

liver disease: a cross-sectional study in Jahrom, Iran. Epidemiol. Infection. 2015; 143 (3): 534–539. DOI: 10.1017/S09502688140000806.

5. Новак К.Е. Клинико-морфологическая характеристика субкомпенсированного и декомпенсированного цирроза печени вирусной этиологии. Педиатр. 2011; (2): 47–52.

6. Shin S.R., Moh I.H., Jung S.W. et al. Does chronic hepatitis B infection affect the clinical course of acute

hepatitis A? J. Med. Virol. 2013; 85 (1): 43–48. DOI:10.1002/jmv.23433.

12. Соболевская О.Л., Корочкина О.В. Профилактика гепатитов А и В у больных хроническими вирусными гепатитами В, С, В + С. Эпидемiol. И вакцинопроф. 2010; (3): 44–47.

УДК 612-092
ГРНТИ 76.03.53

МРТ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИЧИН ВОЗНИКОВЕНИЯ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ В СПИНЕ И ИХ СВЯЗИ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

DOI: [10.31618/ESU.2413-9335.2019.6.68.431](https://doi.org/10.31618/ESU.2413-9335.2019.6.68.431)

Черкасов Анатолий Данилович
Канд. Biol. Наук,
старший научный сотрудник НИИ
общей патологии и патофизиологии,
г. Москва

АННОТАЦИЯ

Цель. Целью исследования являлся поиск органических изменений в тканях позвоночника, являющихся причиной болевых синдромов в спине и позвоночнике.

Метод. С помощью МРТ проводили диагностику состояния мышечного корсета позвоночника и сопоставляли найденные нарушения с локализацией болевых синдромов в спине и локализацией дистрофических проявлений в позвонках и межпозвонковых дисках.

Результаты. На 70 пациентах, прошедших МРТ обследования областей с болевыми синдромами в спине, было показано, что остеохондрозу позвоночника предшествуют спастические состояния межпозвонковых мышц, приводящие к нарушению трофики позвонков и межпозвонковых дисков, а также к развитию болевых синдромов. Локализация спастических состояний межпозвонковых мышц совпадает с областями, в которых люди испытывают боли, вызываемые по представлению большинства неврологов остеохондрозом позвоночника. Остеохондроз позвоночника как дистрофический процесс является следствием спастических состояний мышц, вызывающих нарушения трофики позвонков и межпозвонковых дисков.

Выводы: Остеохондроз позвоночника – не болезнь, а необратимый дистрофический процесс в позвонках и межпозвонковых дисках. Причины развития дистрофических процессов и болей в спине – спастические состояния в мышцах позвоночника.

ABSTRACT

Background. The aim of the study was to search for organic changes in the tissues of the spine that are the cause of pain syndromes in the back and spine.

Method. With the help of MRI, the state of the muscular corset of the spine was diagnosed and the violations found were compared with the localization of pain syndromes in the back and the localization of dystrophic manifestations in the vertebrae and intervertebral discs.

Result. In 70 patients who underwent MRI examination of areas with pain syndromes in the back, it was shown that spinal conditions of the intervertebral muscles precede spinal osteochondrosis resulting in violation of the trophism of the intervertebral muscles coincides with the areas in which people experience pain caused by osteochondrosis on the part of most neurologists. Spinal osteochondrosis as dystrophic process is a consequence of spastic muscle conditions causing disturbances in the trophism of the vertebrae and intervertebral discs.

Conclusions: Osteochondrosis of the spine is not a disease, but an irreversible degenerative process in the vertebrae and intervertebral discs. The causes of dystrophic processes and back pain are spastic conditions in the muscles of the spine.

Ключевые слова: позвоночник, боль, остеохондроз позвоночника, неврологические синдромы, мышцы, спастические состояния мышц.

Key word: spine, pain, spinal osteochondrosis, neurological syndromes, muscle spastic states.

Введение

Остеохондрозу позвоночника по теории Я.Ю. Попелянского приписывают множество неврологических синдромов в позвоночнике и во всём теле (Попелянский Я.Ю., 1989). Термин «остеохондроз позвоночника» практически стал

синонимом боли в спине. МРТ-исследования показали, что термин «остеохондроз» соответствует только дистрофическим изменениям тел позвонков и межпозвонковых дисков. В 1995 г. в Вене на съезде вертебрологов и ортопедов выступил с докладом Г. Вольф (G.D.Wolf). Он

привёл результаты обследования 50 000 пациентов с пояснично-крестцовой радикулопатией. Из них 40% больных с изменениями на рентгенограммах не имели клинических неврологических проявлений. Наоборот, 40% больных имели клиническую неврологическую симптоматику без рентгенологической. Дж. Брейсфорд (Brailsford J.F., 1955), проанализировав 10 000 рентгеновских исследований при поясничных болях, нашел остеохондроз только в 10% случаев. Диагноз, который ещё недавно не вызывал сомнения – «дискогенный радикулит», «пояснично-крестцовый радикулит» или «радикулапатия» – объявлен не соответствующим действительности (Жарков П.Л., 2003, 2005). С позиции анатомии ни остеохондроз позвоночника, ни грыжи дисков не могут вызвать болевые синдромы в спине, позвоночнике и конечностях. Однако неврологические синдромы в спине могут быть вызваны «туннельными эффектами» - компрессией спинномозговых нервов (Жулев Н.М., 1999). На конференции – школы для врачей под названием «Боли в спине – междисциплинарная проблема», проходившей в 1-ом московском медицинском университете им. И.М. Сеченова (1-го ММУ) в 2015 г. было представлено как главный вывод по итогам конференции, принятый всеми ведущими специалистами, следующее заключение. Остеохондроз позвоночника не причастен к возникновению болевых синдромов в спине. В 80% случаев причины болей в позвоночнике не известны и не связаны с остеохондрозом позвоночника. Теперь эти боли следует называть неспецифическим болевым синдромом. В 20% случаев боли в спине вызваны грыжами межпозвонковых дисков. Однако и это последнее подвергается сомнению. Грыжи межпозвонковых дисков не могут вызывать компрессию нервных корешков, так как нервные корешки находятся на расстоянии одной трети от толщины позвонка (Жарков П.Л., 2003, 2005). Эти боли следует называть специфическим болевым синдромом.

Данное исследование посвящено поиску физиологических причин возникновения болевых синдромов в спине и отделах позвоночника и остеохондроза позвоночника как дистрофического процесса.

Цель работы: Исследование состояния тканей позвоночника с помощью МРТ с целью обнаружения нарушений в структурах тканей, приводящих к возникновению болевых синдромов в позвоночнике и к развитию остеохондроза позвоночника.

Контингент обследуемых и методы исследования. Применили комплексное обследование состояния мышечного корсета позвоночника: Проведено и проанализировано 30 МРТ обследований позвоночника, 100 мануальных обследований позвоночника с пальпацией, с измерением подвижности сегментов позвоночника при функциональных пробах и с температурной диагностикой паравertebralных зон. В

обследовании состояния мышечного корсета позвоночника принимало участие 70 человек в возрасте от 6 до 80 лет, проходивших лечение или реабилитацию, и 30 пациентов, проходивших МРТ-обследования по поводу болей в спине и позвоночнике (4 были нашими пациентами). Статистические данные по исследованию закономерностей развития остеохондроза с помощью МРТ были получены по результатам обследований 600 амбулаторных больных.

Результаты

Клинико-статистический анализ дистрофических проявлений в позвоночнике

Были проанализированы 600 амбулаторных обследований, проводившихся с помощью методов магнитно-резонансной томографии у лиц, обратившихся в диагностическое отделение КБ №1 УД президента РФ по поводу болей в позвоночнике. Анализ производился на основе заключений специалистов об обнаружении и степени выраженности признаков дистрофических изменений позвоночника (ДИП). Мы анализировали распределение по отделам позвоночника и протяженность областей дистрофических изменений в межпозвонковых дисках (изменение качества, плотности и толщины дисков, грыжи дисков), телах позвонков (наличие выростов или изменение формы позвонка, грыжи Шморля, гемангиомы, компрессионные переломы). По результатам анализа строились диаграммы частот проявлений всех видов дистрофических изменений для каждого сегмента позвоночника. Эти состояния нередко интерпретировались врачами как остеохондроз позвоночника. Был проведён анализ частоты проявления ДИП по данным МРТ для трёх отделов позвоночника: поясничного (n=141), грудного (n=294) и шейного (n=165) для четырёх возрастных групп: 13 – 21 год, 22 – 35 лет, 36 – 50 лет, более 50 лет (рис. 1).

Установлены общие закономерности развития дистрофических изменений в позвоночнике. Сравнение по всем возрастным группам показало, что максимальное число обнаруженных ДИП во всех возрастных группах попадает на следующие области позвоночника: в шейном отделе на позвонки C4, C5, в грудном отделе на позвонки Th7, Th8, в поясничном отделе на позвонки L4, L5. Эти области соответствуют участкам максимальной кривизны для каждого из отделов позвоночника. Участки поражения ДИП шириной 2 – 3 сегмента соответствуют возрастным группам 18 – 35 лет. С возрастом области позвоночника, охваченные дистрофическим процессом, расширяются при сохранении положения максимумов. Более 50% обнаруженных ДИП приходится на области C3 – C6, Th5 – Th11 и L3 – L5. Области, максимально подверженные ДИП, совпадают с участками максимальной кривизны позвоночника в каждом из 3-х отделов. В этих же областях обнаружены спастические состояния в межпозвонковых мышцах.

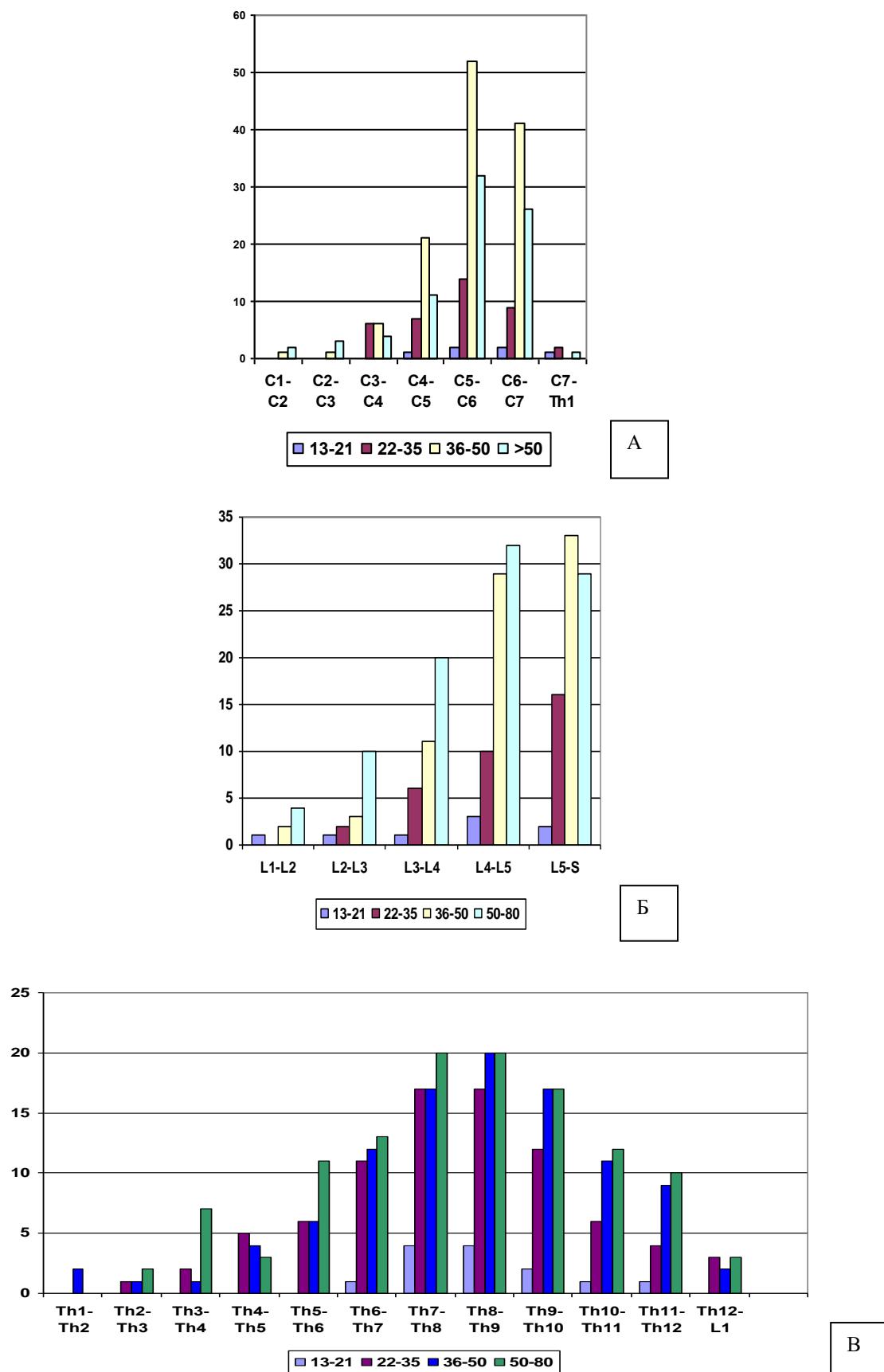


Рис. 1. Графики частоты проявления дистрофических проявлений в шейном (А), поясничном (Б) и грудном (В) отделах позвоночника для 4-х возрастных групп.

2. Исследование состояния позвоночника у пациентов с болевым синдромом в позвоночнике

При МРТ обследованиях подростков мы обнаруживаем изменения в тоне межпозвонковых мышц в области болевого синдрома, локализованного методами мануальной

диагностики. Мы приведём три типичных примера обследований позвоночника по причинам наличия болевых синдромов в спине. Сначала рассмотрим МРТ снимок нашей пациентки – девушки 17 лет, в течение трёх лет страдавшей болями в спине во всём грудном отделе (рис. 1).



Рис. 1. МРТ грудного отдела позвоночника нашей пациентки 17 лет.

В области болевого синдрома с 6 по 9 грудные позвонки мы обнаруживаем изменение тона мышц позвоночника в сторону потемнения, истончение подкожной жировой клетчатки и нормальные межпозвонковые мышцы. Остеохондроз позвоночника отсутствует. Функциональные пробы на подвижность сегментов позвоночника показывают, что грудной отдел позвоночника

заблокирован (рис. 2). Изгибы сегментов позвоночника относительно соседних сегментов менее 1 градуса, в то время как в грудопоясничном переходе имеется гиперподвижность, достигающая 12 градусов. Зона гиперподвижности захватывает зону в 4 позвоночных сегмента и компенсирует неподвижность верхнего и среднего грудных отделов.

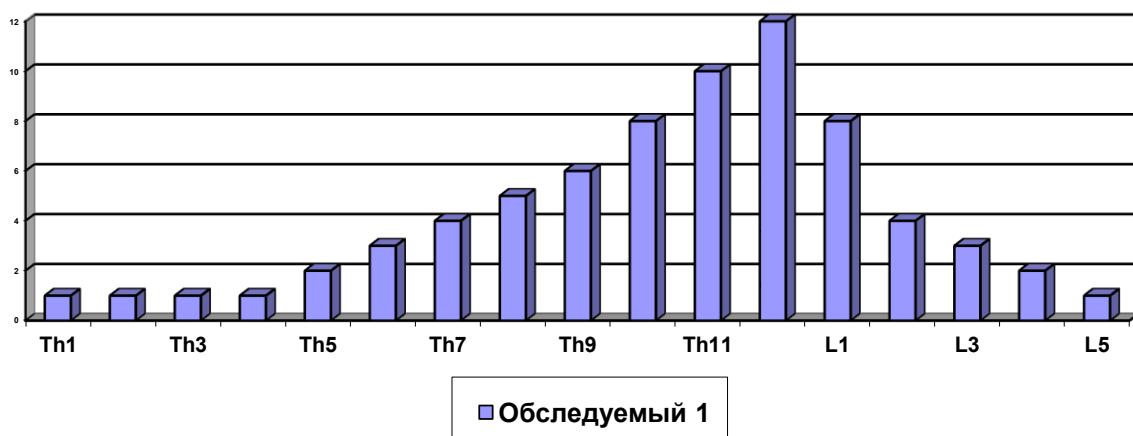


Рис. 2. диаграмма подвижности сегментов позвоночника пациентки 17 лет.

В области болевого синдрома молодого мужчины 23 лет в среднегрудном отделе позвоночника мы обнаруживаем начальную стадию остеохондроза позвоночника – три межпозвонковых диска со сниженной толщиной и утратой пульпозного ядра в области 4 - 6 и 8 – 9 грудные позвонки. В этой области имеется локальный участок со значительно более тёмным тоном мышц позвоночника.



Рис. 3. МРТ грудного отдела позвоночника мужчины 23 лет с болевым синдромом в среднегрудном отделе позвоночника.

У пациента 60 лет с болями в поясничном отделе позвоночника мы обнаруживаем множественные дистрофические изменения в позвоночнике (рис. 4). При обследовании внимание врачей привлекают 6 дисков с изменённой структурой (отсутствует светлое пульпозное ядро, вместо этого более тёмная структура) и со сниженной толщиной дисков. Это три диска между 9-м и 12-м грудными позвонками и три диска между 3-м поясничным позвонком и крестцом. Поверхности позвонков, примыкающие к дискам

(гиалиновые пластины), имеют значительные неровности, вызванные дистрофическими процессами в телях позвонков. Диски между 12-м грудным позвонком и первым поясничным, а также между первым и вторым, вторым и третьим поясничными позвонками имеют нормальную толщину и пульпозное ядро (светлое образование в середине диска). Между 11-м и 12-м грудными позвонками имеется грыжа диска – выпячивание диска в сторону спинномозгового канала, внутри которого проходит спинной мозг.



Рис. 4. МРТ поясничного отдела позвоночника пациента 60 лет.

Формулировка медицинского диагноза: остеохондроз грудного отдела позвоночника в области 9-го – 12-го грудных позвонков, протрузии дисков в областях 11 – 12 грудные позвонки и 4 – 5 поясничные позвонки, грыжа диска в области 11-го грудного позвонка, остеохондроз поясничного отдела в области третьего поясничного позвонка – крестца, листез – смещение 5-го поясничного позвонка относительно крестца.

Из внимания врачей выпадает состояние мышц позвоночника. В области 12 грудной позвонок – 4 поясничный позвонок мышцы позвоночника имеют тёмный тон без белых прослоек – резко снижена интенсивность ответа. Именно в этой области был локализован болевой синдром в пояснице. Выше и ниже этого участка находятся мышцы, исчерченные белыми полосками. Это жировые прослойки между пучками мышечных волокон. Их наличие является признаком пассивности этих мышц и потери их сократимости. В этих областях болевой синдром отсутствует.

В области позвоночника с хорошими дисками межпозвонковые мышцы жировых прослоек не имеют, а их структура имеет более тёмную текстуру, чем нормальные мышцы. Это является признаком высокой активности мышц, воспалительного процесса в мышцах или отёка. Именно в этой области пациент испытывает боль, а не там, где имеется остеохондроз или грыжа диска. Напомним, что целью МРТ обследования было обнаружение причины болей в пояснице.

Из данного обследования можно сделать два вывода:

1. Область болевого синдрома не совпадает ни с областями, подверженными остеохондрозу

позвоночника, ни с областями, где имеются грыжи диска и пролазии.

2. Локализации области болевого синдрома соответствует тёмный тон мышц позвоночника без жировых прослоек.

Обсуждение

Остеохондроз позвоночника как дистрофический процесс в позвонках и межпозвонковых дисках начинает появляться уже в подростковом возрасте и продолжает развиваться на протяжении всей жизни, захватывая всё большие участки с углублением дистрофии. Во всех возрастных группах дистрофические процессы развиваются в областях с максимальной кривизной позвоночника – лордоза и кифоза.

Сопоставление дистрофических изменений в межпозвонковых мышцах у 70 пациентов, прошедших МРТ обследования по поводу наличия болевых синдромов, четверо из которых были нашими пациентами, и возрастной анализ состояния дисков и мышц позвоночника позволяет выявить динамику развития дистрофических изменений в этих структурах. В детском и подростковом возрасте имеются болевые синдромы без проявления остеохондроза позвоночника. В молодом возрасте в области болевого синдрома обнаруживаются начальные стадии остеохондроза позвоночника. В зрелом возрасте области болевых синдромом совпадают с областями остеохондроза позвоночника. В пожилом возрасте появляются области с дистрофическими состояниями мышц, совпадающие с областями позвоночника с остеохондрозом, пролазиями и грыжами дисков, но без болевого синдрома. Выводом из этого

анализа является представление и возрастном развитии дистрофических изменений в позвоночнике. Первоначально в мышцах позвоночника возникают долговременные, в несколько лет, спастические состояния. Они вызывают болевые синдромы в спине. Спастические состояния межпозвонковых мышц делают участок позвоночника не гибким – возникает блокада группы сегментов позвоночника. В областях блокад мануальная диагностика выявляет жесткие и болезненные мышцы. Затем в заблокированном отделе позвоночника происходит нарушение кровоснабжения позвонков по причине сдавливания кровеносных сосудов при прохождении между жесткими мышцами и нарушения трофики позвонков. За несколько лет нарушения трофики приводят к развитию остеохондроза позвоночника: происходит истончение межпозвонковых дисков, разрушение пульпозных ядер, образуются грыжи Шморля. В дальнейшем именно в этих областях возникают протрузии, грыжи дисков и компрессионные переломы позвонков (сжатие тел позвонков за счёт разрушения костных балок) как результат травматических повреждений сегментов позвоночника при чрезмерных физических нагрузках в условиях уже существующих дистрофических нарушений. С возрастом многолетние спастические состояния мышц приводят к дистрофическим изменениям в структуре межпозвонковых мышц. Мышцы теряют эластичность и сократимость и начинается фиброз мышц. При этом мышцы уже не сокращаются. Функция обеспечения жесткости позвоночника выполняют фиброзные волокна – позвоночник становится не гибким и жестким. В этом состоянии мышцы уже не болят – болевые синдромы в областях с остеохондрозом и грыжами дисков исчезают.

Спастические состояния межпозвонковых мышц возникают вследствие неправильного режима физических нагрузок или стрессовых ситуаций. Физиологической причиной возникновения спастических состояний межпозвонковых мышц мы считаем нарушение метаболизма мышечных волокон, а именно: снижение активности кальциевых насосов в миоцитах. Эти состояния, возникают в мышцах колена, вызывая сильные и продолжительные боли. Это функциональные нарушения в работе мышц вызываются избыточным потреблением крахмал содержащих продуктов и сахара при недостатке витамина В1 – тиамина. Это состояние следует рассматривать как западный вариант болезни бери – бери или гиповитаминоз витамина В1. Спастические состояния мышц позвоночника могут существовать многие месяцы и годы, приводя к развитию остеохондроза как дистрофического процесса и к неврологическим синдромам в спине, пояснице и во всём теле.

Выходы:

1. Остеохондроз позвоночника – не болезнь, а необратимый дистрофический процесс в позвонках

и межпозвонковых дисках, который развивается годами и не вызывает ни болевых ощущений, ни неврологических синдромов.

2. Остеохондроз позвоночника и боли в спине имеют один и тот же источник – спастические состояния в мышцах позвоночника, являющиеся не заболеванием, а обратимыми физиологическими нарушениями.

3. Лечение остеохондроза путём применения болеутоляющих препаратов, не устраниет причины развития остеохондроза, так как не устраниет спастические состояния мышц и способствует дальнейшему развитию дистрофических процессов в позвоночнике.

4. Для устранения спастических состояний в мышцах позвоночника в суставах необходимо снизить потребления продуктов, содержащих крахмал и сахар, периодически осуществлять вибрационный массаж глубоких мышц позвоночника и растирания с вибрацией для коленных суставов.

Литература

1. Жарков П.Л. Актуальные вопросы мануальной терапии // Бюллетень №5. XIII-я конференция мануальных терапевтов. М. 2003. С. 97-98. [Zharkov P.L. Actual question manual therapeutics. Bulliten №5. XIII conference of manual therapeutics. Moscow; 2003. (In Russ.)]
2. Жарков П.Л. Актуальные вопросы мануальной терапии // Бюллетень №7. XV-я конференция мануальных терапевтов. М. 2005. С. 132-134. [Zharkov P.L. Actual question manual therapeutics. Bulliten №7. XIII conference of manual therapeutics. Moscow; 2005. (In Russ.)]
3. Жулев Н.М., Бардзгараадзе Ю.Н., Жулев С.Н. Остеохондроз позвоночника. Руководство для врачей. СПб. Изд. Лань. 1999. [Zhulev N.M., Bagdaradze Yu.N., Zhulev S.N. Osteochondrosis of the spine. Manual for doctors. Sankt-Peterburg. Lan'. 1999. (In Russ.)]
4. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. М. Медицина. 1989. [Popelyanskiy Ya.Yu. Diseases of the peripheral nervous system. Moscow. Medicine. 1989. (In Russ.)]
5. Черкасов А.Д. Анализ положения максимумов дегенеративно-дистрофических проявлений в позвоночнике // Материалы XIV Международной конференции и дискуссионного научного клуба. Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии IT+ME'2006. Украина, Крым, Ялта-Гурзуф. 31 мая – 9 июня 2006. 2006. С. 301-303. [Cherkasov A.D. Analysis of the position of the maxima of degenerative-dystrophic manifestations in the spine // Materials of the XIV International Conference and Discussion Scientific Club. New information technologies in medicine, biology, pharmacology and ecology IT + ME'2006. Ukraine, Crimea, Yalta-Gurzuf. May 31 - June 9. Ukraina, Gurzuf. 2006. (In Russ.)]

6. Braillsford J.F. Lessons of the invertebral disks. Some personal reflections. Brit. Journ. Radiol., 1995. №28. P. 415 – 431.