

Н. А. Башурова, Н. И. Кухаренко
**ВЛИЯНИЕ ВИСЦЕРАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА НА ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ
НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА**
*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Логинов В. Г.,
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

N. A. Bashurova, N. I. Kuharenko
**THE VISCERAL COMPONENT'S INFLUENCE AT SEVERITY OF
NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS OF LUMBAR OSTEOCHONDROSIS**
*Tutors: PhD, MD V. G. Loginov,
Department of Nervous and Neurosurgical Diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. Статья содержит данные клинического обследования пациентов с неврологическим проявлением поясничного остеохондроза. Оценено влияние отражённого висцерального компонента на тяжесть течения заболевания с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) и опросника HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии).

Ключевые слова: поясничный остеохондроз, отражённая висцеральная боль.

Resume. The article contains data dedicated to clinical examination of patients with neurological manifestations of lumbar osteochondrosis. The reflected visceral component's influence was rated on the basis of special psychometric questionnaires such as Visual Analog Score (VAS) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Keywords: lumbar osteochondrosis, reflected visceral pain.

Актуальность. Боль в спине – одна из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью [1]. Лидирующую позицию в формировании болевого синдрома занимают неврологические проявления остеохондроза позвоночника (НПОП) [2]. При этом особенности иннервации тканей позвоночного канала и внутренних органов дают возможность отражения болевых импульсов при активной висцеральной патологии в пояснично-крестцовую область и нижние конечности [3]. Вследствие этого в клинической практике могут возникать затруднения при дифференциации болей различного генеза, что в свою очередь приводит к неадекватному лечению.

Цель: изучить влияние активной висцеральной патологии на тяжесть течения клинических проявлений поясничного остеохондроза.

Задачи:

1. Изучить медицинские карты стационарных больных неврологического отделения и провести клиническое обследование пациентов.
2. Определить в динамике степень выраженности болевого синдрома с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) и оценить психоэмоциональное состояние пациентов при помощи опросника HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии).
3. Проанализировать и интерпретировать полученные данные.

Материал и методы. Проведено ретропроспективное, открытое, сравнительное, одноцентровое исследование. Было обследовано 35 пациентов и изучено

20 историй болезни пациентов с НПОП, проходивших стационарное лечение в 4-м невро-логическом отделении ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, транс-плантологии и гематологии» с октября 2018 по январь 2019 года. Пациенты были осмотрены с использованием специально разработанной формализованной истории болезни, включающей 39 признаков. Была определена степень выраженности болевого синдрома с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) и оценено психоэмоциональное состояние при помощи опросника HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии). Статистическая обработка и анализ результатов исследования выполнены с применением статистического пакета программ Microsoft Office Excel 2010.

Результаты и их обсуждение. В исследовании принимало участие 55 пациентов. Из них 36 женщин и 19 мужчин возрастом от 20 до 90 лет. Средний возраст составил 61,3 года.

При опросе было выявлено, что 49% пациентов отмечали наиболее выраженный болевой синдром в пояснично-крестцовой области, 26% – с иррадиацией в ногу или обе ноги, 25% предъявляли жалобы только на боль в ноге или обеих ногах. При анализе историй болезней 6-ти % пациентов был выставлен диагноз «дискогенное люмбаго/ дискогенная люмбалгия», 58-ми % – «дискогенная люмбоишалгия», 36%-ти – «дискогенная радикулопатия».

Для оценки выраженности болевого синдрома пациентам было предложено субъективно оценить интенсивность боли от 0 до 10 баллов по визуально-аналоговой шкале. 0 баллов означают отсутствие болевых проявлений, от 1 до 4 баллов оценивается как слабая боль, от 4 до 6-ти – умеренная, 7-8 выраженная (сильная) боль и 9-10 – очень выраженная или нестерпимая боль. Данное исследование было проведено у 35 пациентов: 21-й женщины и 14-ти мужчин средним возрастом 57,8 лет. Выраженность болевого синдрома при люмбоишалгии в среднем составила 8 баллов при поступлении и 4,7 после пяти дней лечения, при радикулопатии – 7,6 и 4,1 баллов соответственно. У 40% пациентов при поступлении отмечался очень выраженный болевой синдром (9-10 баллов) по цифровой оценочной шкале. Через пять дней лечения большинство пациентов – 57,1% отмечали уже умеренно выраженный болевой синдром (4-6 баллов).

Для достижения цели исследования пациенты были разделены на 2 группы: первая группа (29 человек, 52,7%) – пациенты с вертеброгенной люмбалгией, люмбоишалгией или радикулопатией при наличии сопутствующей висцеральной патологии вне стадии обострения. Вторая группа (26 человек, 47,3%) – пациенты с клиникой неврологических проявлений остеохондроза позвоночника и наличием сопутствующей висцеральной патологии в стадии обострения. Наиболее часто выявлялись заболевания органов мочеполовой системы – 19,2%, желудочно-кишечного тракта – 46,2% и их сочетание – 34,6%.

Изменения показателей общего анализа крови, такие как лейкоцитоз, повышение СОЭ, снижение или повышение количества гемоглобина, эритроцитов в первой группе отмечались у 67,9% во второй – у 87,5% пациентов (рисунок 1).



Рис. 1 – Изменения общего анализа крови у исследуемых групп

Отклонения от нормы в общем анализе мочи (повышение уровня белка, лейкоцитов, эпителиальных клеток, эритроцитов, цилиндров, солей, бактерий, слизи) в первой группе отмечались у 19,2% во второй – у 21,7% пациентов (рисунок 2).

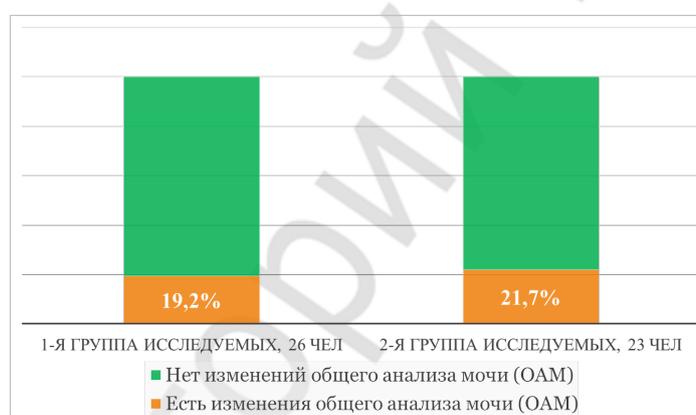


Рис. 2 – Изменения общего анализа мочи у исследуемых групп

Отклонения от нормальных величин в содержании белка, мочевины, креатинина, АсАТ, АлАТ, билирубина, СРБ, электролитов в биохимическом анализе крови диагностированы в первой группе у 55,6% пациентов, тогда как во второй – у 79,2% (рисунок 3).

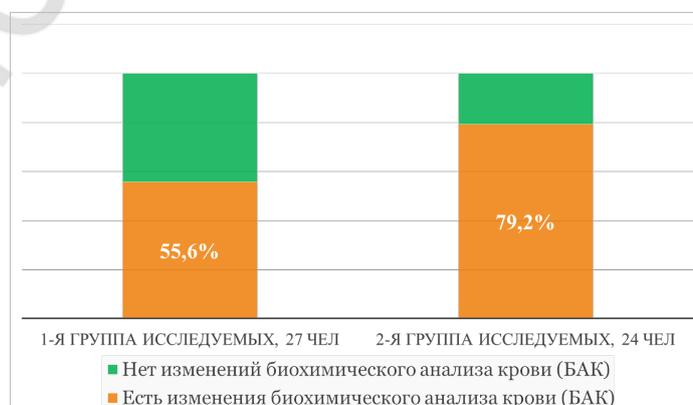


Рис. 3 – Изменения биохимического анализа крови у исследуемых групп

Висцеральная патология в стадии обострения, выявленная в стадии обострения при проведении УЗИ или эндоскопии у пациентов первой группы выявлялась в 33,3% случаев, а у второй – у всех обследованных.

Средняя интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) на 5-й день лечения в группе пациентов без обострения имеющейся висцеральной патологии составила 3,7 балла, в группе же пациентов с висцеральной патологией в стадии обострения – 5,2 балла (рисунок 4).

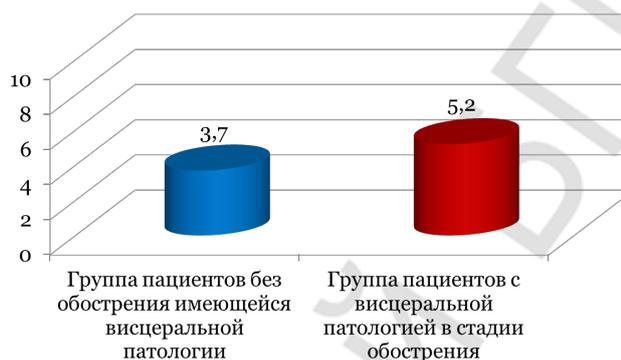


Рис. 4 – Средняя интенсивность болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ)

35 пациентов из обеих групп прошли психологическое тестирование по опроснику Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Шкала состоит из двух частей по 7 утверждений каждая. Первая часть оценивает уровень тревожности пациента, вторая – депрессии. 8-10 баллов, набранных в каждой из частей отдельно, означают субклинически выраженную тревогу или депрессию, 11 баллов и выше – клинически выраженную тревогу или депрессию.

Симптомы субклинически и клинически выраженной тревоги в группе пациентов без обострения имеющейся висцеральной патологии были обнаружены у 37%, в группе же пациентов с висцеральной патологией в стадии обострения – у 47% пациентов (рисунок 5).



Рис. 5 – Симптомы субклинически и клинически выраженной тревоги у 1-й и 2-й групп исследуемых

Симптомы субклинически и клинически выраженной депрессии отмечались в

группе пациентов без обострения имеющейся висцеральной патологии у 19%, в группе же пациентов с висцеральной патологией в стадии обострения – у 26% опрошенных (рисунок 6).



Рис. 6 – Симптомы субклинически и клинически выраженной депрессии у 1-й и 2-й групп исследуемых

Выводы:

1 В ходе исследования было установлено, что пациенты, имеющие сопутствующие заболевания органов мочеполовой системы и желудочно-кишечного тракта в стадии обострения, отмечали более выраженную интенсивность болевых проявлений – в среднем на 1,5 балла по визуально-аналоговой шкале.

2 У этой же группы пациентов выраженная тревожность и признаки депрессии встречались соответственно в 1,2 и 1,4 раза чаще, чем у пациентов с висцеральной патологией без обострения.

3 Таким образом, наличие висцеральной патологии в стадии обострения существенно усиливает тяжесть течения неврологических проявлений поясничного остео-хондроза.

Литература

1. Дривотинов, Б. В. Вертебро-висцеральный и висцеро-вертебральный болевой синдром при остеохондрозе позвоночника / Медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 4–8.
2. Дривотинов, Б. В. Проблема висцеро-вертебральных болевых синдромов при поясничном остеохондрозе / Б. В. Дривотинов, А. И. Гаманович // Медицинские новости. – 2014. – № 10. – С. 41–45.
3. Подчуфарова, Е. В. Боль в спине / Е. В. Подчуфарова, Н. Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 368 с.