

НЕВРОЛОГІЯ

УДК 616.559-009.76-085.276

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

І.В.Бельська, О.В.Клименко, Б.Т.Маняк

АЛГОРИТМ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ БОЛЯХ НИЖЬОГО ВІДДІЛУ СПИНИ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ НА ФОНІ ХРОНІЧНОГО АДНЕКСИТУ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л. Шупика

Вступ. Дослідження механізмів виникнення, розвитку та характеристики больового синдрому спини при соматичній патології і важливим у позиції необхідності їх уточнення для оптимізації спільної діагностичної тактики невропатолога та гінеколога.
Мета. Покращення диференційної діагностики попереково-крижового болю у жінок фертильного (репродуктивного) віку з використанням більш детального клініко-неврологічного обстеження з консультацією гінеколога для виявлення захворювань органів малого тазу.

Матеріали та методи. Нами обстежені 110 пацієнок з больовими синдромами попереково-крижової локалізації, неврологічне, нейроортопедичне, бімануальне гінекологічне обстеження. Середній вік пацієнок склав $34,4 \pm 9,0$ років (мінімальний - 21 максимальний - 49 років).

Результати. Предметом дослідження були клінічні прояви, особливості перебігу, патофізіологічні механізми, структурні зміни міжхребцевих дисків при попереково-крижовому болю з змінами психо-емоційної сфери у жінок фертильного віку із супутньою патологією органів малого тазу. Отримані результати дозволяють сформулювати діагностично-лікувальний алгоритм.

Ключові слова: біль, нижній відділ, спина (БНС, LPB), вертеброгенний больовий синдром, хронічний больовий синдром, хронічний аднексит, клінічний алгоритм.

Біль в нижній частині спини (БНС) є серед найбільш актуальних медико-соціальних проблем. Це пов'язано з розповсюдженістю захворювання, тим що БНС є однією з найбільш частих причин тимчасової непрацездатності осіб молодого і середнього віку, цілою низкою питань патогенезу, клінічних проявів, діагностики та диференціальної діагностики болю в нижньому відділі спини, які потребують вирішення. Дослідження механізмів виникнення, розвитку та характеристики больового синдрому спини при соматичній патології і важливим у позиції необхідності їх уточнення для оптимізації спільної діагностичної тактики невропатолога та гінеколога. Сьогодні формується уявлення про те, що клінічний біль є не просто наслідком периферичного ушкодження, але і значною мірою відбиває функціональний стан ЦНС. Найбільш ймовірно, вертеброгенні чинники є не першо-причинними у клініці больового синдрому у жінок, а провокуючими та декомпенсуючими факторами на тлі вже сформованого рубцево-спайкового процесу, обумовленого тривалими хронічними інфекційно-запальними

процесами гінекологічної сфери. Захворювання органів малого тазу у жінок нерідко супроводжуються різними неврологічними проявами. Зважаючи на те, що жіноча статева сфера має розвинуту вегетативну іннервацію, включена до мережі вегетативно-ендокринного апарату, є важливою ланкою підтримки гомеостазу, вегетативний відділ нервової системи реагує на розлади, що виникають в жіночій статевій сфері. Передменструальні розлад, під якими розглядають багаточисленні функціональні порушення соматичного та психо-емоційного стану жінки внаслідок дії несприятливих ендо- чи екзогенних факторів на тлі вродженої чи набутої лабільності гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, є одними з найбільш поширених нейроендокринних синдромів у жінок, що значно знижує не лише працездатність, а й якість їх життя. Відомо, що запальні процеси внутрішніх статевих органів надзвичайно поширені захворювання. Больові синдроми при цьому мають інтенсивний характер, порушують працездатність та впливають на психічний стан хворих і, таким чином, є серйозною проблемою, яка заслуговує на активну увагу як дослідників, так і лікарів-практиків.

Згідно проведеного комплексного обстеження хворих за даними клінічних, інструментальних та морфологічних методів дослідження вперше уточнено особливості больового синдрому нижнього відділу спини у жінок фертильного віку при наявності аднекситу, а також дослідженні їх взаємовідносин реалізації болю. Нами поглиблено уявлення про патогенез білу в нижньому відділі спини, що має схожий клініко-неврологічний симптомокомплекс у хворих з остеохондрозом попереково-крижового відділу хребта та вертеброгенною патологією із хронічним аднекситом. Більш виражений і вегетативно забарвлений больовий симптом притаманний жінкам з хронічним аднекситом у вигляді переважаючого сенсорних розладів на території із залученням інших дерматомерів та формуванням іритативного вегетативного синдрому.

Загальна характеристика обстежених хворих.

Нами обстежені 110 пацієнток з больовими синдромами попереково-крижової локалізації. Середній вік пацієнток склав $34,4 \pm 9,0$ років (мінімальний - 21 максимальний - 49 років).

В залежності від захворювання всі хворі були розділені на три групи:

- перша – хворі з хронічним аднекситом та тазовими болями (34);
- друга (основна група) – хворі з поєднанням БНС, остеохондрозу попереково-крижового рівня хребта та хронічним аднекситом (46);
- третя – хворі з БНС та виключно вертеброгенною патологією (30).

Ми можемо стверджувати, що майже 30% відсотків наших пацієнток припадає на вік від до 36,8 до 49 років, тобто найбільш працездатного віку, що співпадає з даними багатьох авторів про віковий аспект захворювання. Обстеження хворих включало: ретельний збір скарг та анамнезу захворювання і життя, дані медичної документації, детальне клініко-невро-логічне обстеження.

З наведених таблиць видно, що тривалість БНС вертеброгенного генезу в більшості спостережень становила до 1 року (52жінок – 68,4%), що було подібним до анамнезу захворювання хронічного аднекситу (19 хворих – 55,8%), середня тривалість больового синдрому становила $11,2 \pm 4,0$ місяці. Клінічне обстеження пацієнток включало: аналіз розвитку захворювання, історії життя, неврологічне обстеження.

НЕВРОЛОГІЯ

Оскільки у всіх хворих першої та другої групи був діагностований хронічний аднексит, то анамнестично нами встановлювалася етіологія першого загострення. Ці дані про етіологію збудників хронічного свідчать, що найбільш частим етіологічним чинником аднекситу були мікоплазми, що ми виявили у 8 (10,0%) жінок. Друге місце займають за частотою виявлення уреаплазми, спостерігались у 6 хворих (7,5%) та були більш притаманними для жінок з хронічним аднекситом без наявності вертеброгенної патології. У 2 (2,5%) пацієнток в анамнезі виявляли трихомоназ, в 3 (3,8%) пацієнток в анамнезі був виявлений хламідіоз. У більшості пацієнток з анамнезу не відомо первинного збудника аднекситу.

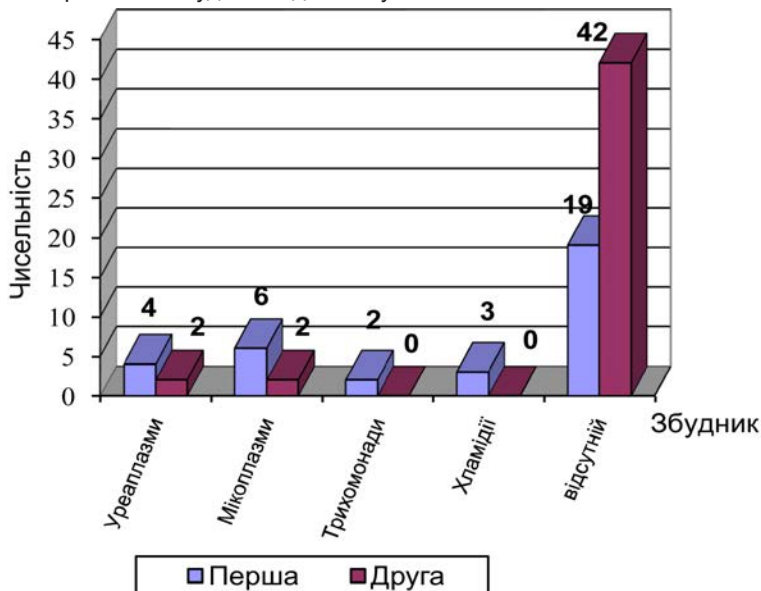


Рис. 1. Розподіл етіологічних збудників хронічного аднекситу за частотою (анамнестично)

У пацієнток першої та другої груп частота спайкових змін визначалася з частотою 39 (43,3%), фіброзно-запальні зміни придатків з частотою-77 (84,6%), розширення та повнокрів'я судин ендометрію мало частоту-32 випадки (35,6%), варикозне розширення вен тазового дна мало місце з частотою 4 (4,6%). Дослідження хребта ми починали з рентгенографії, враховуючи те, що томограми при КТ повноцінно не замінюють рентгенограму в двох стандартних проєкціях для уточнення дегенеративно-дистрофічних змін хребта та його суглобово-зв'язкового апарату для співставлення виявлених змін з даними клінічного обстеження та МРТ попереково-крижового відділу хребта. У всіх хворих третьої та другої груп і більшості пацієнтів третьої групи виявлені різноманітні ознаки остеохондрозу поперекового відділу хребта: склероз замикальних пластинок, звуження міжхребцевої щілини, наявність передніх і задніх крайових розростань (остеофітів), деформуючого спондиліозу та ін.

Зведені дані про частоту виявлення рентгенологічних ознак остеохондрозу попереково-крижового відділу хребта в обстежених хворих наведені: - деформуючий спондиліоз визначався з частотою 37 (34,6%), субхондральний склероз - частота 40 (37,4%), бокові та передні остеофіти відповідно - 22 (20,6%), задні хрящові вузли та задні остеофіти-14 (13,1%), сколіоз та сколіотична постав-13 (12,1%), звапнення задньої поздовжньої зв'язки-8 (7,5%), випрямлення лордозу 27 (25,2%), звуження між хребцевої щілини-31 (29%), грижі Шморля-5 (4,6%), звуження хребтового каналу-7 випадків (6,5%). Рентгенологічні ознаки остеохондрозу були притаманні хворим третьої та другої груп, і майже відсутні у пацієнток з хронічним аднекситом. МРТ дослідження підтверджувало наявність гриж міжхребцевих дисків (мхд) медіанного та парамедіанного поширення. У 21 (45,6%) жінок з поєднанням остеохондрозу та хронічного аднекситу були протрузії мхд. У 5 пацієток другої групи (10,7%) та у 3 (10%) третьої групи було поєднання грижі зі звуженням хребтового каналу. Дегенеративні зміни та зневоднення мхд визначалося з частотою 24 випадки, що становить відповідно 22,4%.

Форамінальне поширення грижі мхд визначалося з частотою 18 випадків, що становило 16,8% з остеохондрозом попереково-крижового відділу; в 1 пацієнтки 2-гої групи було виявлено менінгоцеле та асептичний дисцит, що протікав асимптомно. Також МРТ ознаки підтверджували наявність остеохондрозу у всіх обстежених пацієнтів. Зведені дані результатів нейропсихологічного обстеження наведено у таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл даних показників шкал: вираженості болю, оцінки порушення життєдіяльності при БНС, наявності невропатичного болю, наявності вегетативної дисфункції, рівня тривожних та депресивних порушень

Назва шкали/ опитувальника	Група	Кількість пацієнток	Min	Max	Медіана	Q1	Q3
Візуальна аналогова шкала болю	1	34	4	8	6	5	6,3
	2	46	5	9	7	6	8
	3	27	4	8	6	5	7
Опитувальник Освестрі	1	4	16	36	23,5	16,3	34,5
	2	45	18	56	35	26,5	37,5
	3	26	16	47	28	23,5	33,3
DN4	1	30	2	6	3	1	4
	2	45	2	7	4	3	6
	3	25	2	8	3	3	6
Опитувальник Вейна	1	34	8	18	14,5	10,8	17
	2	45	8	19	17	14	17
	3	27	6	18	11	10	15
Шкала Спілбергера- Ханіна	1	34	18	41	32	27,5	36
	2	45	18	46	32	29,5	39,5
	3	27	15	51	28	21	36
PHQ-9	1	31	3	10	8	5	12
	2	45	4	14	10	6	11
	3	26	3	14	8	5,7	10

Достовірність розбіжностей між результатами дослідження по досліджуваних 3 групах (перша – хворі з хронічним аднекситом та тазовими болями; друга група – хворі з поєднанням БНС, остеохондрозу попереково-крижового рівня хребта та хронічним аднекситом; третя – хворі з БНС та виключно вертеброгенною патологією) визначалась за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу Краскела-Уолліса для к-незалежних вибірок. Групи відрізняються за шкалами: перша-DN4 ($p=0,02$), друга шкали DN4 ($p=0,02$), опитувальника Освестрі ($p=0,02$), опитувальника Вейна ($p=0,003$), шкали Спілбергера-Ханіна ($p=0,02$), третя-опитувальника Вейна ($p=0,001$), шкали Спілбергера-Ханіна ($p=0,02$). При порівнянні груп з використанням критерію U-тесту Манна –Уїтні, перша група достовірно відрізняється за результатами лише шкали DN4 ($p=0,02$). Друга група достовірно відрізняється за результатами шкали DN4 ($p=0,02$), опитувальника Освестрі ($p=0,02$), опитувальника Вейна ($p=0,003$), шкали Спілбергера-Ханіна ($p=0,03$); крім шкали РНҚ-9 ($p=0,13$). Достовірність розбіжностей результатів дослідження у третій групі виявлено за шкалами опитувальника Вейна ($p=0,001$), шкали Спілбергера-Ханіна ($p=0,02$).

Біль в нижньому відділі спини обумовлений різними етіологічними та патогенетичними факторами, що є підґрунтям для широкого розповсюдження серед захворювань нервової системи. Ця проблема має велике соціально-економічне значення, враховуючи фертильний та найбільш працездатний вік хворих, для яких притаманна дана патологія. Виражені клінічні прояви БНС вертеброгенного генезу спостерігаються в період активної трудової діяльності і з віком все більше наростають, тому є однією з найчастіших причин тимчасової непрацездатності. Больові синдроми вертеброгенної природи та хронічний аднексит широко розповсюджені у всіх країнах незалежно від ступеню їх економічного розвитку, за даними експертів ВООЗ, досягають ступеня пандемії в останні десятиліття у зв'язку з урбанізацією нашого суспільства.

З метою покращення диференційної діагностики попереково-крижового болю у жінок фертильного (репродуктивного) віку слід використовувати більш детальне клініко-неврологічне обстеження з консультацією гінеколога для виявлення захворювань органів малого тазу. Для підвищення ефективності діагностики і диференціації больового синдрому в нижньому відділі спини та ефективної лікувальної тактики доцільно використовувати шкали для діагностики невротичного болю, нейропсихологічне обстеження для скринінгу рівня тривоги, депресії та порушення життєдіяльності.

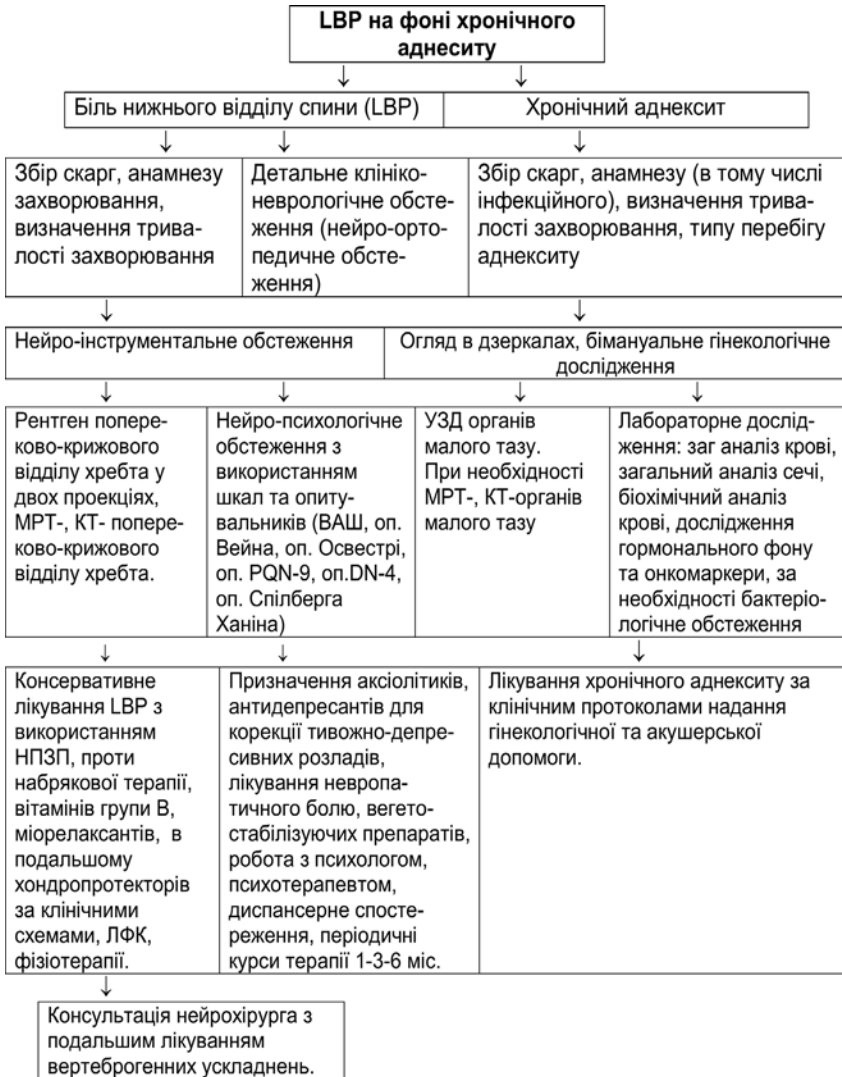


Рис. 2. Алгоритм клінічно-параклінічного обстеження пацієток фертильного віку з болем нижнього відділу спини (LBP) на фоні хронічного аднекситу

Література

1. Данилов А.Б. Принципы и алгоритмы лечения нейропатической боли / Данилов А.Б., Давыдов О.С. // РМЖ. — 2008. — 16. — С. 11-16.
2. Данилов А. Современные подходы к лечению боли. Новые возможности: флупиртин. — М.: Алмед Лтд, 2011. — 144 с.
3. Пирогова В. І. Синдром хронічного тазового болю: сучасні підходи до розв'язання проблеми/В. І. Пирогова, С. О. Шурпяк // Здоров'я України. Темат. номер: Гінекологія. Акушерство. Репродуктологія. —К.: Здоров'я України, 2012.- № 1.-С.9-10
4. Рачин А.П. Дорсопатии: актуальная проблема практикующего врача/А. П. Рачин, С. Ю. Анисимова // Здоров'я України. -К.: Здоров'я України. — 2013.- N 1 (Неврологія. Психіатрія. Психотерапія).-С.21.
5. Савченко В. Современные аспекты лечения хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов: в фокусе – сохранение репродуктивной функции // Здоров'я України. -К. – 2012. -№1 (5).- С. 47-49
6. Толле Т.Р. Фокус на боль в нижней части спины / Толле Т.Р. // Здоров'я України. Неврологія. Психіатрія. Психотерапія. — 2013. — № 1 (24). — С. 5.
7. Üçeyler N. Neuropathic Pain Assessment — An Overview of Existing Guidelines and Discussion Points for the Future / Üçeyler N., Sommer C. // European Neurological Review. — 2011. — №6 (2). — P. 128-131.

И.В.Бельская, А.В.Клименко, Б.Т.Маняк

Алгоритм клинко-параклинического обследования и лечебной тактики при болях нижнего отдела спины у женщин фертильного возраста на фоне хронического аднексита

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

Вступление. Исследование механизмов возникновения, развития и характеристики болевого синдрома спины при соматической патологии и важным в позиции необходимости их уточнения для оптимизации общей диагностической тактики невропатолога и гинеколога.

Цель. Улучшение дифференциальной диагностики пояснично-крестцовой боли у женщин фертильного (репродуктивного) возраста с использованием более детального клинко-неврологического обследования с консультацией гинеколога для выявления заболеваний органов малого таза.

Материалы и методы. Обследованы 110 пациенток с болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации, неврологическое, нейроортопедическое, бимануальное гинекологическое обследование. Средний возраст пациенток сложил $34,4 \pm 9,0$ годы (минимальный - 21 максимальный - 49 годы).

Результаты. Предметом исследования были клинические проявления, особенности хода, патофизиологические механизмы, структурные изменения межпозвонковых дисков при пояснично-крестцовой боли с изменениями психо-эмоциональной сферы у женщин фертильного возраста с сопутствующей патологией органов малого таза. Полученные результаты позволяют сформировать диагностически-лечебный алгоритм.

Ключевые слова: боль, нижний отдел, спина (БНС, LPB), вертеброгенный болевой синдром, хронический болевой синдром, хронический аднексит, клинический алгоритм.

V. Belska, O. V. Klymenko, B. T. Maniak

Algorithm of clinical and paraclinic examination and disease management in case of lower back pain in women of fertile age against the background of chronic adnexitis

Shupyk National medical academy of postgraduate education

Introduction. Studying the mechanisms of occurrence, development and description of low back pain syndrome in somatic pathology is important for optimizing the general neurologic and gynecologic diagnostic tactics.

Aim. To improve differential diagnostics for low back pain (LBP) in women of reproductive age with using more detailed clinical-neurological examination and accompanied by a gynecologist's advice to detect pelvic diseases.

Materials and methods. We examined 110 middle aged (34,4 ±9,0, the minimum age was 21, the maximum age was 49) patients with low back pain syndromes, such as neurological examination, neuro-orthopedic examination and pelvic examination.

Results. The paper deals with clinical presentations, clinical course, physiopathological mechanisms, structural changes in intervertebral discs in low back pain with the changes in the emotional sphere of fertile age women accompanied by concomitant pelvic pathology. The obtained results allowed us to build a diagnostic and treatment algorithm.

Key words: low back pain (LPB), vertebral pain syndrome, chronic pain syndrome, chronic adnexitis, clinical algorithm.

Відомості про авторів:

Бельська Ірина Вікторівна - асистент кафедри неврології № 1 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: 04112, Київ, вул. Ризька 1, КМКЛ №9, тел.: (044) 440-10-44.

Клименко Олександр Віталійович - к. м. н., доцент кафедри неврології №1 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: 04112, Київ, вул. Ризька 1, КМКЛ №9, тел.: (044) 440-10-44.

Маняк Богдан Тарасович - лікар-невропатолог Нейрохірургічного центру ДУ «Лікарня Феофанія». Адреса: ДУ «Лікарня Феофанія», вул. Заболотного, 8.

УДК 617.731-007.23:362.147

© В.А. ВАСЮТА, 2015

В.А. Васюта

АНАЛІЗ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ХВОРИХ З АТРОФІЯМИ ЗОРОВИХ НЕРВІВ

ДУ «Інститут нейрохірургії імені А.П. Ромоданова НАМН України»

Вступ. АЗН-важке інвалідизуюче захворювання. Шляхи вирішення проблеми АЗН включають, перш за все, створення чіткої системи диспансерного спостереження за пацієнтами. **Мета.** Вивчення диспансеризації в Україні на протязі досліджуваного періоду.

Матеріали та методи. Аналізувались офіційні звітні матеріали про поширеність хвороб, диспансеризацію населення України за 2014 р. у розрізі всіх регіонів (статистичні форми МОЗ України №12).

Результати. Вивчено регіональні особливості охоплення диспансерним спостереженням хворих з АЗН серед дорослого населення України на фоні показників поширеності у 2014р. Найвищі показники диспансеризації дорослого населення з АЗН реєструються у Вінницькій (150,9), Житомирській (139,1), Сумській (134,2) областях.