Болевые пояснично-крестцовые синдромы

- **Болевой пояснично-крестцовый синдром**
- **Синдром боли в нижней части спины LBP (low back pain)**

- В настоящее время под синдромом LBP (low back pain) понимают боль, локализующуюся между 12-парой ребер и ягодичными складками.
- Распространенность LBP колеблется от 40 до 80 % .
- Предложенное выделение первичного и вторичного синдрома LBP не в полной мере отражает временно-следственные взаимоотношения патогенетических механизмов при БПКС.

Генез БПКС

- **Вертеброгенный**
  - Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника (спондилез, остеохондроз, грыжа диска)
  - Дисфункция мышечного аппарата спины.
  - Врожденные аномалии (spina bifida, спондилолистез)
  - Травмы (переломы позвонков, повреждения межпозвонковых дисков)
  - Артриты (спондилоартриты)
  - Нарушения метаболизма (остеопороз, остеомаляция)
  - Опухоли позвонков
  - Инфекции (туберкулез позвонков, остеомиелит и пр.)
- **Соматогенный**
  - Заболевания внутренних органов (мочеполовых органов, кишечника, желудка, поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки, аневризма брюшной аорты и пр.), в т.ч. в виде проекционной боли
  - Воспалительные, аутоиммунные, дисметаболические процессы

Процессы, которые обусловливают сложность конкретизации патогенеза БПКС

- Патогенетическая поливариантность развития синдрома

- Гетерогенность поражений структур, которые являются причиной синдрома

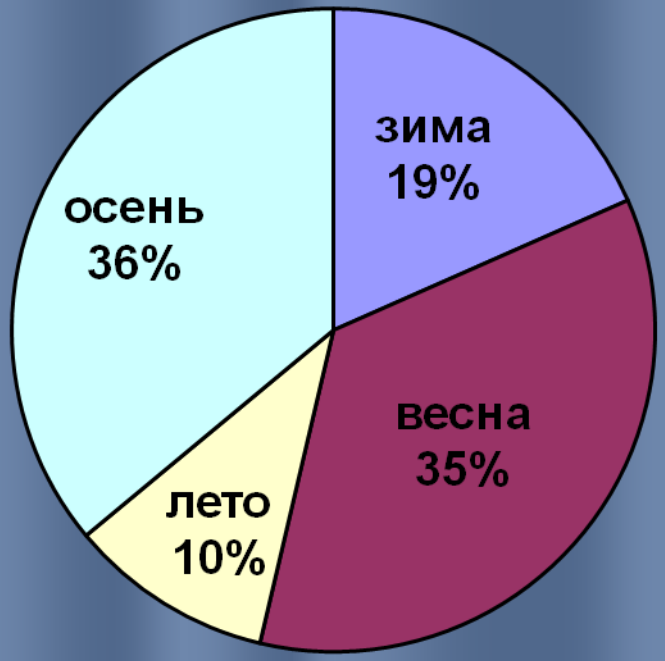
- Наиболее ранние изменения заключаются в нарушении компенсаторно-приспособительных реакций структур периферического отдела нервной системы со снижением их репаративных резервов

Под нашим наблюдением находилось более 200 пациентов с БПКС вертеброгенного генеза, которые прошли комплексное обследование, которое включало:

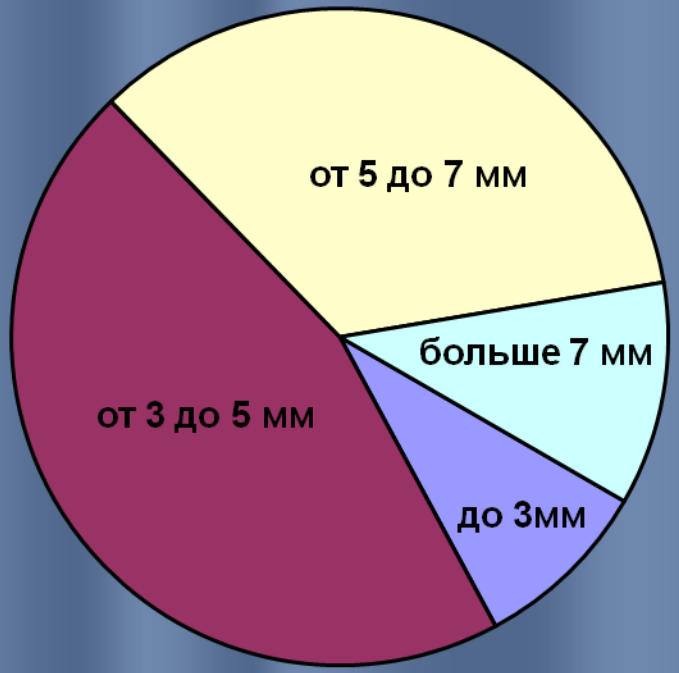
- Клинико-неврологическое обследование в динамике.
- Исследование интенсивности боли по 4-х бальной шкале (R.G.J. Watkins и соавторы, 1986), по 10 бальной шкале, по опроснику боли Мак-Гилла
- Нейропсихологическое обследование, включавшее шкалу Монтгомери-Асберг для оценки депрессии
- Лабораторное обследование, включавшее подробное исследование углеводного обмена
- Рентгенологическое обследование позвоночника
- Нейровизуальное обследование (МРТ)
- ЭНМГ
- Реовазография сосудов нижних конечностей

Факторы, предшествовавшие возникновению или последнему обострению БПКС

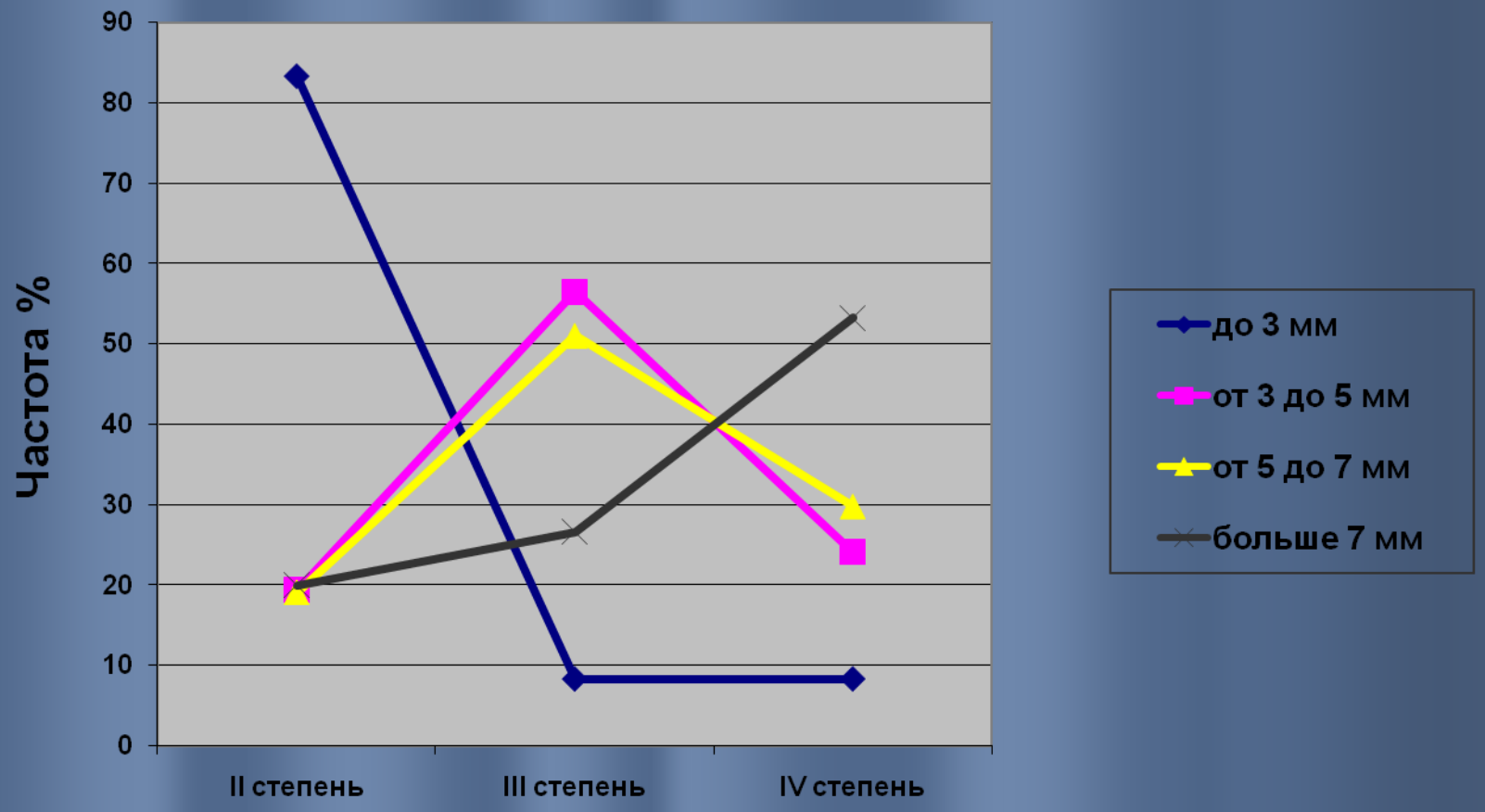
Частота обострений БПКС по временам года



Размеры грыж межпозвонковых дисков у обследованных с БПКС



Соотношение между размером грыжи диска и интенсивностью боли при БПКС



Рентгенологическая семиотика и частота встречаемости боли разной интенсивности при БПКС

Патологические признаки	Частота встречаемости боли (%)		
	II степени	III степени	IV степени
Сглаженность лордоза	28,6	52,4	19
Сколиоз	20	40	40
Грыжи Шморля	54,5	27,3	18,2
Спондилолистез	33,3	33,3	33,3
Сужение межпозвоночной щели	39,5	47,4	13,1
Остеофиты	37,1	40	22,9
Сочетание признаков	35,5	38,7	25,8

После удачного лечения БПКС методом подводного вертикального вытяжения с фармакологической поддержкой у **90 %** пациентов **не произошло** каких-либо изменений нейровизуальной картины.

При БПКС у пациентов с СД ранговые индексы боли (по опроснику боли Мак-Гилла) были выше, чем у пациентов без СД:

- в сенсорном дескрипторе (соответственно >= 26 и <= 20)
- в аффективном дескрипторе (отметили 100% пациентов СД и только 13% - без СД)
- в общем описательном оценивающем дескрипторе
- в смешанном сенсорно-аффективном дескрипторе (соответственно >= 7 и <= 9)

- При БПКС выраженность боли может быть связана с наличием депрессивных проявлений.

- По шкале Монтгомери-Асберг у пациентов с БПКС и СД суммарный балл выше 15 (что соответствует клиническим проявлениям депрессии) был зарегистрирован 92% , а у пациентов с БПКС без СД – в 26, 7%.

- Коэффициент корреляции между степенью выраженности депрессии и степени интенсивности боли оказался соответствующим прямой сильной связи, как у пациентов с БПКС и СД (+0,69), так и у пациентов без СД (+0,8).

Основные диагностические принципы

- Приоритетность клинического обследования, в частности для определения дополнительного обследования параклиническими методами
- Информативность методов и способов обследования должна быть адекватной для уточнения предполагаемой патологии
- Корректная интерпретация данных клинического и параклинического обследования
- Учет всего комплекса диагностической информации для принятия решения об установлении диагноза и/или продолжении обследования, выбора лечебной тактики

Основные направления лечебной тактики при БПКС

- Использование медико-социальных факторов (модификация образа жизни, соблюдение режима труда и отдыха, двигательного режима, избежание влияния факторов риска и пр.)
- Адекватное психотерапевтическое воздействие, избежание ятрогенных факторов
- Лечебно-оздоровительные комплексы (лечебная физкультура, санаторно-курортное лечение и пр.)
- Физиотерапия
- Фармакотерапия
- Хирургическое лечение

Дякую за увагу!