

МУЛЬТИФАКТОРНОЕ ЗНАЧЕНИЕ БОЛИ В СПИНЕ

Маджидова Ё.Н., Ходжаева З.А., Шахавдинова Л.А.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ **Резюме,**

Боль в спине является актуальной проблемой на протяжении многих лет во всем мире. В статье рассмотрены вопросы распространенности, патогенетические значения, классификация, клинические проявления боли в спине.

Ключевые слова: боль в спине, болевой синдром, вертеброгенные синдромы

THE MULTIFACTORIAL SIGNIFICANCE OF BACK PAIN

Majidova Y.N., Khojaeva Z.A., Shakhavdinova L.A.,

Tashkent Pediatrics Medical Institute.

✓ **Resume,**

Back pain has been an urgent problem for many years throughout the world. The article considers the prevalence, pathogenetic values, classification, clinical manifestations of back pain.

Keywords: back pain, pain, vertebrogenic syndromes

ORQA OG'RIQNING KO'P QIRRALI AHAMIYATI

Majidova Y.N., Xo'jaeva Z.A., Shaxavdinova L.A.,

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti.

✓ **Rezyume,**

Orqa og'rig'i ko'p yillar davomida butun dunyo bo'ylab dolzarb muammo bo'lib kelgan. Maqolada bel og'rig'ining tarqalishi, patogenetik qiymatlari, tasnifi, klinik ko'rinishlari ko'rib chiqiladi.

Kalit so'zlar: bel og'rig'i, og'riq, vertebrogenik sindromlar

Актуальность

Боль в спине занимает одно из лидирующих положений среди БС. Острые боли в спине своей интенсивностью отмечаются у 70-100% населения. У 30% взрослых наблюдаются периодические, рецидивирующие боли в спине длительностью 5 дня и более. При первичном осмотре врачами общей практики выявляются у большинства пациентов - в 70% случаев. "Дискогенная" боль и боль, связанная с дисфункцией дугоотростчатых суставов, отмечается у 20% пациентов с острой болью в спине. Компрессионная радикулопатия поясничных и крестцовых корешков отмечается в 10% случаев [3,9,10,14,15]. Проблема заболеваний позвоночника привлекает большое внимание отечественных и зарубежных врачей различных специальностей. Это обусловлено не только распространенностью заболевания, поражающего людей в самом работоспособном возрасте, но и, главным образом, мультифакторным паттерном синдромов [5,13,17,18]. В настоящее время самой актуальной проблемой является боль в спине, которая в 82-95% обусловлена вертебро-неврологическими заболеваниями [19,20,21,22].

По данным Национального центра статистики здоровья населения США, люди в возрасте до 45 лет чаще всего ограничивают свою активность из-за постоянных болей в спине и шее, а распространенность хронической боли в спине составляет 26-32% взрослого населения. Боль - это понятие клинически и патогенетически сложное и неоднородное. Она различается по интенсивности, локализации и по своим субъективным проявлениям. Боли в спине и шее ограничивают жизнедеятельность, снижают качество

жизни пациентов [34], изменяют психику и поведение людей, более чем у половины пациентов, страдающих остеохондрозом позвоночника, имеются признаки хронического эмоционального напряжения [5,24,25,32].

А.М. Вейн (2001) считает, что наиболее распространенной причиной происхождения боли вертеброгенного характера, является остеохондроз позвоночника. Динамика болевого синдрома и его объективные определяют клиническое улучшение [23,30,34].

Главным аспектом в проблеме боли является ее разделение на два типа: острую и хроническую [6].

По Б.В. Дривотинова (2010), боль - это синдром, который представляет собой не только проявление локальной дегенеративно-дистрофической патологии межпозвонкового диска и окружающих его образований, а, заболевание целостного организма, обусловленное нарушением его важнейших функциональных систем [12,26,27,28].

Острые боли - это сенсорная реакция с последующим включением эмоционально-мотивационных вегетативных и других факторов при нарушении целостности организма [11,29]. Развитие острой боли связано, как правило, с вполне определенными болевыми раздражениями поверхностных или глубоких тканей, скелетных мышц и внутренних органов, нарушением функций гладкой мускулатуры, а также с компрессионными переломами при остеопорозе [12,31,35]. Длительность острой боли определяется временем восстановления поврежденных тканей и/или нарушенной функции гладких мышц.

Хроническая боль стала приобретать статус не только синдрома, но и существовать как отдельная нозология. Ее формирование зависит в большей сте-

пени от комплекса психологических факторов, нежели от характера и интенсивности периферического ноцицептивного воздействия. Главным отличием хронической боли от острой является не временной фактор, а качественно иные нейрофизиологические, психофизиологические и клинические соотношения [8].

В настоящее время значительно чаще встречается боль в спине неспецифической мышечно-скелетной природы без признаков вовлечения корешка [34,35,36]. По мнению Л.А.Богачева (2011) на материале обследования более 4000 пациентов с болями в спине обнаружила, что вертеброгенные радикулопатии и туннельные невропатии наблюдались лишь у 5% пациентов, в то время как у 95% обследованных имели место мышечно-скелетные синдромы.

С патофизиологической точки зрения существует три типа боли. Ноцицептивная боль возникает при непосредственном повреждении тканей и активации периферических болевых рецепторов. Нейропатическая боль развивается при повреждении, затрагивающем соматосенсорную систему. Дисфункциональная боль формируется вследствие нейродинамических нарушений в центральной нервной системе; при традиционном обследовании у таких пациентов не удаётся выявить органические заболевания, которые могли бы объяснить возникновение боли. Основными факторами, способствующими развитию дисфункциональной боли, являются психологические, социальные проблемы и эмоциональный стресс. А также существует сочетанная боль, типичным примером которой является боль в спине [1,4,5,13,16,33]. В зависимости от локализации БС выделяют следующие типы боли в спине: о цервикалгия - боль в шее;

- цервикокраниалгия - боль в шее, распространяющаяся в голову;
- цервикобрахиалгия - боль в шее, иррадиирующая в руку;
- торакалгия - боль в грудном отделе спины и грудной клетки;
- люмбаалгия - боль в поясничной или поясничнокрестцовой области;
- люмбоишиалгия - боль в пояснице, иррадиирующая в ногу;
- сакралгия - боль в области крестца;
- кокцигодия - боль в копчике.

По течению БС выделяют острую (длительностью менее 4 нед), подострую (от 4 до 12 нед) и хроническую (более 12 нед) формы. Подобная систематизация позволяет выбрать верный алгоритм ведения конкретного пациента. У 30% пациентов боль сохраняется в течение 6 нед (стойкая боль). Хронизация БС обуславливает появление у пациента тревожных и депрессивных расстройств, постепенно формируется "болевое поведение", изменяется восприятие боли, появляются страх, ощущение ожидания боли, раздражительность. Известны факторы и формы, которые могут усугублять течение БС: тревожно-депрессивные расстройства, стремление пациента к социальной защите [7, 12].

В зависимости от того, какие структуры позвоночного столба вовлекаются в процесс в каждом конкретном случае, в клинической картине преобладают либо компрессионные, либо рефлекторные синдромы. Компрессионные синдромы развиваются, если изменённые структуры позвоночника деформируют или сдавливают корешки, сосуды или спинной мозг. Рефлекторные вертеброгенные синдромы возникают в результате раздражения различных структур позвоночника, который имеет мощную сенсорную иннервацию. Считается, что только костная ткань тел позвонков и эпидуральные сосуды не содержат болевых рецепторов. По локализации различают вертеброгенные

синдромы шейного, пояснично-крестцового и грудного уровней [11].

С точки зрения неврологов, для определения тактики ведения пациента с болью в спине крайне необходимо определить топический диагноз и по возможности установить этиологию БС. Очевидно, что боль в спине является неспецифическим симптомом. Существует много заболеваний, проявляющихся болью в спине: дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, диффузное поражение соединительной ткани, заболевания внутренних органов и т.д. Такая патология является мультидисциплинарной проблемой и должна рассматриваться разными специалистами. В качестве причин вторичной боли в спине могут выступать онкологические заболевания (опухоли позвонков, метастатическое поражение, миеломная болезнь), травмы позвоночника, воспалительные заболевания (туберкулёзный спондилит), метаболические расстройства (остеопороз, гиперпаратиреоз), заболевания внутренних органов [7, 8, 15].

Ноцицептивный компонент играет ведущую роль при формировании хронического БС, связанного с поражением суставов (дугоотростчатых суставов и крестцово-подвздошных сочленений). Такая боль обычно носит ноющий характер, возникает или усиливается при нагрузке на изменённые суставы и кратковременно (на время действия препарата) уменьшается после введения в поражённый сустав местного анестетика. Во всех случаях необходим анализ ситуации, в которой возникла боль, факторов, усиливающих и ослабляющих её, особенностей предшествующих обострений. Боль при поражении внутренних органов (висцеральная) часто плохо локализована, может сопровождаться тошнотой, изменением окраски кожных покровов, избыточным потоотделением, носит коликообразный (спазматический) характер, нередко иррадиирует в противоположную половину тела.

При поражении поясничных и крестцовых корешков, наряду с "позитивными" чувствительными нарушениями в виде боли, парестезий и дизестезий, следует выявлять и "негативные" сенсорные симптомы (гипестезию, анестезию или дизестезию отдельных видов чувствительности: тактильной, болевой, температурной, вибрационной или суставно-мышечной). При болях в спине могут выявляться сенсорные нарушения в виде гипестезии и анестезии отдельных видов чувствительности: тактильной, болевой, температурной, вибрационной или суставно-мышечной. Температурную чувствительность в зоне соответствующего дерматомата удобно изучать с помощью специального цилиндра с пластиковым и металлическим концами или пробирок с тёплой и холодной водой. Болевая чувствительность определяется путём нанесения лёгкого укола. Суставно-мышечная чувствительность исследуется в суставах терминальных фаланг пальцев на руках и ногах.

Двигательные нарушения чаще представлены слабостью и гипотрофией мышц в зоне иннервации поражённых корешков. Оценка сухожильных рефлексов проводится отдельно для каждой конечности: на ногах - ахилловых и коленных, на руках - карпорадиальных, а также рефлексов с двуглавой и с трёхглавой мышц. При определении вегетативных и трофических нарушений необходимо обращать внимание на изменение окраски и тургора кожных покровов, наличие гиперкератоза, шелушения, гипо- и гипертрихоза, изменение скорости роста ногтей. Для удобства обследования необходимо знать так называемые индикаторные мышцы, иннервирующиеся соответствующими корешками, и типичные зоны чувствитель-

ных нарушений в соответствующих поражённом корешку дерматомах [2, 8, 10, 11].

В настоящее время значительно чаще встречается боль в спине неспецифической мышечно-скелетной природы без признаков вовлечения корешка [34,36]. Так, Л.А.Богачева (2011) на материале обследования более 4000 пациентов с болями в спине обнаружила, что вертеброгенные радикулопатии и туннельные невропатии наблюдались лишь у 5% пациентов, в то время как у 95% обследованных имели место мышечно-скелетные синдромы.

Необходимо отметить, что боль в поясничном отделе позвоночника без иррадиации в конечности у пациента в возрасте до 50 лет при отсутствии злокачественного новообразования в анамнезе, клинических признаков системного заболевания и неврологического дефицита с вероятностью более 99% обусловлена доброкачественными скелетно-мышечными нарушениями, например, миофасциальным БС или суставно-связочной дисфункцией. Тем не менее, уже при первом обследовании пациента важно выявить симптомы, указывающие на то, что боль в спине может являться симптомом более серьёзной, обычно соматической, патологии. Так, следует обращать внимание на наличие лихорадки, локальной болезненности и повышения местной температуры в паравертебральной области, которые характерны для инфекционного поражения позвоночника. Физикальное обследование при болях в спине позволяет в большинстве случаев выявить источник(-и) боли, патогенез БС, предположить или точно определить характер основного патологического процесса.

Выводы

Понятие всех значимых факторов в возникновении боли в спине, играет большую роль в установлении этио-патогенетических свойств, клинических проявлений, адекватности диагностирования и адекватности лечения для каждого больного с болями в спине. Своевременное и правильное установление диагноза, проведение курса лечения в адекватные сроки и при помощи соответствующих доз препаратов способны обеспечить максимальную эффективность и безопасность лечения, предотвратить хронизацию процесса и уменьшить число обострений.

Учитывая вышесказанное, боль в спине имеет разнообразие в различных аспектах распространения, механизма и течения. И имеет место быть детальное неврологическое обследование каждого пациента с жалобами на боли в спине, тщательное изучение клинических проявлений и обязательно проводить современную тактику лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. В.Л. Голубева. М.: МЕДпресс-информ, 2010; 330.
2. Боль: практическое руководство для студентов и врачей / Под ред. Н.Н. Яхно. М.: Изд-во РАМН, 2011; 512.
3. Боль: руководство для врачей и студентов / В.В. Алексеев, А.Н. Баринин, М.Л. Кукушкин [и др.] / под ред. Н.Н. Яхно. М.: Мед-Пресс, 2009; 302.
4. Данилов А., Данилов А. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. М., 2012; 582.
5. Данилов А.Б. Алгоритм диагностики и лечения боли в нижней части спины с точки зрения доказательной медицины // Атмосфера. Нервные болезни. 2010; 4:11-18.
6. Данилов А.Б. Применение витаминов группы В при болях в спине: новые анальгетики? // РМЖ. 2008;16. Спецвыпуск. 35-39.
7. Кукушкин М.А. Механизмы развития и принципы этиопатогенетической терапии хронической боли // Журнал неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2012; 2: 89-94.
8. Левин О.С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника // Consilium medicum. 2004; 6: 547-554.
9. Левин О.С. Современные подходы к диагностике и лечению боли в спине. М., 2006.
10. Павленко С.С. Боли в нижней части спины (эпидемиология, клиничко-диагностическая классификация, современные направления в диагностике, лечении и стандартизации медицинской помощи): руководство. Новосибирск: Сибмедииздат: НГМУ, 2007; 172.
11. Попелянский Я.Ю., Штульман Д.Р. Боли в шее, спине и конечностях. М.: Медицина, 2001; 293-316.
12. Болезни нервной системы / под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульман. М.: Медицина, 2001; 293-316.
13. Ehrlich G.E. Low back pain // Bulletin of the World Health Organization. 2003; 81(9): 671-676.
14. Cruccu G. et al. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment // Eur. J. Neurol. 2004; 11(3): 153-162.
15. Khan T.A., Ahmad A., Haider I.Z. Treatment of acute lumbago; low dose diclofenac sodium with vitamin-B complex compared with diclofenac alone // Professional Med J. 2008; 15: 440-444.
16. Miyaguchi M., Nakamura H., Shakudo M. et al. Idiopathic spinal cord herniation associated with intervertebral disc extrusion // Spine. 2001; 26(9): 1090-1094.
17. Wall and Melzack's Textbook of Pain / S.B. McMahon, M. Koltzenburg (Eds.). Philadelphia: Elsevier/Churchill Livingstone, 2005. 1239 p.
18. Алексеев В.В. Лечение неврогенных болевых синдромов // Неврология. - М., 2003; 3(3): 5-6.
19. Аптикеева Н.В., Бойко С.В., Султанов Т.Ч. Современное состояние вопроса: боль в нижней части спины // Болевые синдромы в неврологии: Сборник трудов IV межобластной научно-практической конференции неврологов и нейрохирургов Самарской и Оренбургской областей - Тольятти, 2002; 14.
20. Бицоев В.Д., Борисова О.Н. Немедикаментозные способы восстановительного лечения дегенеративно-дистрофических процессов позвоночника, тазобедренных и коленных суставов // Вестник новых медицинских технологий. - 2012; XIX(3): 149-151.
21. Бойцов И.В. Дорсопатии: этиология, классификация, патогенез (обзор литературы) // Справочник врача общей практики - М., 2013; 2: 49-47.
22. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. - М.: Медпресс-информ, 2001; 368.
23. Данилов А.Б., Давыдов А.С. Нейропатическая боль. М.: Боргес, 2007; 192.
24. Доронин Б.М., Доронина О.Б. Некоторые актуальные вопросы диагностики и лечения боли в спине // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика - 2010; 4: 24-28.
25. Дривотинов Б.В., Логинов В.Г. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника. - Минск: БГМУ, 2011; 62-64.
26. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях позвоночника. - М.: Мед-пресс-информ, 2008; 384.
27. Жарков П.Л., Жарков А.П., Бубновский С.М. Поясничные боли. - М.: Оригинал, 2001; 143.
28. Жулев Е.М. Остеохондроз позвоночника - СПб., 1999. - 432 с.
29. Bogduk N., McGuirk B. Medical management of acute at chronic low back pain. - Amsterdam: Elsevier, 2002; 120.
30. Dugan S.A. The role of exercise in the prevention and management of acute low back pain // Clin Occup Environ Med. 2006. - 5: 615-632.
31. Lanza U. Acupuncture practica. - Torino, 1976; 169.
32. Lebarbier A. Acupuncture pratique - Sainte-Ruffine: France Maisonneuve, 1975.
33. Mann F. Acupuncture: the ancient chinese art of healing. - London, 1971; 230.
34. Mann F. The treatment of disease by acupuncture. - London, 1974; 176.
35. Mori H. Introductory acupuncture. - Japan, 1977.
36. Rubin D.I. Epidemiology and risk factors for spine pain. // Neurol Clin. - 2007; 2(25): 353-371.

Поступила 09.01. 2020 год.