

Л.А. Бублик, д.м.н., профессор, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Болевой синдром у больных коксартрозом на фоне дегенеративно-дистрофического поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника

Проблема лечения болевого феномена у пациентов с пояснично-бедренным (hip-spine) синдромом обусловлена, с одной стороны, многообразием клинических форм и степеней выраженности дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренных суставов и пояснично-крестцового отдела позвоночника, приводящих в ряде случаев к взаимному отягощению друг друга. С другой стороны, длительные статические нарушения, возникающие из-за патологических изменений вертикальной осанки и позвоночно-тазового баланса, сопровождаются развитием миотонических, миодистрофических, нейрокомпрессионных и ангиотрофических нарушений, которые нередко прогрессируют даже после успешно выполненной операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Ведение данной категории больных требует согласованности действий между ортопедами и вертебрологами, а также дифференцированного подхода к выбору лечения.

Цель данного исследования — выявить особенности болевых феноменов и их взаимосвязь с изменениями в позвоночнике у пациентов с hip-spine синдромом, а также оценить терапевтический эффект комплексной терапии в лечении болевого синдрома после эндопротезирования.

Материалы и методы

Произведен анализ лечения 134 пациентов, находившихся в клиниках Донецкого НИИТО в период с 2012 по 2014 гг. Критерием для включения в исследование являлось наличие одно- или двустороннего коксартроза II-III стадии по Н.С. Косинской в сочетании с рентгенологически верифицированными дистрофическими изменениями в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Среди включенных в работу пациентов было 72 (53,7%) мужчин и 62 (46,3%) женщины в возрасте от 29 до 86 лет. Объективизация интенсивности боли осуществлялась при помощи визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Для диагностики патологии позвоночника у всех больных была произведена спондилография, а также в ряде случаев компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ). При помощи КТ или МРТ была верифицирована патология позвоночника, которая вызвала развитие болевого и неврологического синдрома у 27 (20,2%) пациентов. Диагностическая блокада производилась путем введения раствора анестетика в предполагаемый источник болевой импульсации с соблюдением всех мер предосторожности и только в тех случаях, когда неинвазивные методы обследования не позволяли четко установить главный источник болевого синдрома. Последовательность оперативного лечения (тазобедренный сустав или позвоночник) определялась на основании клинических данных о преобладании патологического процесса в том или ином сегменте.

На основании анализа клинко-рентгенологических данных биомеханической системы «пояснично-крестцовый отдел позвоночника — тазобедренные суставы» установлено, что доминирующий характер коксартроза выявлен у 82 (61,2%) пациентов. У 52 (38,8%) больных отмечались примерно равные клинические и рентгенологические манифестации коксартроза и патологии позвоночника (синдром взаимного отягощения).

Всем пациентам с коксартрозом было произведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Функциональные исходы лечения оценивались при помощи индекса остеоартроза WOMAC. Результаты считались удовлетворительными при значении индекса ≥ 65 баллов, неудовлетворительными — при его величине ≤ 64 балла. Оценка вертеброневрологической симптоматики проводилась по пятибалльной шкале, при помощи которой оценивалось функциональное состояние объема движений в пораженном отделе позвоночника, выраженность сколиоза, корешкового и нейродистрофического синдромов.

Выборка первичной информации проводилась в среде специализированной базы данных отделения ортопедо-травматологического профиля — E-Ortho Database, разработанной в клинике ранее. Для статистических сравнений использовался двусторонний тест Fisher. Математические расчеты выполнены

при помощи программной оболочки для статистического анализа R-2.5.1.

Результаты и обсуждение

Все пациенты испытывали боль различной интенсивности в нижней части спины. Анализ балльных оценок интенсивности боли по ВАШ выявил, что у большинства больных (74,4%) имеет место слабый и умеренный болевой синдром (его интенсивность не превышала 40 баллов). В клинических проявлениях у данных пациентов был высокий удельный вес тяжелых форм коксартроза, который сопровождался интенсивным болевым синдромом в тазобедренном суставе. Такая ситуация приводит к определенной недооценке боли в нижней части спины и может являться одной из причин их «усиления» после эндопротезирования. Сильный болевой синдром (с интенсивностью ≥ 75 баллов) определялся у 25,6% от общего числа пациентов. У этой категории больных отмечались неврологические нарушения и выраженный вертеброгенный синдром с наличием сколиотической деформации. Таким образом, тесная биомеханическая взаимосвязь системы «тазобедренные суставы — пояснично-крестцовый отдел позвоночника» обуславливает взаимное отягощение процесса дегенерации во всех ее участках.

Исследование рентгенологических проявлений дегенеративно-дистрофических изменений в позвоночнике показало, что наиболее распространенной формой оказались остеохондроз разной степени выраженности у 49 (36,6%) больных, а также деформирующий спондилоартроз — у 46 (34,3%) пациентов. Деформирующий спондилез отмечался в 31 (23,1%) случае, а деформирующий артроз крестцово-подвздошных суставов — у 8 (6%) больных.

Анализ результатов лечения показал, что среди пациентов с явным преобладанием дистрофических изменений в тазобедренном суставе хорошие и удовлетворительные исходы были зафиксированы у 87 (91,6%) больных, неудовлетворительные — только у 8 (8,4%) пациентов. В группе больных с равными проявлениями патологического процесса (синдром взаимного отягощения) хорошие и удовлетворительные результаты лечения были отмечены у 32 (82,3%), а неудовлетворительные — у 7 (17,9%) пациентов. Данное различие в частоте исходов лечения при его проверке с помощью теста Fisher оказалось статистически значимым ($p=0,04$). Таким образом, можно утверждать, что частота неудовлетворительных результатов лечения была достоверно выше в группе больных с синдромом взаимного отягощения (сопоставимой выраженностью дистрофического процесса в позвоночнике и тазобедренных суставах).

Биомеханика треугольника «пояснично-крестцовый отдел позвоночника — тазобедренные суставы» является сложной кооперацией физиологических функций большого количества анатомических структур (суставов, мышц, связок), обеспечивающих с помощью общих регуляторных механизмов статику и локомоцию человека. Это единая биомеханическая система, которая чутко реагирует на изменения в любой ее части. Поэтому мы считаем, что анталгический сколиоз, уплощение поясничного лордоза, перекос таза или порочная установка конечности

неизбежно приводят к дисбалансу нагрузок, действующих в рамках этой системы, и прогрессируют дистрофические изменения во всех ее звеньях. Данное обстоятельство обуславливает тот факт, что в ряде случаев после оперативных вмешательств на тазобедренном суставе отмечено усиление болевого синдрома в нижней части спины и появление неврологической симптоматики в послеоперационном периоде. Центральным звеном, объединяющим патологические процессы

в тазобедренном суставе и позвоночнике, является развитие миотонических, миодистрофических и нейрокомпрессионных нарушений. Кроме того, у пациентов в послеоперационном периоде относительно усиление боли в поясничной области может быть обусловлено устранением болевого очага в зоне тазобедренного сустава и изменением биомеханики ходьбы. Таким образом, сразу же после оперативного вмешательства абсолютно необходимым является продолжение консервативного лечения.

Учитывая указанные выше патогенетические механизмы развития болевого синдрома, согласно всем международным и отечественным рекомендациям показано применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Выбор лекарственного средства определяется, прежде всего, безопасностью приема препарата у каждого конкретного пациента. Если прием неселективных ингибиторов циклооксигеназы (ЦОГ) при длительном применении связан с риском ulcerогенных осложнений, то селективные ингибиторы ЦОГ 2 типа (при благоприятном профиле безопасности в отношении осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта) способны оказывать ряд сердечно-сосудистых побочных эффектов (тромботические осложнения и повышение артериального давления). С учетом этого выгодные преимущества имеет препарат лорноксикама (Ксефокам), который обладает сбалансированным ингибированием ЦОГ-1/ЦОГ-2, имеет короткий период полувыведения, а также стимулирует выделение эндогенных опиоидов, что позволяет повысить эффективность лечения и снизить частоту побочных явлений. Кроме того, лорноксикама отсутствует повреждающее действие на хрящевую ткань даже при длительном приеме.

Учитывая патогенетические механизмы развития болевого синдрома при hip-spine синдроме, а также фармакологические возможности препарата Ксефокам, целесообразным было его применение в комбинации с витаминами группы В у 37 больных после эндопротезирования тазобедренного сустава, которые после операции отмечали усиление боли в нижней части спины. Ксефокам применялся 5 дней по 8 мг 2 раза в сутки внутримышечно, затем переходили на прием таблеток по 8 мг 2 раза в день.



Л.А. Бублик

Проведена оценка интенсивности боли по шкале ВАШ и изучена динамика вертеброневрологической симптоматики по пятибалльной шкале до и после применения указанной схемы терапии.

При динамической оценке выраженности болевого синдрома отмечено ее достоверное уменьшение после терапии Ксефокамом. У пациентов, принимавших участие в исследовании, интенсивность боли снизилась с $60,4 \pm 0,2$ до $20,3 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$) по ВАШ.

Динамика основных вертеброневрологических показателей эффективности комбинации лорноксикама (Ксефокама) и витаминов группы В представлена в таблице.

Таблица. Основные вертеброневрологические показатели эффективности комбинации лорноксикама (Ксефокама) и витаминов группы В			
	Шкала выраженности показателей в баллах		
	Объем движений позвоночника	Выраженность сколиоза	Корешковый синдром
До лечения	$3,0 \pm 0,35$	$3,2 \pm 0,23$	$2,8 \pm 0,3$
После лечения	$1,2 \pm 0,3^*$	$2,3 \pm 0,15$	$1,3 \pm 0,22$

*различия достоверны ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы, выявлена положительная направленность в динамике показателей, характеризующих состояние объема движений в пораженном отделе позвоночника синдрома. Кроме того, после применения комбинации препаратов Ксефокама с витаминами группы В резко уменьшилось напряжение длинных мышц спины и локальная болезненность в паравертебральной области.

Выводы

1. При hip-spine синдроме у 74,4% больных отмечаются слабые и умеренные боли в нижней части спины (их интенсивность не превышает 40 баллов) на фоне тяжелых форм коксартроза, который сопровождается интенсивным болевым синдромом в тазобедренных суставах. Вместе с тем выявляется отчетливая тенденция усиления болей в позвоночнике после операции эндопротезирования.

2. Наиболее частой причиной боли в нижней части спины являются межпозвоночный остеохондроз и спондилоартроз позвоночника наиболее редкой локализации — крестцово-подвздошного сочленения, при этом сочетание у одного пациента нескольких источников боли достоверно увеличивает ее интенсивность.

3. Усиление боли в нижней части спины после оперативного лечения коксартроза требует проведения консервативной терапии ввиду сохраняющихся миотонических, миодистрофических, нейрокомпрессионных нарушений и наличия патологически сформированного стереотипа статико-динамических нагрузок.

4. При hip-spine синдроме сочетанное применение комбинации лорноксикама (Ксефокама) и витаминов группы В является оптимальным и влияет на патофизиологическую природу боли (ноцицептивный и нейропатический компоненты), а также позволяет усилить обезболивающий эффект Ксефокама, уменьшить сроки и повысить безопасность лечения болевого синдрома дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренных суставов и пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Список литературы находится в редакции.

XEFO-PUB-032015-55

