

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВИСЦЕРО-ВЕРТЕБРАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Гаманович А.И., Дривотинов Б.В.

*Белорусский государственный медицинский университет, кафедра нервных и
нейрохирургических болезней
1134 военный клинический медицинский центр
г. Гродно*

Ключевые слова: поясничный остеохондроз, отраженный висцеральный синдром.

Резюме: Впервые проанализированы причины и механизмы болевого синдрома при поясничном остеохондрозе, как заболевании целостного организма и его важнейших функциональных систем саморегуляции. На основании клинико-нейровизуализационных сопоставлений разработан новый подход к диагностике и терапевтической коррекции вертеброгенного отраженного пояснично-крестцового болевого синдрома.

Resume: For the first time analyzed the causes and mechanisms of pain in the lumbar degenerative disc disease, a disease of the whole organism and its most important function of self-regulation systems. Based on the clinical and neuroimaging comparisons developed a new approach to the diagnosis and therapeutic correction vertebrogenic reflected lumbosacral pain.

Актуальность. 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. Несмотря на значительное разнообразие этиологических факторов, одним из наиболее распространенных является остеохондроз позвоночника (ОП). ОП - самое распространенное хроническое заболевание человека, проявляющееся в наиболее трудоспособном возрасте. Его актуальность определяется не только теоретическими, но и медико-социальными мотивами, представленными в многочисленных публикациях [10]. Однако, этиопатогенетическая и саногенетическая сущность ОП и его большого клинического полиморфизма все еще недостаточно совершенны [2]. 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» [8]. 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. Поэтому, в повседневной клинической практике часто приходится испытывать большие трудности при дифференциации болей вертеброгенного локального и отраженного висцерального генеза или их сочетания [5]. 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 [2,6]. К рефлекторным синдромам поясничного остеохондроза (ПО) относится острая боль в пояснице (люмбаго), подострая и хроническая боль (люмбалгия), боль в пояснице с иррадиацией в ногу (люмбоишиалгия). Самое частое проявление второй фазы - дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия (преимущественно L5 и S1, реже L4). Патоморфологической основой НППО в 95% случаев являются грыжи межпозвонковых дисков (МПД) [1,9]. ОП – является длительным заболеванием. Его клинические проявления в одних случаях месяцами и годами могут отсутствовать или быть совершенно стертыми 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 [2,4]. В таких случаях визуализируемый на рентгенограмме, КТ или МРТ - ПО, не будет иметь клинических признаков активности. А характер жалоб и соответственно - данные общесоматического исследования пациента указывают на наличие актуальной висцеральной патологии [7]. Но основным и ранним проявлением ПО 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 [2]. Это структурные и метаболические изменения в межпозвонковом хряще, сопровождающиеся нарушением метаболизма и аутоиммунным процессом. Возникающий при этом болевой синдром вызывает нарушение сегментарных и надсегментарных функций центральной нервной системы, сдвиги в симпатoadреналовой 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 [2]. Таким образом, ОП и его клинические проявления развиваются в результате взаимодействия патогенетических и защитно-адаптационных реакций. Если превалируют 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 рентгенологического, КТ, МРТ исследований может оказаться ошибочной. 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. 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 [3]. Связь висцеральной патологии с вертеброгенными пояснично-крестцовыми болями также как ирритация вертеброгенной боли в висцеральный орган определяется анатомо-физиологическими особенностями вегетативной и соматической иннервации тканей позвоночного канала и внутренних органов [2]. 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 пояснично-крестцовый болевой синдром сложного генеза, состоящий из тесно связанных (отраженного) висцерального и локального (вертебрального) компонентов. Это создает видимость первичной патологии позвоночника, а устранение функциональных нарушений приводит к иллюзии излечения (Иваничев Г.А.). Санация патологически измененных внутренних органов оказывает заметную положительную динамику, а традиционные методы не имеют эффекта. Ошибки в диагностике неврологических проявлений поясничного остеохондроза наблюдаются особенно часто тогда, когда остеохондроз создает дополнительный ирритационный синдром. Ошибочная трактовка таких болей, как проявление рефлекторной или корешковой стадии, приводит к поиску патологии поясничных межпозвоночных дисков (МПД) с помощью КТ, МРТ и гипердиагностике проявлений остеохондроза, за которой следуют неадекватные, а порой неприемлемые терапевтические и хирургические вмешательства. Однако, в мировой литературе, висцеральной патологии, как фактору способствующему возникновению ПКБС отводится не более 2-3% [6]. 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. 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 остеохондрозом позвоночника, а выявленные в ходе исследования изменения со стороны внутренних органов трактуют как не существенные и не являющиеся возможной причиной пояснично-крестцового болевого синдрома. 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 и задачи: 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. На этой основе разработать новый подход к диагностике и лечению, позволяющий существенно повысить качество и доступность оказываемой помощи, данной категории пациентов.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 628 стационарных пациентов с пояснично-крестцовым болевым синдромом, 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) люмбалгия», 248 (40%) – «люмбоишиалгия», 127 (20%) – «радикулопатия». ОП подтверждался данными нейровизуализации (рентгенография, КТ или МРТ), общеклиническими, неврологическими, вертебральными и ортопедическими исследованиями. По показаниям, проводились консультации смежных специалистов (терапевт, хирург, уролог, гинеколог). На основании общеклинических, биохимических исследований, данных фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), ультразвукового исследования внутренних органов (УЗИ), 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. Дифференцировка вертеброгенного пояснично-крестцового болевого синдрома, проводилось по разработанной нами схеме, в зависимости от преобладания клинических проявлений висцеральной или вертеброгенной патологии []:

1. Пациенты с вертеброгенным отраженным висцеральным болевым синдромом (ОП 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 ОП и висцеральной патологии).
4. Пациенты с вертеброгенной люмбалгией, люмбоишиалгией или радикулопатией, при отсутствии актуальной висцеральной патологии.

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. 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. 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-вертебральным болевым синдромом, висцеральная болевая афферентация имитировала клинические проявления вертеброгенной люмбалгии у 50 (58,8%) и люмбоишиалгии 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, люмбоишиалгии 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%), люмбоишиалгии 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%), люмбоишиалгия 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 купированием 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 люмбоишиалгия 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 люмбоишиалгией 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.

Выводы: 1. 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, люмбоишиалгию 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%, люмбоишиалгии - 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. Дривотинов Б.В.// Вертебро-висцеральный и висцеро-вертебральный болевой синдром при остеохондрозе позвоночника /Медицинский журнал. – 2010. – №3. – С.4–8.
3. 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.
4. Дривотинов Б.В., Гаманович А.И. Диагностика висцеро-вертебрального и вертебро-висцерального болевого синдрома при поясничном остеохондрозе. Дривотинов Б.В., Гаманович А.И., Медицинский журнал №4 2012г. С 46-50.
5. 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.
6. 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 - 2014г. С 50-55.
7. Дривотинов Б.В., Гаманович А.И. Проблема висцеро-вертебральных болевых синдромов при поясничном остеохондрозе// Медицинские новости. –2014.–№10.–С.41–45.
8. Дривотинов Б.В., Гаманович А.И. Особенности диагностики и лечения пояснично-крестцового болевого синдрома при остеохондрозе позвоночника / Здоровоохранение. – 2015.–№11.
9. Дривотинов Б.В. Логинов В.Г. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника. – Минск: БГМУ, 2011. С59-72.
10. 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.