

## **Вертеброгенні больові синдроми у військовослужбовців, які приймали участь в АТО**

**В.Г. СИВАК, О.В. ШЕВЧЕНКО**

Проблема захворювань хребта у військовослужбовців і пов'язаних з ним неврологічних розладів набуває все більшої гостроти. Поширеність захворювань хребта зростає. Україна переживає складні часи і реалії сьогодні змушують проводити додатковий набір військовослужбовців в лави Збройних сил України (ЗСУ). Однак рівень здоров'я військовослужбовців, призваних за частковою мобілізацією (резервістів), має певні особливості в порівнянні з професійними. Спостереження та висновки по даній тематиці ґрунтуються на основі даних роботи 59 Військового медичного госпіталю (ВМГ) в зоні Антитерористичної операції (АТО) в період з 1 червня по 6 липня 2014 р., а також даних роботи клініки нервових хвороб Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону (ВМКЦ ЦР) з травня 2014 р. по теперішній час.

Больові синдроми, зумовлені патологією хребта, є однією з найпоширеніших проблем сучасної військової медицини. Остеохондроз хребта – прогресуюче дегенеративне ураження міжхребцевого диска з реактивними змінами тіл суміжних хребців. Насамперед уражується пульпозне ядро диска. Поступово дегенеративні зміни поширюються і на фіброзні кільця, волокна якого вигинають, і через його щілини випадають фрагменти драглистого ядра; випинання змінюється пролапсом – грижею диска.

Унаслідок зменшення висоти диска та міжхребцевої щілини збільшується навантаження на суглобові відростки хребців. Виникають реактивні зміни не тільки в тілах суміжних хребців, а й у суглобах, що призводить до розвитку спондилоартрозу. Основними чинниками, що зумовлюють розвиток дегенеративно-дистрофічних змін хребта, є аутоімунні, травматичні, інволюційні, ендокринні та обмінні порушення. Мають значення також тканинна гіпоксія, спадкова схильність, аномалії розвитку хребта і зв'язкового апарату: люмбалізація, сакралізація, стовщення зв'язок.

Больовий синдром є одним з основних клінічних неврологічних проявів ураження хребта. На початковому етапі дегенеративного процесу больовий синдром зумовлений нестійкістю хребтового сегмента, що призводить до безпосереднього подразнення рецепторів зворотного спинномозкового нерва. У значній частині пацієнтів гострий біль із часом трансформується у хронічний. За критеріями Міжнародної асоціації з

вивчення болю, хронічний біль – такий, що триває понад звичайний період одужання для конкретної хвороби або понад три місяці.

Залежно від того, на які нервові структури справляє патологічний вплив грижа міжхребцевого диска чи кісткові розростання хребта, розрізняють рефлекторні та компресійні (корінцеві та корінцево-судинні) синдроми. На ранніх стадіях остеохондрозу хребта, як правило, виникають рефлекторні синдроми, які проявляються у вигляді м'язово-тонічних синдромів. Джерелом больової імпульсації стають рецептори фіброзного кільця, м'язів та капсули міжхребцевих суглобів. Внаслідок больової імпульсації виникає м'язовий спазм, який, в свою чергу, посилює больовий синдром, таким чином закріплюючи патологічне коло. Біль провокується скороченням спазмованого м'яза та при рухах тулуба та кінцівок внаслідок розтягнення ураженого м'яза. Основною відмінністю рефлекторних синдромів від компресійних є відсутність випадіння функції чутливих (біль, парестезії, анестезії) або рухових (парез окремих м'язів) корінців. До компресійних синдромів належать дискогенні корінцеві та корінцево-судинні синдроми. Компресійні синдроми найчастіше виникають внаслідок стискання, натягнення та дислокації спинномозкового корінця та його судин. Значно рідше компресійні синдроми зумовлені стисканням спинного мозку та його оболонки. Супроводжуються вираженим больовим синдромом, який посилюється при кашльових рухах.

Розрізняють шийні, грудні та попереково-крижові больові синдроми.

При ураженні шийного відділу хребта виділяють такі синдроми:

- цервікалгія – гострий або підгострий біль у шийному відділі;
- цервікокраніалгія (задній шийний симпатичний синдром) – біль у шийному відділі хребта, що супроводжується головним болем, запамороченням, шумом та неприємними відчуттями у потилиці. Біль найчастіше однобічний, посилюється при поворотах голови убік;
- цервікобрахіалгія – виникає при залученні до патологічного процесу м'язів верхніх кінцівок;
- шийний радикуліт – діагностують при виявленні симптомів випадіння функції спинномозкових корінців (чутливих або рухових).

При ураженні грудного відділу хребта виділяють синдроми:

- торакалгія – найчастіше хронічний, постійний біль у грудній клітці, який посилюється при нахилах тулуба;
- грудний радикуліт – діагностують рідко, у разі виявлення симптомів випадіння функції спинномозкових корінців (частіше чутливих, у вигляді ділянки анестезії);

Найчастіше в нашій практиці зустрічалися рефлекторні та компресійні синдроми попереково-крижового відділу хребта.

При ураженні попереково-крижового відділу хребта виділяють такі синдроми:

- люмбалгія – підгострий, частіше хронічний біль у поперековому відділі хребта, що виникає після тривалого перебування у незручній позі, при переохолодженні чи після незвичного фізичного навантаження;

- люмбаго – гострий, нападаподібний біль, типу прострілу у поперековій ділянці, який супроводжується вираженим напруженням м'язів, сковує хворого, різко обмежує будь-які рухи у попереково-крижовому відділі хребта, однак триває недовго і, як правило, вщухає за декілька днів;

- люмбоішіалгія – біль у поперековій ділянці, який поширюється по задній поверхні стегна.

Компресійним синдромом попереково-крижового відділу хребта є дискогенний попереково-крижовий радикуліт – синдром, зумовлений компресією чутливого або рухового спинномозкового корінця, який, крім болювого синдрому, супроводжується симптомами випадіння функції відповідних корінців.

При діагностиці вертеброгенних больових синдромів крім загальноклінічного неврологічного обстеження обов'язковим є рентгенологічне дослідження та магнітно-резонансна томографія (МРТ) відповідного відділу хребта (дане обстеження неможливе в польових умовах)

З метою ілюстрації типових звернень можна навести три клінічні випадки.

**Випадок 1.** Військовослужбовець К., 1985 р.н., звернувся в 59 ВМГ зі скаргами на виражений біль у грудному відділі хребта протягом місяця та посилюється при поворотах тулуба. За медичною допомогою не звертався (не давала можливості обстановка), застосовував місцеві мазі згідно з рекомендаціями фельдшера частини. У неврологічному статусі виявлено болючість паравертебральних точок у грудному відділі хребта та помірний лівобічний сколіоз. Виконано рентгенографію грудного відділу хребта. Встановлено діагноз: вертеброгенна торакалгія з вираженим больовим синдромом. Призначено амбулаторне лікування з використанням системно і місцево нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), міорелаксантів. З фізичних методів лікування призначили масаж грудного відділу в щадному режимі. Наступного дня пацієнт відмітив покращення самопочуття та зменшення інтенсивності больових відчуттів, що повністю регресували на 5-ту добу лікування.

**Випадок 2.** Військовослужбовець В., 1978 р.н., звернувся в 59 ВМГ зі скаргами на виражений біль у попереку з іррадіацією по задній поверхні правого стегна, що посилюється при рухах тулуба та кінцівок (найбільше – вночі), вимушене положення тіла та обмеження активних рухів через біль і спазм м'язів. Хворіє протягом останніх 2 років, періодично випикає

ють загострення, під час яких пацієнт застосовує місцеві мазі та еластичні пояси. При неврологічному огляді виявлено: асиметрію колінних та ахілових рефлексів D<S та випадіння чутливості в сегментах L5-S1 праворуч. Позитивні симптоми натягу Лассега та Нері праворуч. Встановлено клінічний діагноз: загострення хронічного попереково-крижового радикуліту з ураженням корінців L5-S1 праворуч на фоні остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта. Пацієнт був госпіталізований і після часткового зняття больового синдрому направлений до регіонального ВМКЦ. Згодом йому було проведено МРТ попереково-крижового відділу хребта – виявлена протрузія (грижа) міжхребцевого диска L5-S1 до 12 мм. Пройшов курс комплексного медикаментозного і фізіотерапевтичного лікування і був виписаний з покращенням. Надані відповідні рекомендації.

**Випадок 3.** Військовослужбовець С. (резервіст), 1975 р.п., звернувся в 59 ВМГ зі скаргами на виражений біль у попереку з іррадіацією по задній поверхні лівого стегна, що посилюється при рухах тулуба та кінцівок, вимушене положення тіла та обмеження активних рухів через біль і спазм м'язів. Хворіє протягом останніх 5 років, періодично виникають загострення, лікувався амбулаторно і стаціонарно за місцем проживання. Теперішнє погіршення стану пов'язує з постійним носінням бронежилету, військового спорядження, періодичним сном на не оптимальній для хребта поверхні. При неврологічному огляді виявлено асиметрію колінних та ахілових рефлексів S<D та випадіння чутливості в сегментах L5-S1 ліворуч. Позитивні симптоми натягу Лассега та Нері ліворуч. Встановлено клінічний діагноз: загострення хронічного попереково-крижового радикуліту з ураженням корінців L5-S1 ліворуч на фоні остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта. Пацієнт був госпіталізований і після часткового зняття больового синдрому направлений до регіонального ВМКЦ. Згодом йому було проведено МРТ попереково-крижового відділу хребта – виявлена грижа міжхребцевого диска L5-S1 до 16 мм з ознаками компресії корінців на цьому рівні. Пройшов курс комплексного медикаментозного і фізіотерапевтичного лікування. Досягнуто незначне покращення і запропоновано оперативне лікування.

Слід відмітити, що в структурі звернень за медичною допомогою в умовах роботи 59 ВМГ частка вертеброгенних больових синдромів складала 30–35%, а в умовах ВМКЦ ЦР – 25–30%, що пояснюється частковим відфільтруванням некорінцевої (дорсалгії) патології, яка здебільшого лікується на попередніх етапах медичної евакуації.

Звертає на себе увагу також більша частота звернень за медичною допомогою військовослужбовців, призваних за частковою мобілізацією (резервістів) на прикладі вертеброгенних больових синдромів, 65–70% резервісти і 30–35% професійні військовослужбовці (в умовах 59 ВМГ). В умовах ВМКЦ ЦР дана тенденція також зберігається.

## Висновки

Виконання обов'язків військової служби пов'язано з рядом динамічних та статичних навантажень, а це при нераціональному підході може вести до виникнення чи загострення наявної корінцевої і некорінцевої вертеброгенної патології, що в свою чергу призводить до обмеження у виконанні обов'язків військової служби або взагалі непридатності до подальшої військової служби;

Рівень здоров'я професійних військовослужбовців і військовослужбовців, призваних за частковою мобілізацією (резервістів), істотно відрізняється на користь професійних військовослужбовців, що пояснюється постійними фізичними тренуваннями і активним моніторингом стану їх здоров'я, що не проводиться резервістам.

При мобілізації резервістів необхідно забезпечувати виконання програм фізичних тренувань і вправ щодо зміцнення м'язового апарату спини в підготовчий період.

## Література

1. Віничук С.М. Неврологія / За ред. С.М. Віничука. – К. : Здоров'я, 2008. – 664 с.
2. Дзяк Г.В. Нестероидные противовоспалительные препараты / Г.В. Дзяк, А.П. Викторов, Е.И. Гришина. – К. : Морион, 1999. – 122 с.
3. Перспективы применения ингибиторов циклооксигеназы-2 при остеоартрозе / Е.С. Цветкова, Е.Ю. Панасюк, Н.Г. Иониченко, О.В. Рубцов // *Consilium medicum*. – 2004. – № 6.
4. Ferrari E. A comparison of nimesulid and placebo in the treatment of minor traumatic soft tissue lesions in children / E Ferrari., C. Pratesi, I. Scabicabarossi. // *Arthritis Rheum.* – 1993. – Vol. 28. – P. 197–199.
5. Post marketing surves of nimesulidenin the short term treatment o osteoarthritis / M.G. Pochbratsky [et al.] // *Drugs Exper. Clin. Res.* – 1991. – Vol. 1. – P. 197–204.
6. Silverstein F.E. Improving the gastrointestinal safety of NSAIDs. The development of misoprostol-from hypotesis to clinical pactice / F.E. Silverstein // *Dig. Dis. Sci.* – 1998. – Vol. 43. – P. 447–458.