

## ЛЕЧЕБНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВИСЦЕРО-ВЕРТЕБРАЛЬНЫМ И ВЕРТЕБРО-ВИСЦЕРАЛЬНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

*Дривотинов Б.В., Гаманович А.И.*

ГУ «1134 ВКМЦ ВС РБ», Гродно

Остеохондроз позвоночника (ОП) - это наиболее распространенное, хроническое, рецидивирующее заболевание, отличающееся большим клиническим полиморфизмом, одним и наиболее ранним проявлением которого является локальный и отраженный болевой синдром [3].

Между тем, ОП зафиксированный на спондилограмме, компьютерной томографии (КТ) или магниторезонансной томографии (МРТ), нередко месяцами может не иметь клинического проявления (латентное течение) или находиться в стадии глубокой, продолжительной ремиссии [10]. В таких случаях связь локального или отраженного болевого синдрома только с данными нейровизуализации может оказаться ошибочной. Даже при сильнейшей боли в крестцовой и поясничной области, нередко иррадиирующей в нижние конечности, остеохондроз поясничного отдела позвоночника может не иметь клинического проявления [13]. В развитии именно такой формы болевого синдрома важная роль принадлежит сопутствующей висцеральной патологии, рефлекторно формирующей изменения трофики мышечной ткани, миофасцикулярные гипертонусы в толще скелетных мышц, образование функциональных блокад позвоночно-двигательных сегментов, создавая тем самым видимость первичной патологии непосредственно в позвоночнике, а устранение функциональных нарушений приводит к иллюзии излечения [6].

Связь патологии внутренних органов, с пояснично-крестцовым болевым синдромом, так же как афферентация вертеброгенной боли в висцеральный орган, определяется анатомо-физиологическими особенностями вегетативной и соматической иннервации тканей позвоночного канала и

внутренних органов [3, 11].

При продолжительном течении заболевания висцерального органа, благодаря синхронному соответствию каждого сегмента заднего рога определенному дерматому, миотому, склеротому и внутреннему органу, болевая чувствительность которого так же проводится через задний рог, при висцеральной патологии в соответствующих дерматомах происходит проецирование боли проявляющееся вертеброгенной люмбалгией или люмбоишиалгией. Эти отраженные боли можно объяснить состоянием перевозбуждения сегментов заднего рога, куда поступают импульсы из внутренних органов [8]. А нередко встречающиеся при длительном болевом синдроме эмоционально-личностные и психо-вегетативные расстройства, ухудшают клиническое течение болезни, создавая дополнительные диагностические сложности и ошибки [7].

Такая особенность в проявлении и течении ОП связана с патогенетическими и саногенетическими механизмами развития патологического процесса, как заболевания целостного организма и его важнейших функциональных систем [3].

Именно поэтому в повседневной клинической практике нередко приходится испытывать большие трудности при дифференциации болей вертеброгенного и отраженного висцерального генеза или их сочетания. Ошибочная диагностика у таких пациентов приводит к неадекватному лечению, и даже необоснованным оперативным вмешательствам [9].

В проводимых нами исследованиях изучалась частота встречаемости висцеральной патологии, ее роль в формировании и особенностях проявления при локальных и отраженных болевых синдромах поясничного остеохондроза, а так же проводилась оценка лечебно-реабилитационных мероприятий у таких пациентов [5].

Нами наблюдалось 112 пациентов с болевым синдромом в области поясничного отдела позвоночника, находящихся на стационарном лечении в неврологическом отделении ГУ «1134 военный клинический медицинский центр ВС РФ». Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника подтверждался данными нейровизуализации (спондилографии, МРТ или КТ). При обследовании - 64 (57%) пациентам был выставлен диагноз

«вертеброгенная (остеохондроз, грыжа диска) люмбалгия», а 48 (43%) – «вертеброгенная (остеохондроз, грыжа диска) люмбоишиалгия». Сопутствующая висцеральная патология диагностировалась при участии смежных специалистов (терапевт, хирург, уролог, гинеколог) и по данным инструментальных исследований – фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), ультразвуковое исследование внутренних органов (УЗИ) и др.

По результатам проведенных обследований - у 94 (84%) из 112 пациентов диагностирована сопутствующая патология внутренних органов (язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, аднекситы, фибромиомы, простатиты, мочекаменная болезнь, нефропатии и др.) разной степени выраженности, а у 16 (14,2%) из них - одновременно заболевание двух и более органов.

Сопоставляя данные вертебрального статуса, заключений смежных специалистов и лабораторно-инструментальных исследований, согласно разработанной нами схемы [4,5], было выделено четыре группы пациентов в зависимости от преобладающей патологии, вызвавшей болевой синдром (т.е. висцеральной, вертеброгенной или их сочетания):

1. Пациенты с вертеброгенным отраженным висцеральным болевым синдромом (проявлением висцеральной патологии), у которых поясничный остеохондроз находился в стадии латентного периода или ремиссии.

2. Пациенты с вертеброгенным преимущественно отраженным висцеральным болевым синдромом, т.е. заболеванием внутреннего органа или его обострением, которое являлось доминирующим в формировании вертеброгенных локальных и отраженных болей.

3. Пациенты с вертеброгенным и отраженным висцеральным болевым синдромом, у которых в равной степени проявлялась клиника активности ОП и висцеральной патологии (паритетное соотношение).

4. Пациенты с вертеброгенной люмбалгией или люмбоишиалгией, при отсутствии висцеральной патологии.

Сравнительный анализ полученных данных показал, что самыми многочисленными были первая и вторая группы пациентов с отраженным висцеральным - 38 человек (34%) и

преимущественно отраженным висцеральным болевым синдромом – 31 человек (28%) соответственно. Всего у 69 пациентов (62% - первая и вторая группы), висцеральная патология являлась доминирующей в формировании отраженного вертеброгенного болевого синдрома. В третьей группе с паритетным соотношением болевых синдромов, за счет вертеброгенной и висцеральной патологии – было 25 человек (22%).

Пациентам первой, второй и третьей групп проводилось лечение сопутствующей висцеральной патологии. Одновременно 18 пациентам второй и 20 третьей группы, учитывая сочетанный характер болевого синдрома, применялись паравертебральные внутримышечные блокады (зон нейроостеофиброза и триггерных точек, на уровне сегментов, соответственно внутренних органов) с использованием лидокаина, дексаметазона или витамина В<sub>12</sub>. Контрольным группам пациентов – 13 из второй и 5 из третьей - проводилось стандартное лечение вертеброгенной патологии, но без применения медикаментозных блокад.

В комплексной терапии всех пациентов применялись физиотерапевтические методы лечения – магнитотерапия, ультразвуковая терапия, лазеротерапия, а так же кинезотерапия и баночный массаж с учетом сопутствующей висцеральной патологии и при участии смежных специалистов [1, 2, 12, 14, 15]. Всем пациентам с клинически выраженными тревожными и депрессивными расстройствами назначалась соответствующая фармакотерапия (седативные средства, транквилизаторы или антидепрессанты).

Наиболее значимое уменьшение болевого синдрома (до 1-2 баллов), на фоне проведения паравертебральных блокад, наблюдалось у 15 (83%) пациентов второй группы. Более низкий показатель купирования болевого синдрома у 13 (65%) пациентов третьей группы, объясняется наличием активности двух патологических процессов (висцерального и вертеброгенного).

Таким образом, наличие двух и более заболеваний висцеральных органов в сочетании с остеохондрозом позвоночника зачастую приводит к одновременному выполнению как лечебных, так и реабилитационных мероприятий. В таких случаях активно проводимое лечение вертеброгенной патологии,

без учета висцеральной, может способствовать декомпенсации в состоянии последней, срыву механизмов адаптации, а, следовательно, стойкому прогрессивному течению заболевания.

Разработанная схема распределения пациентов позволяет более четко конкретизировать доминирующую патологию, в каждом конкретном случае оценивать патогенетические и саногенетические механизмы болевого синдрома, а, следовательно, обосновывать диагностические и лечебно-реабилитационные мероприятия.

#### *Литература*

1. Василевский, С.С. Баночный массаж: учеб.-метод. пособие / Василевский С.С., Сиваков А.П., Манкевич С.М., Подсадчик Л.В.// Мн.: БелМАПО. 2010. – 40 с.

2. Дривотинов, Б.В. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: учебно-метод. пособие / Б.В. Дривотинов, Т.Д. Полякова, М.Д. Панкова, Хамед Мохамед С.Абдельмажид; под общ.ред. проф. Т.Д. Поляковой. – 3-е изд. - Минск: БГУФК, 2010. - 395 с.

3. Дривотинов, Б.В. Вертебро-висцеральный и висцеро-вертебральный болевой синдром при остеохондрозе позвоночника. Медицинский журнал. 2010. - № 3. - С. 4-8.

4. Дривотинов, Б.В., Гаманович А.И., Зубрицкий С.М. Висцеро-вертебральный болевой синдром при поясничном остеохондрозе. Военная медицина. 2011. - № 2. - С. 139-143.

5. Дривотинов, Б.В. 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. Иваничев, Г.А. Мануальная медицина (мануальная терапия) / Г.А. Иваничев. М.: ООО «МЕДпресс», 1998. - 470 с.

7. Коротаев, А.В. Психоземotionalный статус у больных с кардиологическим синдромом при шейно-грудном остеохондрозе, ишемической болезни сердца и их сочетании / А.В. Коротаев, В.Я. Латышева // Медицинская панорама. 2006. №6. С. 21-25

8. Кроль, М. Б. Основные невропатологические синдромы / М.Б. Кроль, Е. А. Федорова. М., 1966. - 507 с.

9. Маджидов, Н.М. Грудной остеохондроз и его неврологические синдромы / Маджидов Маджидов, М.Д. Дусмуратов. Ташкент: Медицина, 1982. - 169 с.

10. Осна, А.И. Патогенетические основы клинических проявлений остеохондроза позвоночника / А.И. Осна. Новокузнецк, 1973. - Ч. 1. - С. 7-15.

11. Петров, Б.Г. Отраженные синдромы при некоторых заболеваниях

внутренних органов. Остеохондроз позвоночника / Б.Г. Петров. Новосибирск, 1988. - Ч. 1. - С. 267-269.

12. Пирогова Л.А., Улащик В.С. Кинезотерапия и массаж в системе медицинской реабилитации Учеб. пособие. – Гродно, 2004 – 245 с.

13. Попелянский, Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). Руководство для врачей / Я.Ю. Попелянский. М: МЕДпресс-информ, 2003. – 670 с.

14. Святская, Е.Ф. Медицинская экспертиза с основами лечения и реабилитации при неврологических проявлениях поясничного остеохондроза : учеб.-метод. пособие / Е.Ф. Святская, И.Я. Чапко, Н.В. Ампилова. - Минск: БелМАПО, 2011. - 39 с.

15.Смычек, В.Б. Медико-социальная экспертиза и реабилитация / В.Б. Смычек, Г.Я. Хулуп, В.К. Милькаманович. – Мн.: Юнипак, 2005. – 420 с.

## **ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ СВЯЗАННАЯ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В СВЕТЛОГОРСКОМ РАЙОНЕ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Запорованный Ю.Б.*

УО «Гомельская областная медико-реабилитационная экспертная комиссия», Гомель

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией в Гомельской области самая высокая в республике и имеет выраженную тенденцию к росту с темпом прироста в 2011 г. – 6,5% [1] Соответственно происходит рост первичной инвалидности (ПИ) связанной с ВИЧ (за период с 2005 по 2012 годы по области она выросла на 233,3%). На 01.01.2012 г. Светлогорском районе зарегистрировано 3192 ВИЧ-инфицированных, или 23,5% от общего количества зарегистрированных (12 955 чел.) случаев ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь и 47,3% зарегистрированных (6439 чел.) в Гомельской области [1, 4]. Учитывая, что 97,5% ВИЧ-инфицированных состоящих на «Д» учете это пациенты трудоспособного возраста, то одним из важных медицинских и социально-экономических последствий этой эпидемии являются потери «человеческого капитала» связанные с ВИЧ-инфекцией [5].