

Артроз задних межпозвонковых суставов как причина поясничного болевого синдрома

П.М. Гиоев¹, И.В. Яковенко¹, А.Т. Худяев²

Arthrosis of posterior intervertebral articulations as a cause of the lumbar pain syndrome

P.M. Gyoyev¹, I.V. Yakovenko¹, A.T. Khudiayev²

¹Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А. Л. Поленова, г. Санкт-Петербург
(директор института – д.м.н. И.В. Яковенко)

²Федеральное государственное учреждение

«Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова Росмедтехнологий», г. Курган
(и.о. генерального директора — профессор А.Т. Худяев)

Проанализированы результаты комплексного обследования и лечения 240 больных со спондилоартрозом. Изучены влияние факторов риска на развитие спондилоартрозов, особенности клинического течения заболевания и тактика лечения. Выявлено, что спондилоартроз является самостоятельной причиной поясничных болевых синдромов и составляет 69,4 % от всех артрозов и лигаментозов поясничного отдела позвоночника. Лечение спондилоартрозов не составляет труда при правильной и своевременной постановке диагноза, грамотно проводимые профилактические мероприятия позволяют избежать повторных проявлений заболевания.

Ключевые слова: спондилоартроз, факторы риска, тактика лечения.

The results of complex examination and treatment of 240 patients with spondyloarthrosis have been analyzed. The effect of risk factors on spondyloarthrosis has been studied, as well as the features of the disease clinical course and tactics of its treatment. Spondyloarthrosis has been revealed to be an independent cause of lumbar pain syndromes, amounting to 69,4 % of all the arthroses and ligamentoses of lumbar spine. Spondyloarthroses treatment is no trouble in case of correct and timely making the diagnosis, and competently performed preventive measures allow to avoid the disease repeated occurrences.

Keywords: spondyloarthrosis, risk factors, tactics of treatment.

Артроз задних межпозвонковых суставов (ЗМПС), известный также как спондилоартроз, артроз дугоотростчатых суставов и фасеточный синдром является одной из наименее известных причин поясничных болевых синдромов. Имеющиеся в литературе данные неконкретны, а подчас просто противоречивы [1-5]. Отсутствуют данные

о частоте, особенностях клинического течения и способах лечения этого заболевания позвоночника.

Цель настоящего исследования – определить влияние факторов риска на формирование спондилоартроза, особенностей клинического течения заболевания и тактики лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Аналізу подверглись результаты комплексного обследования и лечения 240 больных, у которых в качестве ведущей причины заболевания определили спондилоартроз. Спондилоартроз или артроз задних межпозвонковых суставов, в качестве ведущей причины заболевания определили у 82 (33,9 %) мужчин и 158 (66,1 %) женщин.

Преобладали пациенты в возрасте от 41 до 60 лет – 179 (74,8 %) случаев.

Все они до поступления в клинику долгое время лечились по поводу остеохондроза.

Изучение влияния факторов риска на развитие спондилоартрозов дало следующие результаты. Ведущее место занимали дегенеративно-дистрофические изменения в межпозвонковых дисках, имевшие место у 236 больных (98,5 %).

Различные нарушения статики имели место у

209 (87,1 %) обследованных. Углубление поясничного лордоза выявили в 163 (67,9 %), а сглаженность его в 46 (19,2 %) случаях. Кифотическая деформация поясничного отдела наблюдалась у 16 (6,7 %), а сколиотическая – у 17 (7,1 %) больных.

Остеопороз, имевший место у 71 (29,6 %) пациента, являлся провоцирующим моментом, так как деформация тел позвонков в пораженном сегменте приводила к увеличению нагрузки на межпозвонковые суставы.

Влияние наследственного фактора прослеживалось у 86 (35,8 %) пациентов.

Как среди мужчин, так и среди женщин преобладали пациенты гиперстенической конституции с избыточной массой тела.

Дополнительными факторами риска были избыточные физические нагрузки на производ-

стве, имевшие место у 123 (51,2 %) пациентов. Многократные роды перенесли 22 (9,2 %) пациентки. С гормональными изменениями связывали свою болезнь 37 (15,6 %) женщин в пострепродуктивном периоде.

Указания на воспалительную природу заболевания или сочетание спондилоартрозов с артрозами и артритами крупных суставов имело место у 68 (28,3 %) пациентов.

Влияние острого и хронического травматического воздействия на развитие дегенеративных изменений в ЗМПС выявили у 77 (32,1 %) больных.

Ведущим клиническим проявлением спондилоартрозов были боли в поясничном отделе позвоночника. Боли характеризовались как упорные, но не резко выраженные. Характерным было усиление болей после сна или длительного отдыха в горизонтальном положении. Больным было тяжело разогнуться, распрямиться.

Уменьшение или существенный регресс болевых проявлений после «разминки» отмечали 192 (80,0 %) пациента, а 156 (65,0 %) – во время ходьбы с наклоненным вперед корпусом.

Основным клиническим проявлением спондилоартроза был поясничный болевой синдром, имевший место у всех 240 пациентов. Хотя бы 1 эпизод острой боли (по типу люмбаго) в анамнезе отмечали 83 (34,5 %) больных этой группы. Корешковые боли, выявленные у 32 (13,3 %) пациентов, не имели четкой топографии, отличались отчетливой вегетативной окраской и характеризовались больными, как «можжащие», «сжимающие», «жгучие» и т.п. Нарушение моторной функции отмечали 25 (10,4 %) пациентов. В положении лежа, пациенты предпочитали позу, известную, как «поза эмбриона».

Распространение болей при спондилоартрозе определялось особенностями иннервации (рис. 1).

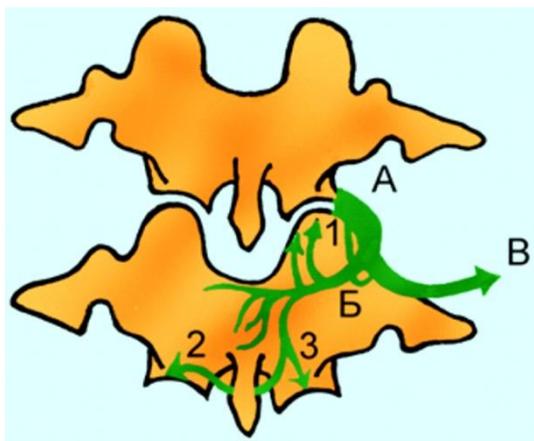


Рис. 1. Схема иннервации ЗМПС: А – задняя ветвь спинномозгового нерва; Б – медиальная ветвь; В – латеральная ветвь; 1 – верхний суставной отросток, 2 и 3 – контралатеральный и гомолатеральный нижние суставные отростки соответственно

ЗМПС иннервируются задней ветвью спинномозгового нерва, которая делится на две вет-

ви – внутреннюю (или медиальную) и наружную. Конечные ответвления внутренней веточки задней ветви спинномозгового нерва иннервируют сам сустав (его верхние и нижние фасетки) и нижние фасетки сустава на противоположной стороне. Наружная веточка задней ветви – мышцы и кожу спины.

Три первых поясничных спинномозговых нерва содержат чувствительные волокна, идущие в составе задней ветви вплоть до вертлужной впадины и большого вертела бедренной кости. Этим объясняется частое сочетание люмбагии и коксалгий, которые резистентны к обычным методам лечения коксартроза, однако быстро купируются на фоне блокад ЗМПС.

Нарушения моторной функции выявлялись в основном у пациентов пожилого возраста, нередко на фоне сопутствующих сосудистых поражений нижних конечностей. В этих случаях дифференциальную диагностику провести было затруднительно. Так же тяжело было дать оценку рефлекторным нарушениям, которые сохранялись даже в тех случаях, когда имел место регресс прочих патологических проявлений.

Основным диагностическим приемом была пальпация области межпозвонковых суставов, вызывавшая резкую локальную боль. Боль усиливалась при надавливании на остистый отросток, но в отличие от симптома «звонка» при остеохондрозе, не имела «корешковой окраски».

Ведущая роль в диагностике спондилоартрозов отводилась лучевым методам исследования.

Рентгенографию считали первым и обязательным методом лучевой диагностики при заболеваниях поясничного отдела позвоночника. Начинали обследование со стандартной рентгенографии в сагиттальной и коронарной проекции (фас, профиль). Спондилография позволяла провести первичную оценку состояния костных элементов позвоночника в целом и задних межпозвонковых суставов в частности (рис. 2).

Единственным прямым методом рентгеноконтрастного исследования ЗМПС является артрография (рис. 3), которая была проведена 24 (10,0 %) пациентам перед блокадой либо перед дерезецией пораженного сустава. Несмотря на информативность, считаем проведение артрографии с диагностической целью нецелесообразным.

КТ и МРТ позволяют уточнить наличие сопутствующих заболеваний (рис. 4), хотя их назначение при очевидном спондилоартрозе не оправданно (учитывая стоимость исследования).

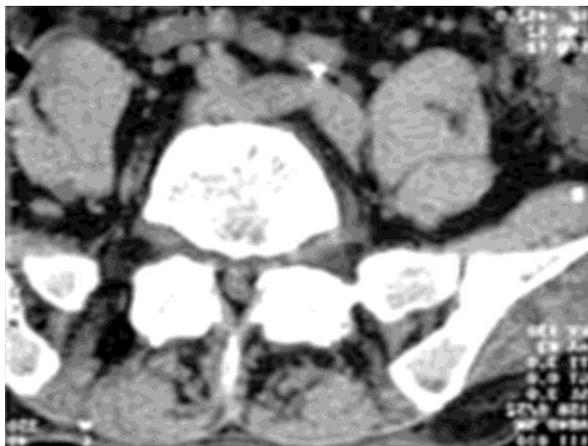
Наибольшее число поражений приходилось на суставы L_V-S_I – 104 (43,3 %) случая и L_{IV-V} – 81 (33,8 %) случаев. У 32 (13,3 %) пациентов выявили поражение суставов на 2 уровнях. На долю ЗМПС L_{III-IV} сегмента пришлось всего 23 (9,6 %) наблюдения. Билатеральные спондилоартрозы были выявлены у 198 (82,5 %) пациентов, хотя у 76 из них (38,4 %) имела место четкая односторонняя симптоматика.



Рис. 2. Спондилоартроз левого ЗМПС L_{IV-V}



Рис. 3. Артрограмма правого L_{IV-V} ЗМПС



а



б

Рис. 4. Спондилоартроз: а – КТ; б – МРТ в аксиальной проекции

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Лечение больных со спондилоартрозом базировалось на внутрисуставном введении таких препаратов как кеналог, цель – Т, артрозилен, НПВП, обязательном соблюдении охранительного режима и внешней иммобилизации корсетом на период обострения. Дополнительно назначали нестероидные либо гомеопатические противовоспалительные препараты (предпочтительно в виде суппозиторийев).

При отсутствии стойкого эффекта от лечения в течение 1,5-2 недель, проводили дерезецию пораженного сустава, путем введения дюрантного раствора на основе алкоголя. Из 240 пациентов такая необходимость возникла у 75 (31,2 %).

В нашей практике не наблюдалось случаев длительно не купирующихся болевых синдромов, которые потребовали бы открытой термической деструкции рецепторов капсулы ЗМПС, хотя в европейских клиниках такие вмешательства распространены достаточно широко. В

большинстве случаев клинические проявления спондилоартроза полностью регрессировали в течение 2 недель (табл. 1).

Внедрение в практику здравоохранения компьютерной и магнитно-резонансной томографии позволило по-новому оценить патогенетическую роль спондилоартроза, клинические проявления которого ранее приписывались остеохондрозу. По данным нашего исследования, спондилоартроз является достаточно частой причиной поясничных болевых синдромов, занимая 3-ю позицию после остеохондроза и стеноза позвоночного канала. Основной причиной длительного, малоэффективного лечения больных со спондилоартрозом в анализируемой серии наблюдений (до поступления в нейрохирургический стационар) было отсутствие достаточных знаний об этой патологии у врачей первичного звена. Можно с уверенностью утверждать, что артрозы задних межпозвоночных суставов встречаются значи-

тельно чаще, однако стандартное лечение «радикулитов» (НПВП, витамины группы В), применяемое к этим больным, во многих случаях уменьшает болезненные проявления острого пе-

риода, благодаря чему болезнь принимает хроническое ремитирующее течение. Лишь стойкие, выраженные болевые проявления побуждают обратиться к вертебрологу.

Таблица 1

Динамика регресса клинических проявлений у больных со спондилоартрозом на фоне проводимого лечения (n=240)

Сроки	Исходно		Через 1 неделю		Через 1 месяц		Через 1 год	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Боль в поясничном отделе	240	100	54	22,5	0	0,0	0	0,0
Нарушение статики	174	72,5	13	5,4	0	0,0	0	0,0
Рефлекторное нарушение	75	31,2	42	17,5	12	5,0	6	2,5
Нарушение моторной функции	100	41,7	34	14,2	30	12,5	8	3,3
Депрессии	66	27,5	11	4,6	0	0,0	0	0,0

ВЫВОДЫ

Спондилоартрозы как самостоятельная или ведущая причина поясничных болевых синдромов составляют 69,4 % от всех артрозов и лигаментозов поясничного отдела позвоночника.

При правильной и своевременной постанов-

ке диагноза лечение спондилоартрозов не составляет труда, а грамотно проводимые профилактические мероприятия позволяют избежать повторных проявлений заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гиоев П. М. Комплексное лечение заболеваний поясничного отдела позвоночника. СПб., 2003. 247 с.
2. Луцки А. А., Колотов Е. Б. Диагностика и лечение спондилоартроза // Хирургия позвоночника. 2004. № 1. С. 23–38.
3. Клинико-рентгенологические особенности и диагностика артроза дугоотростчатых суставов при поясничном остеохондрозе / А. И. Продан [и др.] // Ортопедия, травматология и протезирование. 1991. № 2. С. 10–15.
4. Sanderson P. L., Getty C. J. Long – time results of partial undercutting facetectomy for lumbar lateral recess stenosis // Spine. 1996. Vol. 21, No 11. P. 1352–1356.
5. Stephen I. Textbook of spinal disorders. Philadelphia : Lippincott, 1995. 352 p.

Рукопись поступила 09.09.09.

Сведения об авторах:

1. Гиоев Петр Михайлович – ведущий научный сотрудник, ФГУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова», к.м.н.;
2. Яковенко И.В. – директор Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. проф. А. Л. Поленова, д.м.н.;
3. Худяев Александр Тимофеевич – и.о. генерального директора ФГУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова Росмедтехнологий», д.м.н. профессор.