

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМИ ДОРСАЛГИЯМИ

Ходжаева З.А., Маджидова Я.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ключевые слова: клиничко-неврологическая характеристика, пациенты, дорсалгия.

ЛУМБОСАКРАЛ ДОРСОПАТИЯЛАР БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ КЛИНИК ВА НЕВРОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Ходжаева З. А., Маджидова Я.Н.

Калит сўзлар: клиничко-неврологик хусусиятлар, беморлар, дорсалгия.

Белдаги оғриқни (дорсалгия) дунё аҳолисининг аксарият қисми ҳаёти давомида бошдан кечирази, дорсалгия тарқалишига кўра, шамоллашдан кейин иккинчи ўринда туради. Дорсалгия кўпинча 20-50 ёшда содир бўлади, бир вақтнинг ўзида максимал оғриқ синдроми 50-64 йилларда тўғри келади, 20-64 йилларда бўйин ёки бел оғриғи 24% эркаклар ва 32% аёллар томонидан учраши аниқланган.

CLINICAL AND NEUROLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH LUMBOSACRAL DORSOPATHIES

Khodjaeva Z.A., Majidova Y.N.

Key words: clinical and neurological characteristics, patients, dorsalgia.

Back pain (dorsalgia) is experienced during the life of the vast majority of the world's population, dorsalgia is in second place in prevalence, second only to colds. Dorsalgia often occur at the age of 20-50 years, the maximum pain syndrome at the same time falls on 50-64 years, in 20-64 years, neck or back pain is stated by 24% of men and 32% of women.

Боль в спине (дорсалгия) переживают в течение жизни подавляющее большинство населения планеты, дорсалгия находится на втором месте по распространенности, уступая лишь простудным заболеваниям [2].

В зависимости от механизма возникновения боли различают ноцицептивную – локальную, отраженную (проекционная, рефлекторная); невропатическую – корешковую (радикулопатия) и некорешковую, психогенную (психалгия) боль [7].

Среди взрослого населения до 43% пережили боль в спине за последний месяц, до 65% – за последний год и около 84% мучались болью в спине хотя бы однократно в жизни [10]. Боль в спине – одна из самых распространенных причин нетрудоспособности людей 40–60 лет [6].

По вине хронической дорсалгии люди старше 25 лет нетрудоспособны от недели за год треть населения планеты [12, 14], старше 40 лет – две трети, а терапия такого контингента пациентов достигает 80% затрат здравоохранения развитых стран, причем более 70% из них обусловлены болью в нижней части спины [14].

Зачастую эпизоды дорсалгии неспецифичны, преобладают в пояснично-крестцовой областях, и адекватная терапия нормализует состояние за 4 недели у 90% пациентов [16]. Однако у части пациентов болевой синдром сохраняется в течение длительного времени, приводя к инвалидизации [4, 13]. Кратковременный эпизод дорсалгии у каждого четвертого больного приводит к хронизации боли, обуславливающей длительную нетрудоспособность [1, 5].

Более половины больных с пояснично-крестцовыми дорсалгиями (ПКД) констатируют уменьшение силы болевого синдрома через 7 дней, 40% отмечают существенное улучшение через 2 месяца, около 10% пациентов констатируют боль в течение полугода, 70–90% больных отмечают повторные эпизоды боли в пояснице через некоторое время [11, 15].

Дорсалгии зачастую встречаются в возрасте 20-50 лет, максимальный болевой синдром при этом приходится на 50–64 года, в 20-64 лет боль в шее или спине констатируют 24% мужчин и 32% женщин [8, 9]. Самое интересное, что 12–26% детей и подростков также констатируют наличие боли в спине [10, 14].

Цель исследования. Определить клиничко-неврологические особенности пояснично-крестцовых дорсалгий у взрослых пациентов и оценить их влияние на психологическое состояние.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 214 человек с шейными дорсалгиями (ШД) – 86 (40,2%) мужчин (22-60 лет средний возраст – 37,9±5,4 лет) и 128 (59,8%) женщин в возрасте от 21 до 55 лет (в среднем 41,1±6,1 лет).

Все пациенты были зрелого возраста, на который приходится пик личной, социальной и профессиональной работоспособности. Нами проведен комплексный клиничко-неврологический осмотр с активным выявлением жалоб и анамнеза, применены исследовательские шкалы: визуально-аналоговая шкала боли (ВАШ), индекс мышечного синдрома (ИМС), тест Шобера, тест Томайера, Госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS, тест Вернона и Майора, опросник Роланда-Морриса, опросник Освестри. Применяли и радиологические методы исследования – КТ и МРТ.

Результаты и их обсуждение. Основными жалобами были боли в нижней части спины – локальные или иррадиирующие, различной локализации и интенсивности. На момент обращения основной жалобой была различного характера, интенсивности и локализации боль в пояснично-крестцовой области у всех 272 (100%) пациентов, при этом у 164 (60,29%) пациентов боль констатировалась не только в пояснично-крестцовой области: боль в конечности определялась у 77 (28,31%) пациентов, в одной – у 52 (19,12%), в обеих – у 25 (9,19%), в ягодицах – у 29 (10,66%), по задней поверхности бедра – у 31 (11,4%), в колене – у 39 (14,34%) и у 48 (17,65%) пациентов в голень и стопу, что ограничивало движения и значительно меняла осанку пациентов. У весомой части пациентов боль локализовалась в нескольких областях, поэтому сумма составляет более 100%.

Кроме того, пациенты предъявляли жалобы на быструю утомляемость от статических нагрузок – в 87,5% случаев (238 больных), тяжесть в пояснично-крестцовой области и нижних конечностях – в 76,1% (207 больных) и утренняя скованность движений в пояснично-крестцовой области – 72,43% (197 больных), 27,94% (76 больных) боль отчетливо ощущалась в покое, онемение пальцев стоп – у 11% (30

больных) и холод стоп – у 15,07% (41 больной).

Результаты теста Шобера на момент обращения зафиксированы достоверно сниженными в 1,63 раза и достигали в среднем $3,55 \pm 0,12$ см (норма $5,8 \pm 0,2$ см) ($p < 0,01$). Результат теста Томайера равнялся $9,2 \pm 0,5$ см, что достоверно больше (в 2,4 раза) нормы ($3,9 \pm 0,1$ см) ($p < 0,001$).

При обращении боль в покое по ВАШ среднем составляла $4,9 \pm 0,2$ балла, т.е. была умеренной интенсивности, а после физической нагрузки у 86,5% пациентов интенсивность возрастала до $6,4 \pm 0,3$ баллов – становилась выраженной, постепенно снижаясь в покое. Боль была умеренной у 151 пациента (55,51%), выраженной – у 121 (44,49%) пациента, резко выраженной боли не констатировал ни один пациент. Слабейшая средняя боль составляла $3,2 \pm 0,3$ балла, а сильнейшая – $7,3 \pm 0,5$ балла.

У 166 (61,03%) пациентов боль была ноющей, тупая – у 78 (28,68%), стягивающая – у 107 (39,34%), тянущая – у 72 (26,47%) и сверлящая – у 83 (30,51%) больных. У 90 (33,09%) пациентов боль сочеталась с жжением в пояснице и смежных областях.

У всех больных присутствовала мышечная дисфункция, приводящая к напряжению мышц поясницы, резкой пальпаторной болезненности мышц и длительным болевым периодом после раздражения мышц.

Напряжение мышц шеи ограничивало движения в поясничном отделе позвоночника, что приводило у всех больных к наклону бикостальной линии, у трети пациентов – к асимметрии задних верхних остей подвздошных костей, а у 95 (34,93%) больных II группы – к лордозу поясничного отдела, у 91 (18,72%) больного II группы – у функциональному поясничному сколиозу без структурных изменений на КТ и/или МРТ.

ИМС в среднем равнялся $9,8 \pm 0,32$, т.е. II (средняя) степень тяжести. Интенсивность спонтанных болей по ИМС равнялась в среднем $2,3 \pm 0,09$ баллам – средняя степень. По ИМС тонус мышц при пальпации равнялся $2,5 \pm 0,08$ баллам. Болезненность мышц при пальпации констатирована у 76 (27,94%) пациентов в виде мимической реакции на пальпацию, а двигательная реакция зафиксирована у 115 (42,28%) пациентов, средний показатель равнялся $2,4 \pm 0,1$ баллам, т.е. II (средняя) степень тяжести.

При оценке мышечного синдрома имеет большое значение имеет продолжительность возникшей боли в мышцах при пальпации. При анализе этого показателя было установлено, что у 175 (64,34%) пациентов боль при пальпации сохранялась в течение 45–60 секунд, у 68 (25%) пациентов боль сохранялась в среднем 1,2 минуты и лишь у 29 (10,66%) пациентов боль после пальпации отпускала сразу. Средний балл составил $2,4 \pm 0,1$ балла, т.е. II (средняя) степень тяжести.

Сходная оценка ИМС получена и по степени иррадиации боли при пальпации – $2,1 \pm 0,08$ балла. У 226 (83,09%) пациентов боль иррадиировала в смежные ткани, что подтверждает среднюю интенсивность мышечного синдрома.

Клинически констатировали положительный симптом Ласега (средний угол подъема ноги равен $41,3^\circ$), у 251 (92,28%) пациентов, симптом Дежерина выявили у 131 (48,16%) пациента – боль в пояснице или по ходу седалищного нерва усиливалась при чихании или кашле, любом физическом напряжении, констатировали симптом Нери у 185 (68,01%) пациентов – резкое сгибание головы к груди лежа спине с прямыми ногами провоцировало острую боль в пояснице и/или по ходу седалищного нерва, что безапелляционно подтверждает присутствие мышечно-тонического синдрома.

ИМС у больных с ноцицептивной болью достоверно больше, относительно больных с нейропатической болью. Выраженность спонтанных болей (ВСБ) у пациентов с ноцицептивной болью в среднем достигал $2,9 \pm 0,12$ балла, т.е.

средняя и выраженная боль; тонус мышц (Т) – $3,16 \pm 0,10$ балла, болезненность мышц (Б) – $2,07 \pm 0,12$ балла. Мимическая реакция на пальпацию констатирована у 49 (62,03%) пациентов, а двигательная – у 26 (34,17%) больных.

У 185 больных (68,01%) пациента констатировали умеренное усиление мышечного тонуса и у 85 (31,25%) пациентов – выраженный гипертонус. Степень иррадиации болей при пальпации (СИ) у пациентов с ноцицептивной болью в среднем равнялся $1,8 \pm 0,07$ баллам и не имел достоверной разницы между группами.

В целом ИМС равнялся $12,5 \pm 2,3$ ($p < 0,05$) у больных с ноцицептивной болью, что соответствовало III степени тяжести, а при нейропатической боли – $8,56 \pm 0,04$, т.е. II степень тяжести.

Уровень активного воспаления пациентов II группы позволил нам выделить часть пациентов с явным признаком воспалительного генеза обострения ПКД – 123 (45,22%) пациентов (СОЭ – $27,5 \pm 3,9$ мм/ч, лейкоциты – $10,6 \pm 1,8 \cdot 10^9$ /л, СРБ – $11,8 \pm 2,8$ мг/л). У остальных 149 (54,78%) уровни маркеров воспаления колебались в пределах допустимых норм.

Соотношения воспалительных и не воспалительных ПКД составили 1:1,12, то есть более 3/5 пациентов с ПКД имеют не воспалительный генез обострений.

Таким образом, нами констатирован существенно выраженный болевой синдром, сочетающийся с мышечно-тоническим синдромом, усиливающим болевой и создающим порочный круг.

Опросником Роланда-Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности» диагностировали нарушения жизнедеятельности – положительные ответы на более 7 пунктов из 18 соответствовали нарушениям.

Средняя сумма баллов самооценки боли достигала $10,3 \pm 2,2$ (рис. 4.6), что достоверно констатировало снижение качества жизни пациентов ПКД и соответствовало умеренным ограничениям жизнедеятельности ($p < 0,05$).

При ноцицептивных типах боли средние показатели составили $7,48 \pm 0,51$, тогда как при нейропатических типах боли средний балл по опроснику Роланда-Морриса был выше $9,08 \pm 0,52$ и носил достоверный характер ($P < 0,05$), что свидетельствует о более выраженном нарушении жизнедеятельности больных с ПКД.

Результат опросника Освестри у наших пациентов равнялся $31,1 \pm 2,4$ и обладал прямой средней силы достоверной ($p < 0,05$) взаимосвязью с баллами опросника Роланда-Морриса ($r = 0,55$), что констатирует угнетение жизнедеятельности и умеренной и выраженной боли. У больных с нейропатическими типами боли средний показатель по опроснику составил $38,2 \pm 3,8\%$, а при ноцицептивных типах болей – $27,4 \pm 2,8\%$, что носило достоверный характер ($P < 0,05$). У $14,0 \pm 1,2\%$ пациентов с ПКД отмечались минимальные снижения качества жизни, кроме поднятия тяжестей. У $33,5 \pm 1,4\%$ пациентов констатировано умеренное снижение качества жизни: существенная боль и трудность при сидении, поднятии предметов и стоянии; самообслуживание и сексуальная жизнь, как и сон не существенно изменились нарушены; $41,2 \pm 1,5\%$ серьезные ухудшения качества жизни на фоне постоянной боли и затруднений в повседневной жизни. У $11,4 \pm 1,2\%$ больных по опроснику было установлено инвалидизирующее качество жизни, т.е. боль в пояснице ухудшала все аспекты жизни пациента.

Так же нами было установлено, что при нейропатическом типе боли отмечались более выраженные нарушения качества жизни: $68,4 \pm 1,2\%$ пациентов имели субклинически выраженную тревогу и $12,5 \pm 1,1\%$ клинически выраженную тревогу, из них наибольший процент встречается при ноцицептивном типе боли ($P < 0,05$).

Идентичная картина характеризует уровень депрессии

больных с ПКД. Симптомы депрессии выявлены у $40,4 \pm 1,4\%$, из них субклинически и клинически выраженная депрессия составили $27,9 \pm 1,2\%$ и $12,5 \pm 1,1\%$ соответственно. Отмечается преобладание симптомов депрессии при ноцицептивных типах боли (клинически выраженная депрессия – $35,52$ против $25,0\%$ и субклинически выраженная депрессия – $11,8\%$ и $12,8\%$ соответственно).

Таким образом, у 220 (80,9%) больных наблюдали симптомы тревожности и депрессии, что явилось определяющим в возникновении психосоматических расстройств у пациентов с ШД и коррелировали с выраженностью боли ($r=0,61$), продолжительностью заболевания ($r=0,69$) и частотой обострений ($r=0,71$).

У пациентов с ПКД была выявлена достоверная ($p<0,05$) сильная прямая взаимосвязь между суммарными баллами по ИМС на момент первичного обследования и баллами по шкале ВАШ ($r=0,61$), баллами по опроснику Роланда-Морриса ($r=0,57$), баллами по опроснику Освестри ($r=0,58$), тестом «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» ($r=0,60$).

Расстройства психоэмоционального статуса пациентов достоверно влияли на течение, продолжительность заболевания и прогноз ПКД, усугубляя уже имеющийся порочный круг.

На КТ и МРТ у 54 (19,85%) больных констатировали уменьшение высоты межпозвонковых поясничных дисков I-II стадий и у 22 (8,09%) больных спондилоартроз III стадии. При продолжительном заболевании КТ констатировала энтезопатии в местах прикрепления мышц и сухожилий у 37 (13,6%) больных.

У 196 (72,06%) пациентов с нейропатической болью констатировали рефлекторную миофиксацию при любой длительности заболевания, а у всех пациентов с ноцицептивной болью при длительности патологии больше 5 лет констатирована внутридискковая дистрофия.

Таким образом, на КТ и МРТ пациентов с нейропатической болью констатировали патологию вверху поясничного отдела, чаще рефлекторного генеза (локальная миофиксация), а у пациентов с ноцицептивной болью – патологию в середине поясничного отдела, чаще морфологические нарушения.

В практической деятельности целесообразно помнить, что длительность каждой патологии способствует возникновению у нее признаков другой патологии, смешиванию и смазыванию клинической картины, затруднениям в диагностике и терапии, низкой эффективности лечебных и профилактических средств и приемов.

На основании полученных данных больные II группы нами подразделены в зависимости от наличия дорсалгий вследствие дегенеративных заболеваний поясничного отдела позвоночника ($n=76$) и миофасциальных дорсалгий ($n=196$).

Выводы. По мере роста продолжительности патологии точность диагностики исходя из неврологической симптоматики возрастает. В первые 2 года заболевания частота расхождений предварительного (по неврологической симптоматике) и окончательного диагноза в среднем достигает $22,3 \pm 0,6\%$, а при 5 годах длительности заболевания уменьшается до $8,4 \pm 1,6\%$.

При обследовании пациентов с ПКД, так дистрофически-дегенеративные процессы и другие патологии поясничного отдела позвоночника констатированы у 27,94% пациентов с острой болью в пояснично-крестцовой области, у остальных 72,06% боли не имели отношение к патологии позвоночника и являлись миофасциальными, воспалительный генез боли выявили у 21,32% пациентов, а функциональные миофасциальные боли – у 78,68%.

Соотношения воспалительных и не воспалительных ПКД по данным лабораторных исследований составили 1:1,75, то

есть более 3/5 пациентов с ПКД имеют не воспалительный генез обострений и не нуждаются в назначении курса НПВС.

Литература

1. Александров В.В., Демьяненко С.А., Мизин В.И. Основы восстановительной медицины и физиотерапии - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 208 с
2. Бойцов И.В. Дорсопатии шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника: особенности неврологических осложнений (обзор литературы). // Справ. врача общей практики. 2018. - №5. - с.73–78.;
3. Воробьева О.В., Акарачкова Е.С. Роль депрессии в хронизации дорзалгий: подходы к терапевтической коррекции // Журнал неврологии и психиатрии. - 2004. - № 8. - С. 46-50.;
4. Козелкин А.А., Медведкова С.А., Лисовая О.А. Мануальная терапия вертебральных грудных неврологических синдромов // Международный неврологический журнал. - 2019. - № 5 (107). - С. 33-40.;
5. Котельницкий А.В. Мануальная рефлексотерапия. - Москва: Бином, 2019. - 168 с
6. Манвелов Л.С., Тюриков В.М. Поясничные боли (этиология, клиника, диагностика и лечение). // Рус. мед. журн. 2019, - №20. - с.1290–1294
7. Меркушкина И.В. Проблемы дискогенных дорсалгий: патогенез, клиника, лечение. // Фарматека. 2019. - №19. - с.35–44.;
8. • Coskun Benlidayi I. I have back pain! Rheumatol Int. 2018 Nov;38(11):2163-2164. doi: 10.1007/s00296-018-4162-6. Epub 2018 Oct 6. PMID: 30293154.;
9. Gupta L, Zanwar A, Misra DP, Agarwal V. Approach to non-compressive back pain. Neurol India. 2019 May-Jun;67(3):671-678. doi: 10.4103/0028-3886.263183. PMID: 31347533
10. Henn L, Hardt J. Therapy of Chronic Back Pain Considering Psychosocial Aspects. // Psychother Psychosom Med Psychol. 2019 Aug;69(8):313-322. doi: 10.1055/a-0813-2086. Epub 2019 Jan 14. PMID: 30641598
11. Jiménez-Juan C, Bernabeu-Wittel M, Ternero-Vega J, García-Serrano R. Back pain after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Gastroenterol Hepatol. 2020 Nov;43(9):524-525. English, Spanish. doi: 10.1016/j.gastrohep.2020.03.002. Epub 2020 May 6. PMID: 32386895
12. • Kiltz U, Baraliakos X, Regel A, Bühring B, Braun J. Causes of pain in patients with axial spondyloarthritis. Clin Exp Rheumatol. 2017 Sep-Oct;35 Suppl 107(5):102-107. Epub 2017 Sep 29. PMID: 28967358
13. Padiyar A, Pandipati S, Kim T, Haig AJ. An objective review of consumer books about back pain. // J Neurosci Nurs. 2021 Dec;33(6):326-37. doi: 10.1097/01376517-200112000-00007. PMID: 11776715
14. Schiltenswolf M, Schwarze M. Diagnostics and therapy of back pain: what is advisable? What should be avoided and why is it still done? // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2020 May;63(5):527-534. doi: 10.1007/s00103-020-03121-y. PMID: 32189043
15. Szulc P. Vertebral Fracture: Diagnostic Difficulties of a Major Medical Problem. J Bone Miner Res. 2018 Apr;33(4):553-559. doi: 10.1002/jbmr.3404. Epub 2018 Mar 5. PMID: 29419882.;
16. Vining RD, Shannon ZK, Minkalis AL, Twist EJ. Current Evidence for Diagnosis of Common Conditions Causing Low Back Pain: Systematic Review and Standardized Terminology Recommendations. J Manipulative Physiol Ther. 2019 Nov;42(9):651-664. doi: 10.1016/j.jmpt.2019.08.002. Epub 2019 Dec 20. PMID: 31870637