

ВЕРТЕБРОГЕННАЯ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВАЯ РАДИКУЛОПАТИЯ

Заболевания позвоночника являются часто встречающейся патологией. Среди этой группы патологических состояний выделяют:

- аномалии развития;
- дистрофические, дегенеративные и метаболические поражения (остеохондроз, спондилез, спондилоартроз, спондилолиз и т.п.);
- травмы;
- онкологические заболевания (доброкачественные и злокачественные, первичные и вторичные);
- воспалительные заболевания: вирусные, бактериальные, паразитарные (болезнь Бехтерева, микоз, сифилитический спондилит, туберкулезный спондилит и т.п.).

Значительное внимание клиницистов к вертеброгенной патологии уделяется в связи с особенностями анатомического строения и расположения структур нервной системы.

Начиная с 1999 года в Российской Федерации законодательно рекомендована для применения Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Это затронуло особенности формулирования диагнозов в историях болезней и в амбулаторных картах. Наиболее важным это оказалось для формулирования диагнозов, связанных с болевыми синдромами по причине дегенеративно-дистрофической патологии позвоночника. Исходно, по данным конца XIX — начала XX вв., боль в поясничной области и в нижней части спины объяснялась воспалительным поражением седалищного нерва. В последующем это нашло отражение в терминологии и появился диагноз «Радикулит» (первая половина XX в.). В 60-х гг. прошлого века многочисленными исследованиями Я.Ю. Попелянского было введено понятие «остеохондроз позвоночника». Он основывался на работах немецких морфологов Х. Люшка и К. Шморля. Дальнейшее развитие науки по изучению патологии позвоночника создало предпосылку появления классификации болезней периферической нервной системы, в которой возник термин «остеохондроз позвоночника». Согласно классификации того периода (1981 г.) в основе диагноза указывался остеохондроз соответствующего отдела позвоночника и его проявления (корешковые, сосудистые, компрессионные, суставные, мышечно-тонические и пр.).

На сегодняшний день согласно МКБ-10 дегенеративные заболевания позвоночника включены в класс «Болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани» (M00-M99), отдельно выделены дорсопатии (M40-M54). Под термином «дорсопатии» подразумевают болевые синдромы в области туловища и конечностей невисцеральной этиологии, связанные с дегенеративными заболеваниями позвоночника. В большинстве случаев в патогенезе имеет значение компримирующее воздействие костных структур или структур позвоночника на артериальные и

венозные приводы для кровоснабжения центральных и периферических отделов нервной системы. При выраженных патологических проявлениях костные структуры, измененные мягкие ткани приводят к непосредственной компрессии спинномозговых корешков или непосредственно спинного мозга. Эти заболевания относятся к вертеброгенным или спондилогенным заболеваниям нервной системы.

На сегодняшний день можно отметить следующие особенности, характеризующие дорсопатии:

- имеется значительная распространенность, которая достигает 80-90% популяции населения Земного шара;

- наиболее частое проявление — это болевые синдромы различной локализации;

- дорсопатии и дорсалгии имеют благоприятное течение и регрессирование болевых проявлений;

- достигнуты значительные успехи в понимании механизмов патогенеза заболевания и осложнений;

- широкое распространение получили методы диагностики с точным пониманием произошедших изменений;

- в арсенале врачей имеются многочисленные лечебные методики — применяются медикаментозные и немедикаментозные (хирургические) декомпрессии спинномозговых корешков;

- отработаны методы профилактики осложнений и реабилитации, включающие технологии различных медицинских направлений (физиотерапия, мануальная терапия, остеопатия, иглорефлексотерапия).

Однако, несмотря на эти успехи, отмечается высокая актуальность проблемы болей в спине. Значительные трудности отмечаются в случае перехода острых болей в хронические — хронизация болей. Применение хирургического лечения зачастую не избавляет пациента от болей — может развиваться синдром неудачно оперированной спины. По разным исследованиям, частота его возникновения достигает до 30%.

Как уже упоминалось, дорсопатия определяется как болевой синдром в области туловища и конечностей невисцеральной этиологии, связанный с дегенеративными заболеваниями позвоночника. В то же время боль в нижней части спины определяется особой локализацией — между верхней границей XII пары ребер и ягодичными складками.

Пояснично-крестцовая радикулопатия — один из наиболее тяжелых вариантов вертеброгенных болевых синдромов, который характеризуется особенно интенсивной и продолжительной болью, обычно сопровождающейся резким ограничением подвижности, и является наиболее частой причиной стойкой утраты трудоспособности

Боли в нижней части спины являются одним из частых вариантов болевого синдрома. Приводят к достаточно высоким экономическим потерям, так как до 90% людей хотя бы раз в жизни испытывают болевые ощущения в спине, которые являются самой частой причиной временной нетрудоспособности на этапе амбулаторного звена, в том числе и врача общей практики.

Традиционно выделяют первичный (неспецифический) и вторичный (специфический) синдром болей в нижней части спины. Причиной появления первичных

болей в спине являются дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника с вовлечением межпозвонковых дисков, фасеточных суставов, связок, мышц и даже сухожилий и фасций. Все перечисленные изменения, как правило, носят прогрессирующий характер, и вовлечение происходит постепенно. Этот вариант болей в спине имеет доброкачественный характер течения. Для них характерно регрессирование или значительное уменьшение на протяжении от 4 до 6 недель.

О вторичных болях в нижней части спины можно сказать следующее. Они являются следствием другого патологического процесса: воспалительного, травматического, опухолевого, инфекционного процесса (остеомиелит, туберкулез, саркоидоз), метаболического расстройства (остеопороз), заболевания внутренних органов брюшной полости и малого таза, повреждения мышц соответствующего региона (табл.). По данным литературы, частота возникновения вторичной боли в спине составляет не более 8-10%.

Таблица

Основные причины болей в спине и частота их возникновения

Патология	Частота возникновения
Опухоли, воспалительные, метаболические заболевания позвоночника, «отраженная» боль	<5%
Растяжение/травма мышечно-связочного аппарата	20%
Болезненная дисфункция позвоночного-двигательного сегмента	15%
Протрузия/грыжа межпозвонкового диска с ирритацией рецепторов заднего кольца, задней продольной связки, мозговых оболочек	25%
Синдром фасеточных суставов	20%
Ирритация/компрессия спинномозгового корешка/спинального ганглия	<10%
Компрессия/ишемия корешков при стенозе позвоночного канала	5%

Длительность болевого синдрома может быть различной: до 4 недель — острая боль, от 4 до 12 недель — подострая, более 12 недель — хроническая. Известно, что неспецифические боли в спине имеют наибольшую распространенность в возрасте от 30 до 55 лет и большая часть приходится на 30-39 лет.

В случае выявления так называемых «красных флагов» врачу следует заподозрить вторичный характер боли в нижней части спины. К ним относятся:

- начало (дебют) стойких проявлений болевого синдрома в возрасте до 15 и после 50 лет;

- отсутствие симптомов уменьшения болей при уменьшении нагрузки (в литературе представляется как не механический их характер);

- выявление симптома, характеризующего нарастание интенсивности болей;

- онкологическая патология в анамнезе (независимо от локализации и методик лечения);

- сопровождающие симптомы: лихорадка, особенно плохо купирующаяся противовоспалительными препаратами, снижение массы тела, снижение аппетита;

- появление утренней скованности;

— изменение лабораторно-биохимических показателей (клинический анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи и др.).

Характеризуя неспецифические боли в спине, помимо возрастных особенностей, можно указать, что большую частоту встречаемости имеют случаи профессиональной нагрузки (физическая нагрузка) поднятия тяжестей или осевой нагрузкой статического характера на позвоночник. При благоприятном течении неспецифической боли в спине снижение ее интенсивности происходит в течение 4-6 недель, в 5-15% случаев наблюдается переход в хронический болевой синдром. Многочисленными исследованиями доказано, что это обусловлено дегенеративно-дистрофическими процессами в суставных поверхностях с изменением хрящевой ткани и вовлечением регионарных мышечных групп (мышечный спазм).

В практической работе врача первичного звена важное значение имеет понимание причин и механизмов возникновения болевых ощущений. Ранее уже упоминалось, что в основе дорсопатий лежат дегенеративно-дистрофические изменения структур позвоночного двигательного сегмента. В результате всех этих процессов происходит активация ноцицепторов, которые являются свободными нервными окончаниями. Их специфическая функция — восприятие повреждающих стимулов. Ноцицепторы выявлены в надкостнице позвонков, фиброзом кольце (особенно его наружной трети), твердой мозговой оболочке, фасеточных суставах, желтой и межостистой связках, паравертебральных мышцах, спинальных и вегетативных ганглиях. В результате дегенеративно-дистрофических процессов возможно воздействие на ноцицепторы и появление болей. Другим механизмом, который присоединяется при появлении болевой импульсации, усиливающий и отягощающий ее интенсивность, является напряжение сегментарных мышц позвоночника, которое принимает патологический характер. Спазмирование мышц носит рефлекторный и неуправляемый характер, при длительном напряжении мышц — патологический.

Патогенез пояснично-крестцовой радикулопатии представлен на схеме 1.

Алгоритм лечения вертеброгенных болевых синдромов:

- Постельный режим в течение 1-3 дней.
- Сразу назначаются анальгетики, НПВС (лучше парентерально), миорелаксанты.
- При наличии компрессионного синдрома назначаются противоишемические препараты: антиоксиданты, антигипоксанты, вазоактивные препараты.
- Пациента необходимо научить правильно сидеть, вставать, ходить, а также запретить поднимать тяжести.
- Регресс острой дорсопатии следует ожидать в течение 1-2 недель.
- При отсутствии результатов от проводимой терапии в течение 1-2 недель необходимо назначить другие препараты в оптимальных дозах.
- Боль, сохраняющаяся более 1 месяца, свидетельствует о хронизации процесса или о неправильной постановке диагноза.

Принципы лечения остеохондроза и спондилоартроза представлны на схеме 2.

Возникновение ноцицептивного компонента болей зачастую серьезно затрудняет лечение и реабилитацию пациентов. Механизм патогенеза ноцицептивных болей представлен на схеме 3.

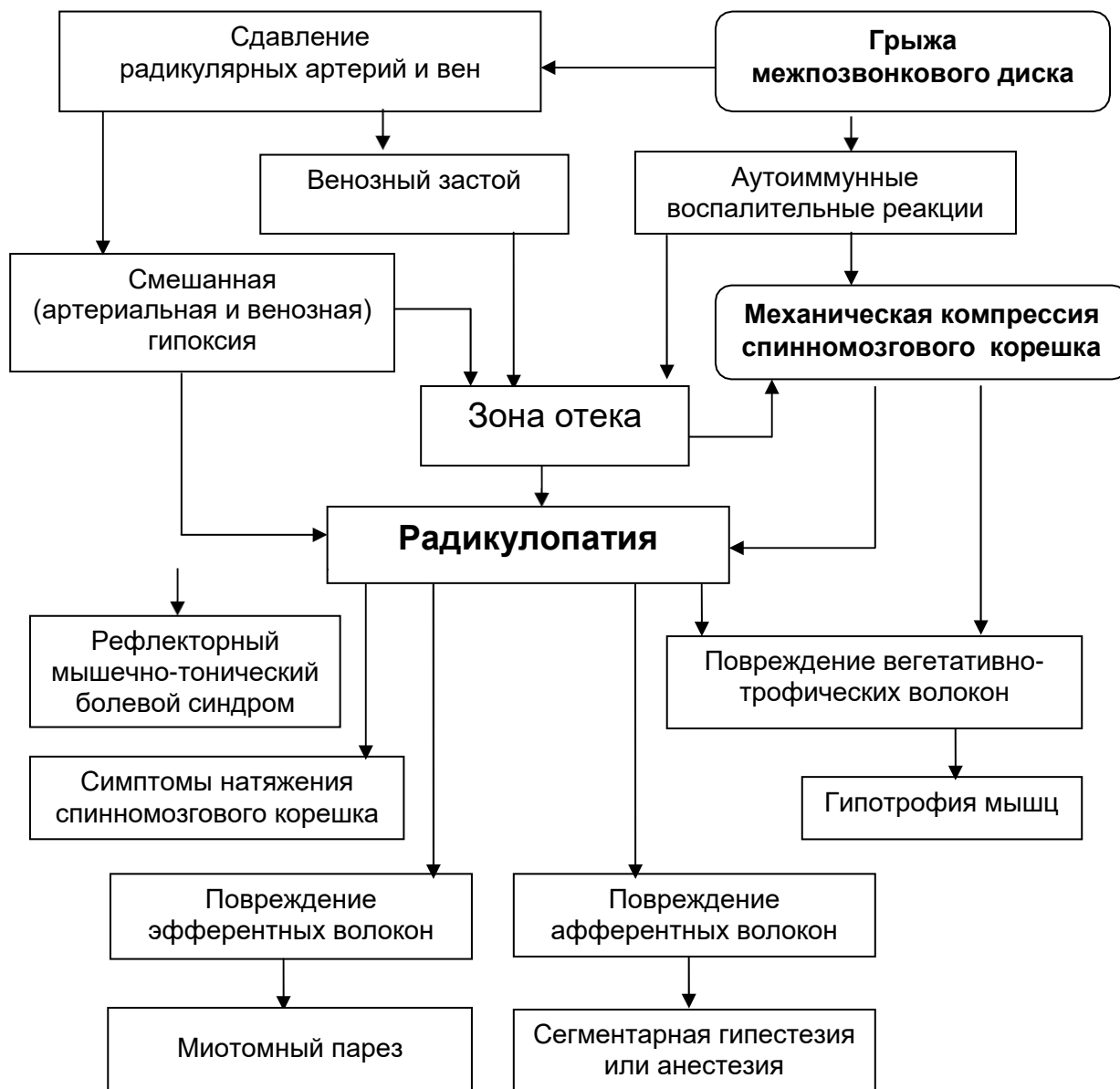


Схема 1. Патогенез радикулоишемий

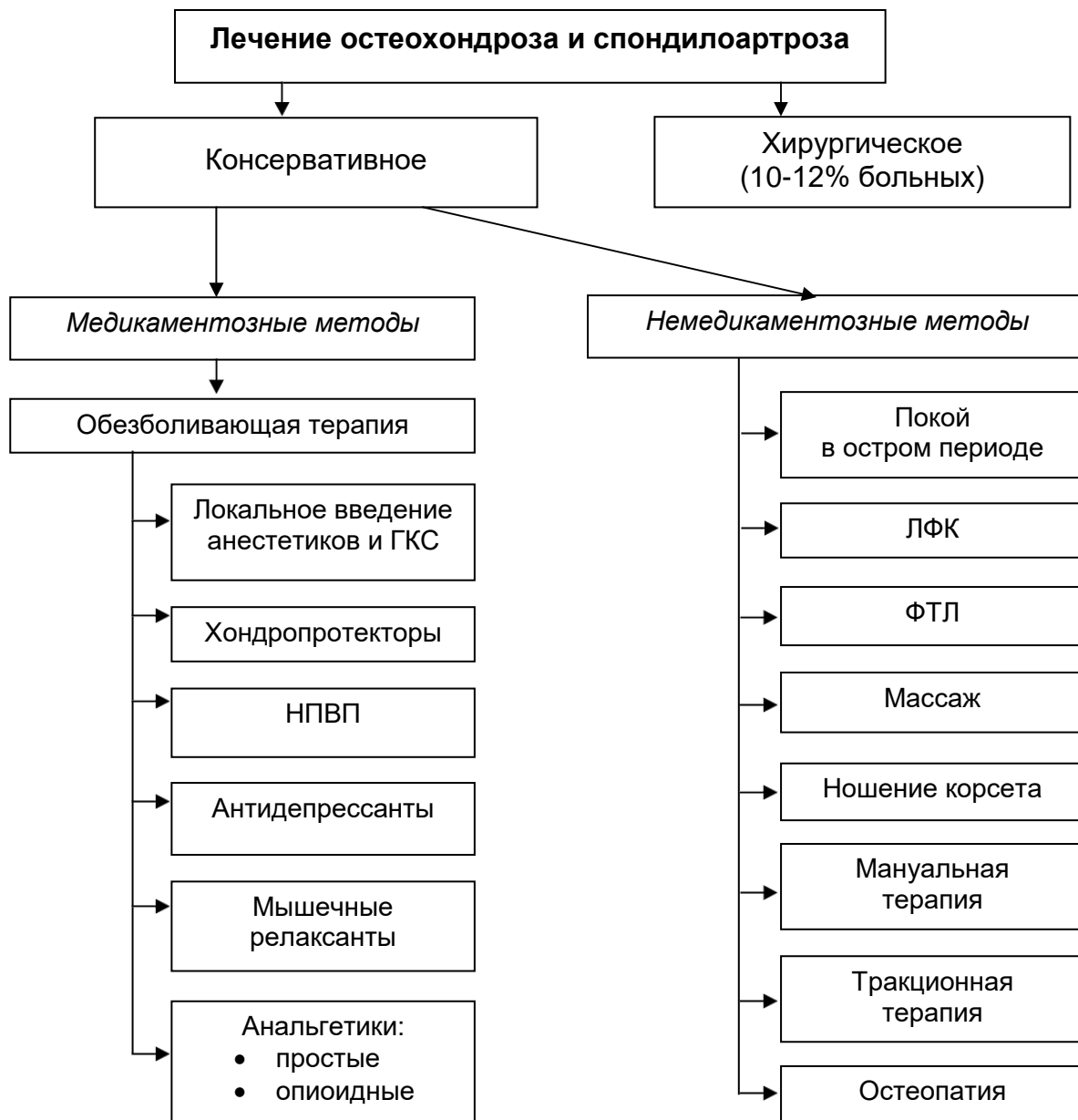


Схема 2. Принципы лечения остеохондроза и спондилоартроза



Схема 3. Ноцицептивная и невропатическая боль при спондилогенной радикулопатии

Ноцицептивная боль при радикулопатии:

- Воздействие повреждающего фактора на ноцицепторы (болевые рецепторы).
- Характерна для острой стадии радикулопатии.
- Хроническая радикулопатия — вовлечение надсегментарных образований.
- Эффект от НПВП.

Невропатическая боль при радикулопатии (20-35% случаев):

- При длительной импульсии от ноцицепторов и не связана с функциональными нарушениями в чувствительных волокнах корешка.
- Опосредована выбросом интерлейкинов, простагландинов.
- Активируются нейрогенное воспаление и сенситизируются центральные ноцицептивные нейроны.
- НПВП — не эффективны.

Выводы:

— боли в нижней части спины имеют высокую распространенность в популяции, что определяет актуальность проблемы;

— компрессионная радикулопатия (шейная или поясничная) представляет собой наиболее тяжелый вариант болей в спине;

— дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника носят прогрессирующий характер, происходит вовлечение не только структур межпозвонкового диска, но суставно-связочного аппарата;

— причиной болей в спине может быть как патология позвоночника (первичный болевой синдром), так и проявления других заболеваний (вторичные боли);

— при неэффективности консервативного лечения применяются нейрохирургические техники, доля которых составляет не более 10%.