

УДК 616.711:616.72-073.97

Хакимов Рустамбек Хотамбекович, магистр

Усманов Шухрат Усарович, доцент

Кафедра неврологии

Андижанский государственный медицинский институт

ДИАГНОСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДОРСОПАТИЙ

Резюме: Дорсопатии— это большая группа заболеваний костно-мышечной системы соединительной ткани, ведущим симптомокомплексом которых является боль в тазобедренных и конечностях невисцеральной этиологии. На протяжении жизни дорсалгия возникает у 70–90% населения развитых стран ежегодно отмечается у 20–25% людей.

Несмотря на то, что эпизод боли в спине часто бывает кратковременным, примерно у 25% пациентов впоследствии развивается хроническая боль, которая служит причиной длительной нетрудоспособности.

Ключевые слова: дорсопатия, спина, диагностика, неврологическая осложнения.

Khakimov Rustambek Khotambekovich, Master

Usmanov Shukhrat Usarovich, Associate Professor

Department of Neurology

Andijan State Medical Institute

DIAGNOSIS OF NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS OF DORSOPATHIES

Resume: Dorsopathies are a large group of diseases of the musculoskeletal system and connective tissue, the leading symptom complex of which is pain in the groin and in the extremities of non-visceral etiology. During

the course of life, dorsalgia occurs in 70-90% of the population in developed countries and is observed annually in 20-25% of people.

Despite the fact that an episode of back pain is often short-lived, approximately 25% of patients subsequently develop chronic pain, which causes long-term disability.

Key words: dorsopathy, back, diagnosis, neurological complications.

Актуальность. Во всех случаях основанием для диагноза должны быть данные клинического обследования и лучевой диагностики (спондилография, рентгеновская компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) позвоночника)[3]. Дорсопатии характеризуются хроническим течением и периодическими обострениями заболевания, при которых ведущими являются различные болевые синдромы[4].

В зависимости от локализации выделяют дорсопатию следующих отделов позвоночника: шейного, грудного, поясничного.

Развитию дорсопатии способствуют следующие факторы и состояния: гиподинамия; нарушение осанки; частые простудные заболевания; ожирение; болезни ЖКТ; однообразное или скудное питание; злоупотребление алкоголем; курение; пристрастие к жареной, копченой пище, солениям, пряностям и продуктам, богатым пуриновыми основаниями; постоянная работа в неблагоприятных метеоусловиях, когда низкая температура сочетается с большой влажностью воздуха; вибрация; незаметная неравномерная нагрузка на позвоночный столб из-за действия самых разных факторов; длительное пребывание тела в физиологически неудобных положениях; наследственная предрасположенность (реализуется через особенности соматогенной, психогенной, гормональной, иммунологической, биохимической конституции, в т. ч. соединительной (хрящевой) ткани) [3–6].

Принимая решение о диагнозе, необходимости дополнительного обследования пациента, тактике лечения, необходимо обязательно учитывать этиологические факторы заболевания. Выделяют первичные (вертеброгенные) дорсопатии, к которым относятся дегенеративные изменения позвоночника (межпозвоночных дисков, дугоотростчатых, реберно-поперечных суставов), компрессионные переломы тел позвонков, вторичные (невертеброгенные), связанные с различными симптоматическими факторами (врожденные аномалии, спондилолиз/спондилолистез, остеопороз, травмы, заболевания внутренних органов, тел позвонков, гематологические поражения, психогенные причины) [4], и другие состояния (инфекционные поражения, первичные опухоли и метастатические поражения).

Цель исследования. Объективизация влияния нестабильности суставов нижних конечностей на формирование групп гипотоничных мышц-стабилизаторов таза и поясничного отдела позвоночника и, как следствие, болевых синдромов при неспондилогенных поясничных дорсопатиях.

Материал и методы исследования. Обследовали 40 пациентов в возрасте от 21 года до 45 лет (средний — $33,81 \pm 2,87$ года) с болевыми синдромами в нижней части спины и наличием гипотонии поперечных и прямых мышц живота, больших ягодичных мышц, мышц, напрягающих широкую фасцию бедра, подколенных мышц, задних большеберцовых мышц. Исключались больные с органической неврологической и острой соматической патологией.

Результаты исследования. При проведении функциональных проб у 32 (80%) больных выявлена фиксация крестцово-подвздошных сочленений, у 28 (70%) — снижение свода стопы разной степени выраженности. Практически у всех имелись активные основные и

сателлитные миофасциальные триггерные точки в местах прикрепления гипотоничных мышц и в брюшках фасциально укороченных мышц.

При повторном ММТ в условиях искусственной стабилизации крестцово-подвздошного и большеберцово-малоберцового сочленений выявлялись: 1. Восстановление тонуса ранее гипотоничных поперечной и прямой мышц живота, большой ягодичной мышцы и мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра. 2. Нормализация тонуса ранее укороченной подвздошно-поясничной мышцы, приводящих мышц, средней и малой ягодичных мышц.

При повторном ММТ в условиях искусственной стабилизации большеберцово-малоберцового сочленений и суставов предплюсны и плюсны отмечались восстановление ранее гипотоничных подколенной и задней большеберцовой мышц на соответствующей стороне. При стабилизации перечисленных суставов отмечалось снижение активности миофасциальных триггерных точек вышеуказанных мышц.

Результаты визуально-оптического тестирования показали смещение общего и регионарного центров тяжести в исходном состоянии — отклонение проекции общего центра тяжести (ПОЦТ) и проекции центра тяжести (ПЦТ) шейного отдела у 34 (85%) пациентов. Вентральное смещение в сагиттальной плоскости имелось у 28 (70%) больных, дорсальное смещение — у 6 (15%), смещение во фронтальной плоскости влево — у 10 (25%) и вправо — у 30 (75%). Дорсальное смещение ПЦТ грудного отдела в сагиттальной плоскости было у 24 (60%) больных, вентральное смещение — у 16 (40%), смещение во фронтальной плоскости влево — у 10 (25%) и вправо — у 12 (30%).

Вентральное смещение ПЦТ поясничного отдела в сагиттальной плоскости имелось у 32 (80%) обследуемых, дорсальное — у 8 (20%), смещение во фронтальной плоскости влево — у 8 (40%) и вправо — у 10

(50%). Вентральное смещение ПЦТ тазового региона в сагиттальной плоскости наблюдалось у 32 (80%), дорсальное смещение — у 4 (10%).

После проведения пробы с функциональной статической нагрузкой оказалось, что вентральное смещение ПОЦТ увеличилось на $2,5 \pm 0,3$ см. Вентральное смещение центра тяжести поясничного отдела увеличилось в среднем на $1,1 \pm 0,3$ см у 35 (87,5%) больных. Угол, открытый вентрально, увеличился на $10,5 \pm 1,1^\circ$ у 33 (82,5%) пациентов.

Применение метода визуально-оптического тестирования в условиях стабилизации суставов показало наличие смещения общего и регионарного центров тяжести исходно (без нагрузки): отклонение ПОЦТ и ПЦТ шейного региона от нулевого положения — у 18 (45%) больных. Из них вентральное смещение в сагиттальной плоскости было у 8 (20%), дорсальное — у 4 (10%). Смещение во фронтальной плоскости влево имело место у 7 (17,5%) больных пациентов, вправо — у 18 (45%).

Дорсальное смещение ПЦТ грудного отдела в сагиттальной плоскости имелось у 14 (35%) больных, вентральное — у 7 (17,5%). Смещение во фронтальной плоскости влево — у 6 (15%) пациентов, вправо — у 7 (17,5%). Вентральное смещение ПЦТ поясничного отдела в сагиттальной плоскости имелось у 17 обследованных (42,5%), дорсальное — у 6 пациентов (15%). Вентральное смещение ПЦТ поясничного отдела в сагиттальной плоскости наблюдалось у 20 (50%) дорсальное — у 6 (15%). Смещение во фронтальной плоскости влево — у 6 (15%) больных, вправо — у 8 (20%). Вентральное смещение ПЦТ тазового отдела в сагиттальной плоскости имело место у 21 (52%) пациента, дорсальное — у 3 (7,5%).

После проведения пробы с функциональной статической нагрузкой вентральное смещение ПОЦТ увеличилось в среднем на $2,1 \pm 0,2$ см у 45% обследованных. Вентральное смещение центра тяжести поясничного отдела увеличилось в среднем на $1,0 \pm 0,2$ см у 22 (55%). Угол, открытый вентрально, увеличился на 10° у 33 (52,5%) пациентов.

На основании приведенных данных можно сделать следующие выводы.

В возникновении большинства случаев неспондилогенных дорсопатий одним из ведущих механизмов является мышечно-силовой дисбаланс преимущественно за счет снижения тонуса отдельных мышц.

В ходе обследования пациента необходимо определять: функционально перегруженную кинематическую структуру, которая является источником болевого синдрома; функционально несостоятельную структуру, которая требует формирования компенсаторных реакций.

Начало лечения с релаксации компенсаторно укороченной мышцы способно привести регион к дестабилизации и перегрузке глубокой паравертебральной мускулатуры, а также несущих костных структур позвоночника. Это в свою очередь затрудняет развитие приспособительных реакций организма, усложняет диагностику и увеличивает сроки восстановления.

Применение методов оценки неоптимальной статики, таких как визуально-оптическая диагностика и ММТ, позволяет наиболее точно выявить первопричину статико-динамических перестроек опорно-двигательного аппарата и провести прицельную коррекцию. В этой ситуации возможны динамический контроль состояния пациента и коррекция курса лечения. Тем самым достигается возможность сокращения сроков лечения, снижения риска осложнений, уменьшения частоты рецидивов болевого синдрома.

Выводы. Тем не менее, несмотря на правильную диагностику, своевременное и адекватное лечение болевого синдрома, у некоторых пациентов не удается полностью справиться с болью. Клинические и психосоциальные факторы, с большой вероятностью негативно влияющие на исход мышечно-скелетной боли в спине, получили название симптомов «желтого флага». К ним относятся: длительная иммобилизация,

радикулярная боль, аномалии развития скелета, сидячий образ жизни, тяжелая физическая работа, стресс, предшествующий появлению боли в спине, ряд психосоциальных факторов (катастрофизация боли, низкая приверженность физическим упражнениям, пассивная позиция по отношению к реабилитации, неудовлетворенность работой, профессиональные конфликты, нарушения сна из-за боли, повышение потребления алкоголя с момента возникновения боли, депрессия, тревога, раздражительность, гиперопека окружающих лиц).

По мнению международных экспертов, хирургическое лечение при болях в спине показано в единичных случаях и рекомендуется только при отсутствии эффекта от длительной (2 года и более) консервативной терапии, включающей комбинированное лечение, и при наличии грыжи межпозвоночного диска, которая может быть причиной боли

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Данилов А.Б., Подымова И.Г. Боль в нижней части спины: диагностика и лечение // Справочник поликлинического врача. 2014. № 11. С. 46–49.
- 2.Федин А.И. Дорсопатии (классификация и диагностика) // Атмосфера. Нервные болезни. 2002. № 2. С. 2–8.
3. Цурко В.В. Боль в спине: от факторов риска и возможных причин к лечению // Фарматека. 2006. № 7. С.12–13.
4. Buchner M., Neubauer E., ZahltenHinguranage A., Schiltewolf M. Age as a predicting factor in the therapy outcome of multidisciplinary treatment of patients with chronic low back pain a prospective longitudinal clinical study in 406 patients // Clin Rheumatol. 2007. Vol. 26. P. 385–392.
5. Vroomen P.C., de Krom M.C., Wilmink J.T. et al. Diagnostic value of history and physical examination in patients suspected of lumbosacral nerve root compression // J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2002. Vol. 72. P. 630–634.