купирова-

нием болевого синдрома, и как следствие более продолжительным пребыванием пациентов данной группы в стационаре – 13,2 койко-дня.

Таким образом, из 628 пациентов диагноз вертеброгенная люмбалгия подтвердился у 106 (17%), вертеброгенная люмбоишалгия у 100 (16%), вертеброгенная радикулопатия у 46 (7%) пациентов. Ошибочный диагноз НППО был установлен 244 (39%) пациентам (1-я и 2-я группы), из них 119 (19%) пациентам с вертеброгенной люмбалгией, 92 (14,7%) – с вертеброгенной люмбоишалгией и 33 (5,3%) – с вертеброгенной радикулопатией. Отсутствие должной коррекции висцеральной патологии у пациентов с паритетным соотношением болевых синдромов у 132 человек (21%) отрицательно влияет на результаты проводимого лечения.

Таким образом, у 60% пациентов с ПО, в формировании и проявлении вертеброгенного ПКБС с различной степенью активности принимает участие висцеральная патология. 2. Дифференцировка ведущей роли вертеброгенной, невралной или висцеральной патологии в формировании и течении ПКБС показала, что в 39% случаев (по предложенной схеме) висцеральная болевая афферентация (при латентном течении или продолжительной ремиссии ПО), имитируя вертеброгенную люмбалгию, люмбоишалгию или радикулопатию, является источником диагностических ошибок и неадекватного лечения. 3. У 21% пациентов (паритетное течение) болевой синдром может быть предиктором активизации (по взаимной индукции) не только дегенеративно дистрофического процесса, но и заболеваний внутренних органов. 4. Патогенетическая конкретизация болевого синдрома повысила точность диагностики вертеброгенной люмбалгии – на 58%, люмбоишалгии – на 60%, радикулопатии – на 64%, а коррекция лечения (с учетом сопутствующей висцеральной патологии), позволила сократить время пребывания пациентов в стационаре на 20,5%.

Литература

1. Антонов, И. П., Дривотинов Б. В., Лихачев С. А., Недзьведь Г. К., Верес А. И. // Современные аспекты классификации вертеброгенных заболеваний нервной системы / Медицинские новости. – 2011. – № 1. – С. 17–20.
2. Баринов, А. Н. // Современные подходы к лечению боли в спине и радикулопатии / Врач. – 2011. – № 7. С. 1–4.
3. Дривотинов, Б. В. Неврологические нарушения при поясничном остеохондрозе / Б. В. Дривотинов. Минск: Беларусь, 1979. 144 с.
4. Дривотинов, Б. В. // Рефлекторные и отраженные висцеральные синдромы при поясничном остеохондрозе (клиника и диагностика): сб. / Б. В. Дривотинов, В. Г. Логинов, И. К. Мартынецкая, Е. А. Карпенко // Актуал. вопр. соврем. медицины: м-лы юбил. науч. конф., посвящ. 80-летию БГМУ. – Минск, 2001. – Ч. 1. – С. 124–126.
5. Дривотинов, Б. В. // Вертебро-висцеральный и висцеровертебральный болевой синдром при остеохондрозе позвоночника / Медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 4–8.
6. Дривотинов, Б. В., Гаманович А. И. / Висцеро-вертебральный болевой синдром при поясничном остеохондрозе / Дривотинов Б. В., Гаманович А. И., С. М. Зубрицкий / Военная медицина. – 2011. – № 2. – С. 139–143.
7. Дривотинов, Б. В., Гаманович А. И. Диагностика висцеро-verteбрального и вертебро-висцерального болевого синдрома при поясничном остеохондрозе. Дривотинов Б. В., Гаманович А. И., Медицинский журнал № 4, 2012 г. С. 46–50.

8. Дривотинов, Б. В., Гаманович А. И. Висцеро-вертебральный 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.

9. Дривотинов, Б. В., Гаманович А. И. Особенности дифференцированного лечения пациентов с висцеро-вертебральным болевым синдромом при поясничном остеохондрозе. Дривотинов Б. В., Гаманович А. И. / Военная медицина. – № 3. – 2014 г. С. 50–55.

10. Дривотинов, Б. В., Гаманович А. И. Проблема висцеро-вертебральных болевых синдромов при поясничном остеохондрозе // Медицинские новости. – 2014. – № 10. – С. 41–45.

11. Дривотинов, Б. В., Гаманович А. И. Особенности диагностики и лечения пояснично-крестцового болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника / Здоровоохранение. – 2015. – № 11.

12. Дривотинов, Б. В., Лупьян Я. А. Прогнозирование и диагностика дискогенного пояснично-крестцового радикулита [Текст] / Мн.: Вышэйш. шк., 1982. – 139 с.

13. Дривотинов, Б. В., Логинов В. Г. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника. – Минск: БГМУ, 2011. С. 59–72.

14. Дривотинов, Б. В. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: учебно-методическое пособие для студентов специальности «Физическая реабилитация. Эрготерапия» учреждений, обеспечивающих получение высшего образования / Б. В. Дривотинов, Т. Д. Полякова, М. Д. Панкова, Хамед Мохаммед С. Абдельмажид; под общ. ред. проф. Т. Д. Поляковой – Мн.: БГУФК, 2010. – 395 с.

15. Дубинина, Т. В., Галушко Е. А., Эрдес Ш. Ф. Частота и характер болей в нижней части спины среди амбулаторных больных в г. Москве. Сообщение II. Научно-практическая ревматология. 2008;46(2):6-12. DOI: 10.14412/1995-4484-2008-425.

16. Жарков, П. Л. Поясничные боли: диагностика, причины, лечение. П. Л. Жарков, А. П. Жарков, С. М. Бубновский // Москва. Юниартпринт, 2001. – 144 с.

17. Иваничев, Г. А. Мануальная медицина (мануальная терапия). – М.: МЕДпресс, 1998. – С. 470.

18. Михайлов, В. П. / Боль в спине и связанные с ней проблемы / Хирургия позвоночника. – 2004. – № 1. – С. 110–112.

19. Подчуфарова, Е. В., Яхно Н. Н. Боль в спине. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – С. 368.

20. Попелянский, Я. Ю. Ортопедическая неврология (Вертеброневрология): рук. для врачей/ Я. Ю. Попелянский. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – С. 672.

21. Сергеев, А. В. Боль в нижней части спины: терапия с позиции доказательной медицины и новые возможности / А. В. Сергеев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – № 3. – С. 78–85.

22. Фурсова, Л. А. Спондилогенная дорсопатия: фармакотерапия острого и хронического болевого синдрома: методическое пособие / Л. А. Фурсова. – 2-е изд. – Минск: ДокторДизайн, 2009. – 32 с.

23. Эрдес, Ш., Боль в нижней части спины в поликлинической практике / Ревматология. Нефрология. Травматология. 2008. – № 1. – С. 7–10.

24. European Guidelines for the Management of Acute Nonspecific Low Back Pain TN Primary Care / M. van Tulder [et al.]. 2004.

25. Kent, P, Keating J. Do primary-care clinicians think that nonspecific low back pain is one condition? Spine (Phila Pa 1976). 2004;29(9):1022–31.

26. Mense, S., Simons D. G., Russell I. J. / Muscle pain: understanding its nature, diagnosis, and treatment. – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.

27. www.russianseattle.com.

28. www.medlinks.ru/article.php?sid=45998.

Поступила 8.12.2015 г.