

ДИНАМИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТА СО СПОНДИЛИТОМ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Пимонов Михаил Владимирович

студент Омской государственной медицинской академии, РФ, г. Омск

E-mail: stunts_sk@mail.ru

Кидалов Максим Борисович

*канд. мед. наук, ассистент кафедры неврологии и нейрохирургии Омской
государственной медицинской академии, РФ, г. Омск*

E-mail: mbkidalov@mail.ru

DYNAMICS OF PAIN SYNDROME IN A PATIENT WITH SPINAL DISEASE OF UNKNOWN ETIOLOGY

Pimonov Michail

student of Omsk State Medical Academy, Russia, Omsk

Kidalov Maksim

*candidate of Science, assistant of the chair of neurology and neurosurgery, Omsk
State Medical Academy, Russia, Omsk*

АННОТАЦИЯ

Целью данной работы является изучение эффективности лечения болевого синдрома у пациентов с хроническими болями.

Под нашим наблюдением находился пациент 59 лет с хроническими болями, вследствие спондилита, перенесший операцию: резекция тел L4-5, передний спондилодез. Помимо стандартного неврологического обследования пациенту были проведены ЭНМГ, КТ и МРТ. Пациент получил курс инъекционной терапии ГКС совместно с курсом современного нестероидного противовоспалительного препарата.

На фоне проводимой терапии пациент впервые отмечает значительное улучшение состояния, регресс болевого синдрома.

ABSTRACT

The purpose of this work is to study the effectiveness of treatment of pain syndrome in patients with chronic pain.

Under our observation was 59 years old patient with chronic pain due to spinal disease undergoing surgery: resection body L4-5, anterior cervical fusion. In addition to the standard neurological examination the patient was conducted ENMG, CT and

MRT. Patients received a course of injection therapy GKS together with the course modern anti-inflammatory drug.

After therapy the patient for the first time noted the significant improvement of the condition, the regression of pain.

Ключевые слова: дорсалгия; спондилит; туберкулез; сифилис.

Keywords: dorsalgia; spondylitis; tuberculosis; syphilis.

Боль в спине, казалось бы, привычная жалоба многих больных, по сей день остается довольно актуальной проблемой неврологии и нейрохирургии. Боли в спине являются одной из самых частых причин обращения к врачу, ведь в течение жизни порядка 80 % населения хотя бы раз, но обращаются к врачу с подобной жалобой [4, с. 341]. Интересны данные по Европе: были опрошены около 50 тыс. респондентов. Оказалось, что около 20 % населения испытывают боль в течение года и по интенсивности эта боль сильная [1, с. 100]. Международная ассоциация по изучению боли дает нам следующее определение: «Боль — неприятное сенсорное и/или эмоциональное переживание, связанное с текущим или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения» [2, с. 7]. Однако боль, в процессе эволюции, зародилась как защитная реакция — активирующая система поддержания гомеостатического равновесия в изменяющихся условиях внешней и внутренней среды [9, с. 36]. Ведь, как бы иронично это не звучало, но именно боль в большинстве случаев заставляет людей обратиться за помощью к врачу, активируя инстинкт самосохранения.

Несмотря на высокую частоту обращений, многие аспекты этой проблемы остаются малопонятными, а методов лечения, имеющих серьезную доказательную базу, очень мало.

Согласно данным некоторых эпидемиологических исследований, боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника по распространенности достигают 40—80 % и являются одной из наиболее частых причин временной утраты

трудоспособности [3, с. 87]. У пациентов трудоспособного возраста, боли переходят в хронические в 1—2 случаях из 10. При всем этом, на лечение пациентов данной группы затрачивается порядка 80 % общего бюджета выделяемого на лечение болей в спине [4, с. 341].

Выделяют три основные группы причин возникновения боли в спине:

- Неспецифические боли, вследствие мышечной перегрузки, неадекватной физиологической позой, переохлаждением, составляют 80 % всех обращений.
- Боли, обусловленные компрессией нервного корешка или стенозом позвоночного канала, встречаются значительно реже в 10—15 % случаев.
- Специфические боли, возникающие вследствие онкологического заболевания или патологии внутренних органов, составляют всего 1—2 % [4, с. 342].

Обратим внимание на вторую группу причин, радикулопатии, связанные с растяжением или компрессией корешков спинномозговых нервов. Как правило, боли данной группы возникают вследствие различных заболеваний позвоночника, к числу которых относятся спондилиты [2, с. 212]. Это воспалительные заболевания позвоночника, характерным признаком которых является первичное разрушение тел позвонков с последующей деформацией позвоночника. По этиологии спондилиты делят на две группы: специфические (туберкулезный, актиномикотический, бруцеллезный, гонорейный, сифилитический, тифозный) и неспецифические (гематогенный гнойный и ревматоидный спондилит) [6, с. 1].

Под нашим наблюдением находился пациент Ш., 59 лет, обратившийся за консультацией в отделение неврологии ОКБ г. Омска в октябре 2009 года с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в нижние конечности, слабость, парестезии, деформацию позвоночника. Считает себя больным с 2005 года, когда начали беспокоить боли в пояснице, «онемение» и «замерзание» ног. В сентябре 2008 года и сентябре 2009 года пациент находился на лечение в отделении неврологии 2-й Городской больницы г. Омска, где на фоне проводимой медикаментозной и физиотерапии

улучшений не заметил. Более того, заболевание прогрессировало, пациенту были проведены дополнительные исследования: сКТ и МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника. После чего, он был направлен в Областной Противотуберкулезный Диспансер с подозрением на туберкулезный спондилит. Больной обследовался и, на основании положительного ИФА крови на туберкулез, была подтверждена туберкулезная природа заболевания. При этом на R-грамме не было обнаружено специфических признаков туберкулеза, так же проба Манту была отрицательной. Больному был выставлен диагноз: Туберкулезный спондилит L4-S1. Проведено лечение по 1 РХТ, интенсивной фазе в течение 6-ти месяцев, а затем в фазе продолжения до июля 2010 года.

Туберкулезный спондилит возникает в результате заноса микобактерий туберкулеза в губчатое вещество тел позвонков гематогенным либо лимфогенным путем. Задние отделы позвонков (дуги, отростки) поражаются редко [6, с. 1]. Туберкулезная природа заболевания является самой частой и встречается в 95 % случаев всех специфических спондилитов [5, с. 1]. Он же крепко держит первое место среди всех локализаций костно-суставных форм туберкулеза, составляя 50—60 % от общего числа больных. По локализации поражения на первом месте стоит грудной (60 %), на втором — поясничный (30 %) отдел позвоночника [8, с. 323]. Количество пораженных позвонков у впервые выявленных больных в 65 % случаев составляет 2—3 смежных позвонка [7, с. 452].

Из анамнеза известно, что в 2004 году перенес сифилис, в настоящее время имеется следовая реакция. В связи с положительной реакцией на ИФА-lues и реакцией Вассермана консультирован венерологом и проведено лечение: Цефтриаксон 1,0 № 14.

После проведенного лечения больной отмечал ухудшение состояния, за счет усиления болевого синдрома и нарушение функций желудочно-кишечного тракта, в связи с приемом большого количества противотуберкулезный препаратов. В процессе лечения больной повторно обращался к нам за консультацией по поводу усиления болевого синдрома. Для того чтобы

отследить динамику процесса и корреляцию болевого синдрома со степенью деструкции тел позвонков, были дважды проведены дополнительные исследования: рентгенография и КТ в марте 2010 года, и рентгенография и МРТ исследование в июле 2010 года. По результатам исследований было отмечено прогрессирование заболевания: протрузия межпозвонковых дисков увеличилась с 3,5 мм до 5,7 мм, усилились признаки фокальной деструкции тел позвонков.

В связи с прогрессированием заболевания, больной уже не мог самостоятельно передвигаться и, после заочной консультации, был направлен на лечение в ФГУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии росмедтехнологий на оперативное лечение, куда поступил 09.08.10 г. На рентгенограмме грудной клетки от 13.08.10 г. очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. Серологическая реакция с туберкулином от 18.08.10 г. отрицательна. На рентгенограмме позвоночника от 13.08.10 г. контактная деструкция тел L4-S1, которые разрушены на 1/3 смежных поверхностей, больше в центрально-правых отделах, полость деструкции открывается в сторону диска. Паравертебральные ткани утолщены, содержат костные включения. После проведенного обследования в связи с прогрессирующей деструкцией тел позвонков 06.10.10 г. выполнена операция: Резекция тел L4-5, передний спондилодез аутотрансплантатом из крыла подвздошной кости. Была проведена микроскопия операционного материала на МБТ, по результатам которой культура выявлена не была. При гистологическом исследовании операционного материала так же не было выявлено признаков специфического воспаления. Послеоперационное течение без осложнений. Проведен курс массажа и ЛФК. На фоне лечения частично регрессировал болевой синдром. Больной частично восстановил опорно-двигательные функции. В ходе проведенного обследования и лечения серологических, бактериологических, гистологических, макроморфологических данных за туберкулезный спондилит не получено. Выписан в удовлетворительном состоянии для лечения по месту жительства. Диагноз при

выписке: Нейропатическая спондилопатия с поражением тел L4-L5-S1 позвонков.

В послеоперационном периоде продолжено амбулаторное наблюдение за пациентом. В связи с отсутствием данных доказывающих туберкулезную природу спондилита, наличие у пациента серорезистентности после перенесенного сифилиса, и учитывая обоснование первоначального диагноза туберкулезного спондилита за счет положительного ИФА крови, дифференцировалась сифилитическая этиология спондилита. ИФА крови на сифилис и туберкулез проводится на основании количественной оценки иммуноглобулина G, и образовании комплексов антиген-антитело с антигенами возбудителя инфекции. В некоторых случаях следовая реакция сифилиса и повышение титра иммуноглобулина G сохраняется в организме на протяжении десятилетий, а в данном случае 6 лет. В результате возможных сбоев в работе организма и длительного персистирования антител в крови мы предполагаем возможность ложноположительного результата ИФА крови на туберкулез. Однако, получив консультацию венеролога, мы пришли к выводу о невозможности, на данном этапе лечения, со стопроцентной вероятностью доказать сифилитическую природу спондилита. Для исключения нейросифилиса проведено исследование ликвора, которое показало наличие IgG 1:2, РИФц +2 при содержании белка 0,1 г/л, рН — 7.5 и удельном весе 1010. IgM не обнаружены, что указывает на наличие серорезистентности и отсутствие признаков нейросифилиса.

Для наблюдения за динамикой болевого синдрома проведены электронейромиографические (ЭНМГ) исследования поверхностными и игольчатыми электродами в июне 2011 года. Были получены признаки синдрома нейропатии малоберцового нерва слева, аксональный характер поражения. Денервационный процесс: Денервация — умеренно выражена. Реиннервация — недостаточно выражена. Повторное исследование в июне 2013 года, не показало данных свидетельствующих о положительной динамике процесса. На МРТ от 03.11.12 г.: МР-признаки спондилита L4-5. Выраженные

дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника характера остеохондроза с протрузией межпозвонковых дисков, проявлениями спондилеза, спондилоартроза. Относительный стеноз позвоночного канала. На протяжении трех лет с момента операции, пациент не отмечал значительного изменения выраженности болевого синдрома. Жалобы пациента сохранялись.

В связи с усилением болевого синдрома, госпитализирован в отделение неврологии ОКБ г. Омска в 10.12.2013 г. В неврологическом статусе: сила снижена в нижних конечностях до 4б. Коленные и ахиллов рефлексы симметричные, снижены. Симптом натяжения: с-м Ласега (+) слева 50, справа 50. Гипестезия, парестезия в нижних конечностях. Координационные нарушения: в позе Ромберга покачивается, пальценосовая проба с легкой интенцией. Была выполнена магнитно-резонансная томография пояснично-крестцового отдела позвоночника и спинного мозга. Были выявлены: выраженные дегенеративно-дистрофические изменения поясничного отдела позвоночника на фоне переднего спондилодеза сегментов L4-5 и частичной резекции тел позвонков с формированием спондилеза сегментов L4-5-S1 с левосторонним латеролистезом позвонка L4. Выраженный остеохондроз, спондилоартроз поясничных сегментов с задними протрузиями и грыжами дисков, стенозом центрального позвоночного канала на уровне L4-5, стенозом межпозвонковых каналов сегментов L3-4-5-S1, эпидуральным фиброзом сегментов L4-5-S1.

По результатам обследования, было принято решение провести больному инъекционную терапию ГКС (дексаметазон 4 мг/сут. — 10 дней), назначены миорелаксанты (толперизон 2,0 в/м, 1 раз в день — 10 дней), а так же курс современным неселективным нестероидным противовоспалительным препаратом на основе лорноксикама (8 мг/сут. в/м — 5 дней) [10, с. 72].

На фоне проводимой терапии больной отмечает значительное улучшение состояния, регресс болевого синдрома. По словам больного, на протяжении многих лет получавшего лечение, он впервые, с момента проведения операции,

получил возможность двигаться без трости на расстояния более 100 метров. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии. Мы продолжаем амбулаторное наблюдение за пациентом.

В результате проведенного исследования мы установили, что боль в спине у пациентов данной группы, очень часто переходит в хроническую форму, а со временем даже отмечаются ухудшения, не смотря на проведенные хирургические вмешательства, и обширные химиотерапевтические курсы, должны, казалось бы, остановить процесс ухудшения. Необходимо так же сказать о сложностях дифференциальной диагностики, возникшей в случае с нашим пациентом. Не смотря на большое количество внимания, исследований и методов, оказанных данному пациенту и его заболеванию, мы испытали сложности в установлении этиологической причины спондилита, что, возможно, повлияло на проводимую терапию. Подводя итоги, хотелось бы отметить необходимость подбора индивидуальной терапии для пациентов с хроническими заболеваниями. Применяв определенный вариант даже комплексной терапии, мы можем обеспечить пациенту должный уровень оказания медицинской помощи, и значительно повысить качество его жизни.

Список литературы:

1. Алексеева Л.И., Воробьева О.В. Боль в спине: диалог ревматолога и невролога // *Consilium Medicum*. — 2014. — № 2. — С. 100—102.
2. Болевые синдромы в неврологической практике. Под ред. проф. В.Л. Голубева. Изд. 4-е. М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 336 с.
3. Камчатнов П.Р. Дорсопатии Спондилогенные дорсалгии: тактика консервативной терапии // *Consilium Medicum*. — 2007. — № 2. — С. 87—90.
4. Неврология: национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1037 с.

5. Спондилит // Медицинская энциклопедия Medical-Enc.ru: сайт. — [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: <http://www.medical-enc.ru/17/spondylitis.shtml> (дата обращения: 08.06.2014).
6. Спондилит [Электронный ресурс] // nedug.ru Мир здоровья и красоты: сайт. — [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: http://www.nedug.ru/library/спондилиты_2/Спондилит#.U7V3_1_tMk.html (дата обращения: 15.06.2014)
7. Туберкулез. Руководство для врачей / под ред. А.Г. Хоменко. М.: Медицина, 1996. — 496 с.
8. Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М.И. Перельмана. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 512 с.
9. Шавловская О.А. Некоторые аспекты терапии дорсалгии // Consilium Medicum. — 2014. — № 2. — С. 36—40.
10. Шостак Н.А. Дифференциальный подход к локальной терапии в составе комплексного лечения больных с дорсопатией // Consilium Medicum. — 2007. — № 2. — С. 71—76.