

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ БОЛЮ У ОСІБ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ХРЕБТА В НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

Юрик О.Є., Сташкевич А.Т., Шевчук А.В., Улещенко Д.В.,
Кудієнко Є.М., Дуда Б.С., Юрик Н.Є., Кучма О.В.

*ДУ «Національний Інститут травматології та ортопедії Національної
Академії медичних наук України», м. Київ*

Ключові слова: *остеохондроз, неврологічні прояви, спонділолістез, ВАШ, опитувальник Мак Гіла.*

Вступ. Біль у спині є однією з найбільш частих скарг, з якою пацієнти звертаються до лікаря. Відомо, що, кількість амбулаторних візитів зі скаргою на біль у нижній частині спини (БНЧС) у загальній картині звернень посідає друге місце, поступаючись лише респіраторним захворюванням. Питання тактики вибору методу лікування (консервативне чи хірургічне) залишаються дискутабельними.

За даними експертів ВООЗ, нині в розвинених країнах больові синдроми вертеброгенної природи дуже поширені, що досягають розмірів епідемії та набувають статусу найважливішої медико-соціальної проблеми. Дорсопатії є однією з провідних причин інвалідності, що значно позначаються на якості життя пацієнта та його працездатності, а також залишаються основними причинами звернення за медичною допомогою у будь-якому віці [1].

Біль у спині є однією з найбільш частих скарг, з якою пацієнти звертаються до лікаря. За даними Deuo і Weinstein, кількість амбулаторних візитів зі скаргою на біль у нижній частині спини (БНЧС) у загальній картині звернень посідає друге місце, поступаючись лише респіраторним захворюванням [2]. Було показано, що в розвинутих країнах від 60 до 90 % населення відчували БНЧС мінімум раз у житті, а щорічний приріст цього показника становить 5 % [3]. Діагностика та лікування БНЧС часто є складним завданням, що пов'язано з етіологічною неоднорідністю захворювання.

Більшість випадків БНЧС мають доброякісний характер і м'язово-скелетне походження. Такий БНЧС називається неспецифічним і на відміну від специфічного обумовлений підтвердженою первинною патологією (інфекція, пухлина, деформація, остеопоротичний або травматичний перелом хребця, запальний процес, радикальний синдром, стеноз хребетного каналу та ін.). Незважаючи на те, що немає

точних даних про співвідношення специфічного і неспецифічного БНЧС, загально прийнято вважати, що 95 % випадків припадає на неспецифічний БНЧС [4, 5]. Більш виражені болі в спині спостерігаються у осіб віком 50–64 років . Спрогнозовано, що у найближчі 10-15 років біль у нижньому відділі спини при дегенеративно-дистрофічній патології хребта стане головною причиною інвалідизації дорослого населення України.

Метою наших досліджень було вивчення кількісних та якісних показників болю на характер протікання спонділолітезу у пацієнтів з I-II стадіями патологічного процесу.

Матеріал та методи дослідження. Провели клінічне неврологічне обстеження 46 пацієнтів молодого (9 осіб), середнього (26 пацієнтів) та похилого віку (11 обстежених) у передопераційному періоді з ознаками спонділолітезу I- II ст. Групу порівняння склали 30 осіб молодого та середнього віку, котрі пролікувалися консервативно. У всіх у них вивчали кількісні (шкала ВАШ) та якісні (опитувальник Мак Гіла) параметри болю.

Результати дослідження. Було встановлено, що іррадіація болю в ногу зустрічалася у 92, 2 % осіб з ознаками гострого болю і лише у 39,9 % осіб з хронічним болем.

Анталгічний сколіоз був у 57,1 % осіб II та IV клінічних груп та у 24,3 % II та III клінічних груп.

Симптом натягу Ласега вірогідно частіше зустрічався у осіб з гострим болем (91,8 %), ніж при хронічному болю (47,4 %), хоча показник у градусах суттєво не відрізнявся.

Напруженість м'язів спини та болючість паравертебральних точок була найбільш характерною для осіб з групи порівняння.

У осіб I – III клінічних груп за даними пальце-підлогової проби були вірогідно нижчими показники об'єму руху, ніж у осіб з групи порівняння ($p > 0,05$) і становили $15,5 \pm 0,2$ см в I групі та $13,4 \pm 0,3$ см в III групі проти $11,7 \pm 0,1$ см в групі порівняння. II група: $12,4 \pm 0,3$ см.

У осіб з ознаками гострого болю (II та IV клінічні групи) у помірний біль діагностували у 7,4 % випадків; сильний біль – 53,3 % випадків і нестерпний біль – у 39,3 % пацієнтів.

У осіб з ознаками хронічного болю (I та III клінічні групи) помірний біль діагностували у 32,5 % пацієнтів; сильний біль – у 64,1 % випадків; нестерпний – у 3,4 % обстежених.

У цьому дослідженні відмінності за гендерними ознаками за кількісними проявами характеру больових відчуттів не було виявлено.

За даними опитувальника Мак Гіла, який давав якісну характеристику больового синдрому, було виявлено наступне.

Найчастіше зустрічалися такі дескриптори болю:

- *пекучий* – у 38,9 % (II група) та 40,% (I група) при гострому болю; у 55, % (I група) та 48,8% (II група) при хронічному болю;
- *колючий* – у 31,4 % (II клінічна група) та у 30,0 % (I група) при гострому болю; 35,6 % (I група) та 31,6 % (II клінічна група) з ознаками хронічного болю;
- *такий, що викручує* – у 35,9 % (II група) та 36,4 % (I група) при гострому болю; 46,4 % (I клінічна група) та 41,5% (II клінічна група) при хронічному болю;
- *такий, що пронизує* – у 40,1 % (II клінічна група) та 39,7 % (I клінічна група) при гострому болю; у 43,4 % (I клінічна група) та у 40,6 % (II клінічна група) при хронічному болю;
- *такий, що стискає* – у 19,9 % (II клінічна група) і 21,1 % (I клінічна група) при гострому болю; у 16,5 % (I клінічна група) і 17,2 % (II клінічна група) осіб з хронічним бодем;
- *тягнутий* – у 31,5 % (II клінічна група) і у 29,4 % (I група) осіб з гострим бодем; у 59,9 % (I клінічна група) та у 57,8 % (II клінічна група) у обстежуваних з ознаками хронічного болю.

Пацієнти з ознаками хронічного болю давали більш емоційну оцінку больовим відчуттям і тому обирали більш емоційно забарвлені дескриптори, а також кількість обраних дескрипторів була більшою у осіб I та II клінічних груп, ніж у осіб з гострим бодем.

Між значенням ВАШ і ранговою шкалою болю (РІБ) виявлено значну позитивну кореляцію для груп з гострим бодем ($p < 0,05$) та сильний кореляційний зв'язок для груп з хронічним бодем ($p < 0,05$).

За кількістю вибраних дескрипторів болю та ранговим індексом болю виявлені також відмінності у осіб з гострим та хронічним бодем.

За даними опитувальника Мак Гіла пацієнти з груп хронічного болю давали більш емоційну оцінку больовим відчуттям, оскільки обирали більш емоційно забарвлені дескриптори, які оцінювалися більшою кількістю балів ($p < 0,05$), а кількість обраних дескрипторів була вірогідно вищою у групі хронічного больового синдрому ($p < 0,05$).

Таким чином, оцінка больового синдрому як по кількісним, так і по якісним його показникам при вертеброгенній патології дегенеративно-дистрофічного генезу дозволяє більш цілеспрямовано обрати тактику лікування кожного конкретного пацієнта.

Висновки. Диференційоване хірургічне лікування спонділолістезу І-ІІ ст. потребує оптимізації діагностики такого процесу, особливо на етапах передопераційної підготовки. Важливим фактором при цій патології є визначення гостроти больового синдрому як за кількісними, так і за якісними його показниками. Виявлено, що у пацієнтів з гострим больовим синдромом зустрічалась вища поширеність нестерпного болю, тоді як у осіб з хронічним болем домінували ознаки сильного та помірного болю. За даними опитувальника Мак Гіла у осіб з хронічним болем зростала емоційна оцінка больового відчуття пацієнтом, зростає ранговий індекс болю. Якісне та кількісне проведення оцінки больового синдрому у осіб з дегенеративно-дистрофічною патологією хребта дозволяє більш краще обрати тактику лікування цих осіб та більш обґрунтовано застосувати у них різноманітні методи хірургічного або консервативного методів лікування.

Перелік посилань

1. Остапчук О.О. Особливості медико-біологічного контролю процесів фізичної терапії людей з проблемами хребта засобами міофасціальної гімнастики . Миколаїв. (2022). Автореферат дипломної роботи на здобуття магістра. 25.
2. Боли в нижней части спины при остеохондрозе позвоночника: опыт применения хондропротективного препарата /Н.А.Шостак, А.В.Аксенова, Н.Г.Правдюк [и др.] . Терапевт. Архив. –2012. – Т.74, №8. – С. 67-69.
3. Взаимосвязь возрастных особенностей позвоночного столба и клинических проявлений вертеброгенных заболеваний нервной системы /Л.А. Кадырова, Н.Н. Сак, А.Е. Сак, О. Гелевей. . Укр. вісник психоневрології. – 1995. – Т.3. – С.179-180.
4. Маслова И.Г. Патогенез и современный комплексный подход в лечении болевых синдромов в неврологии. / Слободин Т.Н., Маслова И.Г. Міжнародний неврологічний журнал. № 6 (100). – С.61-67.
5. Маслова І.Г. Індивідуальні особливості пацієнтів з неспецифічним болем в спині, що впливають на динаміку больового синдрому при лікуванні не стероїдними протизапальними засобами. / Маслова І.Г., Михайловська Н.О., Девіняк О.Т., Слободін Т.М. // Український вісник психоневрології. – 2020. – Т. 28, № 1 (102). – С. 21-25.
6. Свірідова Н.К., Середа В.Г., Довгий В.Л., Попов О.В., Щербатий А.А. Діагностика вертеброгенних больових синдромів. Східно-Європейський неврологічний журнал, 2018, № 1. – С. 4-12.