

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА В НИЖНЕЙ ЧАСТИ
СПИНЫ И ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ**

В.В. МАРТЫШ, А.В. БОЛДИН

*Филиал «Мединцентр» ГлавУпДК при МИД России, 4-ый Добрынинский переулок, д.4, Москва, Россия
ФГБУ НПЦ Медицинской реабилитации и курортологии МЗ РФ, Новый Арбат, 32, Москва, Россия*

Аннотация. Большое количество заболеваний, имеющих различную этиологию и патогенез, на разных этапах своего развития могут иметь схожее клиническое проявление – боль в нижней части спины и протекать под маской различных вариантов дорсопатий. Далеко не все они связаны с дегенеративно-дистрофическими процессами в позвоночно-двигательном сегменте и миофасциальными нарушениями. Целый ряд онкологических заболеваний может протекать с поражением позвоночника как первичных, так и вторичных. Что в свою очередь вызывает клиническую картину, схожую с симптомами дорсопатий, однако требующую совершенно иной лечебной тактики. Латентное течение онкологических заболеваний, отсутствие должной диспансеризации населения, недообследование, на первый взгляд «легких» пациентов может привести к серьезным диагностическим ошибкам, и как следствие, к неправильному лечению, со всеми вытекающими отсюда непоправимыми для здоровья пациента последствиями. Такие пациенты в любой момент могут оказаться на приеме у специалиста, занимающегося ведением вертеброневрологических больных (мануальные терапевты, рефлексотерапевты, остеопаты и др.). Об этом всегда нужно помнить как начинающим, так и опытным врачам. На этом и акцентируют внимание авторы данной статьи. В ней представлены особенности клинической картины и болевого синдрома наиболее часто встречающихся опухолей и отличительные признаки его при дорсопатиях. Данная информация, а также клинические случаи, рассмотренные в работе, позволят специалисту заподозрить возможную онкологическую подоплеку болевого синдрома у пациента и рекомендовав дообследование избежать серьезных врачебных ошибок.

Ключевые слова: боли в нижней части спины, миофасциальный болевой синдром, дорсопатия, рак молочной железы, рак простаты, дифференциальная диагностика онкологических заболеваний.

**DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PAIN IN THE LOWER BACK AND CANCER DISEASES
IN VERTEBRO-NEUROLOGICAL AMBULATORY PRACTICE**

V.V. MARTYSH, A.V. BOLDIN

*Branch "Medincenter" GlavUpDK at the Russian Foreign Ministry, 4th Dobryninsky lane, 4, Moscow, Russia
Medical Rehabilitation and kurortologii MoH, Novy Arbat, 32, Moscow, Russia*

Abstract. A large number of diseases with different etiology and pathogenesis, at different stages of their development, can have a similar clinical manifestation - a pain in the lower back and proceed masked, namely, in the form of different variants of dorsopathies. Not all of these diseases are associated with degenerative-dystrophic processes in the vertebral motor segment and myofascial disorders. A number of cancer diseases may occur with lesions of the spine both primary and secondary. In turn, this causes a clinical picture that is similar to the symptoms of dorsopathy, however, it requires a completely different treatment. A latent cancer course, the absence of proper medical examination of the people, incomplete examination, at first glance "easy" patients can lead to serious diagnostic errors, and as a consequence, incorrect treatment, with all the ensuing irreparable to the patient's health consequences. Such patients at any time may be on the appointments to specialist for vertebra-neurological patients (manual therapists, reflex therapists, osteopaths and others). Both beginners and experienced doctors should always remember this. The authors of this article draw attention to this. This article presents clinical picture and pain syndrome of the most common tumors and distinguishing features of it at the dorsopathies. This information, as well as clinical cases considered in this paper will allow the specialist to suspect possible oncological implications of pain in the patient and recommending further examination to avoid serious medical errors.

Key words: pain in lower back, myofascial pain syndrome, dorsopathy, breast cancer, prostate cancer, differential diagnosis of cancer diseases.

Библиографическая ссылка:

Мартыш В.В., Болдин А.В. Дифференциальная диагностика болевого синдрома в нижней части спины и онкологических заболеваний в вертеброневрологической практике на поликлиническом этапе // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №1. Публикация 6-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/5074.pdf> (дата обращения: 23.03.2015).

Аксиома – ранний диагноз опухоли позвоночника никогда не будет поставлен, если врач не думает о нём.

На современном этапе развития здравоохранения, когда роль диспансеризации населения вторична – в практике врачей, занимающихся лечением вертеброневрологически больных (мануальные терапевты, рефлексотерапевты, остеопаты) чаще стали встречаться пациенты с онкологической патологией. Более 90 заболеваний сопровождаются *болями в нижней части спины* (БНЧС) [2, 8, 11]. Анализ ряда научных работ по изучению этиопатогенеза синдрома БНЧС свидетельствует о том, что местом его формирования являются мышцы и фасции (миофасциальные болевые синдромы), сухожилия, связки, суставные капсулы, кровеносные сосуды (кроме внутрикостных).

Диагноз «Остеохондроз» и недооценка патологии внутренних органов во врачебной практике часто являются причиной диагностических ошибок или летальных исходов из-за поздней диагностики онкологических заболеваний [1, 3, 7, 14]. В данной публикации обсуждается дифференциальная диагностика синдрома БНЧС, обусловленного онкологической патологией опорно-двигательного аппарата.

Опухолевый процесс может быть первичным и вторичным (метастазирование органных и системных опухолей в позвоночник или др. кости). Среди первичных опухолей позвоночника доброкачественные встречаются чаще злокачественных более чем в 1,5 раза. Злокачественные новообразования как первичные, так и метастазы преобладают в зрелом и пожилом возрасте [2, 11, 13].

Боль в спине может быть первым симптомом любой опухоли, она не исчезает в покое и усиливается в ночное время. Часто болевой синдром характеризуется постоянством, а если он корешковый, тогда сопровождается иррадиацией в ногу или в плечо и носит стойкий характер до развития неврологической симптоматики. Двигательные нарушения и дисфункция тазовых органов могут возникать остро (это неблагоприятный прогностический признак). Патологические переломы встречаются у 9% пациентов с костными метастазами. Синдром сдавления спинного мозга при метастазировании в позвоночник в среднем отмечается через 4 года после диагностики первичного очага [4, 6, 10, 15].

В вертеброневрологической практике чаще встречаются вторичные метастатические поражения позвоночника или др. костей с первичным очагом в лёгких, головном мозге, внутренних органах, которые обнаруживаются часто случайно, на контрольных рентгенограммах таза, крупных суставов, позвоночника, флюорографии органов грудной клетки, компьютерной томографии органов брюшной полости с контрастом. Метастазирование возможно из молочных желёз, предстательной железы, лёгких, желудка, прямой кишки, матки и придатков через артериальную систему и венозные позвоночные сплетения. Самое частое онкологическое заболевание у женщин – *рак молочной железы* (РМЖ). Различают узловые и диффузные формы рака молочной железы. При визуальной диагностике и при пальпации уже можно обнаружить специфические изменения в молочных железах и направить пациентку на консультацию к специалисту. Кости – излюбленное место метастазирования рака молочной железы. По данным статистики среди онкологических пациентов – женщин с метастазами в кости у 50-70% диагностируется первичный рак молочной железы. При этом чаще поражается позвоночник, на 2-м месте кости таза, на 3-м – бедренные кости, на 4-м – кости черепа и на 5-м – верхние конечности. А в структуре поражений позвоночника метастазами преобладает грудной отдел – до 70%, люмбосакральный регион до – 20% и шейный отдел – до 10%. Однако у большинства пациентов имеются множественные очаги поражения в разных костях и органах. На ранней стадии метастазирования рентгенологические изменения в позвоночнике могут отсутствовать, т.к. для визуализации метастазов на рентгенограммах необходимо, чтобы опухоль разрушила до 40-50% костной ткани. У некоторых больных метастазирование в позвоночник бывает асимптоматичным, скрытым, метастазы выявляются лишь при контрольном сканировании (рентгено-томографии). Наиболее надёжный диагностический маркер метастазирования в кости – повышение уровня щелочной фосфатазы в сыворотке крови. При РМЖ, как осложнение, развивается гиперкальциемия вплоть до гиперкальциемического кризиса. Более точными методами диагностики метастазов являются компьютерная и магнитно-резонансная томография, радиоизотопное сканирование [4, 10, 15].

Клинический пример: За консультацией обратилась врач-рефлексотерапевт по поводу нарушений статики и динамики у пациентки П., 60 лет, направленной неврологом для проведения курса рефлексотерапии на фоне стойкого умеренного болевого синдрома в НЧС.

Незадолго до этого пациентке было проведено обследование и лечение в стационаре, был поставлен диагноз: «Левосторонняя люмбоишиалгия на фоне выраженного сколиоза, деформирующего спондилёза пояснично-крестцового отдела позвоночника. Состояние после краевого перелома головки левой бедренной кости на фоне кистозно-дистрофических изменений и признаков асептического некроза. Ожирение 3 ст., опущение внутренних органов». После проведённого комплексного лечения болевой синдром в НЧС уменьшился. В выписном эпикризе и в заключениях специалистов стационара не содержалось сведений о подозрении на онкологическое заболевание и свежий перелом головки левой бедренной кости. Поэтому после выписки травматолог рекомендовал пациентке соблюдать ортопедический режим и заниматься ЛФК. С целью определения показаний к проведению курса мануальной терапии были проведены контрольные

Библиографическая ссылка:

Мартыш В.В., Болдин А.В. Дифференциальная диагностика болевого синдрома в нижней части спины и онкологических заболеваний в вертеброневрологической практике на поликлиническом этапе // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №1. Публикация 6-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/5074.pdf> (дата обращения: 23.03.2015).

рентгенограммы таза и тазобедренных суставов, пояснично-крестцового и шейного отделов позвоночника в функциональном положении. В описании врач рентгенолог не указал на изменения со стороны вертлужных впадин и головок бедренных костей. Это и позволило провести пациентке два сеанса мануальной терапии с использованием мягкотканых техник. После первого сеанса отмечала улучшение, после второго – усиление боли в НЧС. На третий сеанс пациентка не явилась. А через полгода стало известно, что спустя месяц после повторного сеанса мануальной терапии у неё случился патологический перелом в области левого тазобедренного сустава, по поводу чего она была оперирована в ЦИТО им. Приорова. Там, при гистологическом исследовании костной ткани тазобедренного сустава был обнаружен рак (метастаз), а затем выявлена первичная опухоль молочной железы 4 ст. Пациентка предъявила иск в суд на лечебное учреждение для возмещения материального и морального ущерба.

Наиболее частым видом рака у мужчин является *рак предстательной железы* (РПЖ). В последние годы наблюдается значительный рост этого заболевания. Смертность от РПЖ занимает 5 место после смертности от рака лёгкого, желудка, ободочной и прямой кишки. На начальных стадиях РПЖ выявляется как правило случайно после трансуретральной резекции *доброкачественной гиперплазии предстательной железы* (ДГПЖ), либо после морфологического изучения материала после надлобкового удаления узлов при ДГПЖ.

В России около 70% больных РПЖ обращаются к специалисту когда заболевание находится уже в 3-4 стадии, при наличии метастазов. Именно в этот период мануальный терапевт и встречает пациентов с РПЖ, т.к. у них появляется упорный болевой синдром в нижней части спины, неврологические нарушения центрального или периферического генеза, неэффективно применение медикаментозных средств и физиолечения [3, 6, 10].

Симптомокомплекс РПЖ имеет множество различных проявлений и одно из них – боль в нижней части спины, промежности, гематурия, недержание мочи, симптомы почечной недостаточности, вовлечение прямой кишки в опухолевый процесс и др.

Диагностический поиск РПЖ включает определение уровня *простатоспецифического антигена* (ПСА) в крови, пальцевое исследование прямой кишки и крайне информативную магнитно-резонансную томографию органов малого таза (по целому ряду параметров превосходит КТ и УЗИ), биопсию предстательной железы (для верификации диагноза РПЖ) [3, 4].

Клинический пример: пациент Ш., 55 лет, обратился в феврале после предварительного обследования в медико-санитарной части (УЗИ предстательной железы, рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника, общеклинические анализы крови и мочи) с диагнозом: «Остеохондроз, спондилёз поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом». Предъявлял жалобы на неловкость и слабость в правой ноге при ходьбе, особенно по лестнице, ухудшение памяти, нарушение сна, письма, какой-то дискомфорт в голове. При визуальной и мануальной диагностике выявлялись неврологические нарушения центрального генеза (центральный парез правой ноги, расстройства высших корковых функций, статико-динамические нарушения и др.).

Диагностический поиск был начат с общего анализа крови, мочи, анализа крови на ПСА, рентгенографии грудного и шейного отделов, компьютерной томографии грудного отдела позвоночника, МРТ органов малого таза и головного мозга. В результате обследования выявились множественные метастазы в лёгких, в головном мозге и первичная опухоль в предстательной железе.

От лечения рака предстательной железы в РФ и за границей отказался, умер через два месяца.

Таким образом, на поликлиническом этапе, при выборе лечебной тактики, во избежании подобных осложнений, необходимо проводить тщательный анализ данных клинических и инструментальных методов обследования пациентов *накануне* лечения и всегда помнить об онкологической настороженности. Для этого необходимо непосредственно перед началом лечения провести рентгенологическое исследование региона, где локализуется боль.

При отсутствии клинического диагноза или наличии у врача сомнений, лучше воздержаться от проведения данному больному мануальной терапии, рефлексотерапии, физиотерапевтических процедур, а купировать болевой синдром с помощью медикаментозных средств до завершения диагностического поиска [7, 12, 13].

В плане юридической безопасности врачей мануальной медицины необходимо иметь письменное «информированное согласие» пациента на проведение курса мануальной терапии с ознакомлением его о возможных осложнениях – появлении нового заболевания, выявлении ранее нераспознанного заболевания, обострении существующего известного или неизвестного ранее заболевания [7].

Литература

1. Васильева Л.Ф., Михайлов А.М. «Мануальная диагностика и терапия дисфункции внутренних органов». Новокузнецк, 2002. 243 с.

Библиографическая ссылка:

Мартыш В.В., Болдин А.В. Дифференциальная диагностика болевого синдрома в нижней части спины и онкологических заболеваний в вертеброневрологической практике на поликлиническом этапе // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №1. Публикация 6-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/5074.pdf> (дата обращения: 23.03.2015).

2. Гэлли Р.Л., Спайт Д.У., Симон Р.Р. Неотложная ортопедия. Позвоночник: Пер. с англ. М.: Медицина, 1995. 432 с.
3. Гориловский Л.М., Толстова С.С. Рак предстательной железы – проблема гериатрии // Клиническая геронтология. 1999. №2. С. 48–61.
4. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей / Под ред. Г.А. Акимова. СПб.: Гиппократ, 1997. 608 с.
5. Жарков П.Л., Жарков А.П., Бубновский С.М. Поясничные боли. Москва, 2001. 143 с.
6. Кассирский И.А. Справочник терапевта. Москва: Медицина, 1973. 798 с.
7. Тессандье М.-Ж. Этиологическая классификация возможного нанесения вреда пациенту посредством мануального лечения позвоночника. Медико-юридические аспекты». Мануальная терапия. 2007. №2 (26). С. 20–24.
8. Попелянский Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Казань: Изд-во Казанск. Ин-та. Т.3., 1981. 368 с.:
9. Попелянский А.Я. Клиническая пропедевтика мануальной медицины. М.: Медпресс-информ, 2002. 136 с.
10. Роберт Хэгглин Дифференциальная диагностика внутренних болезней: Пер. с нем. Издат. «Инженер», 1993. 794 с.
11. Ситель А.Б. Мануальная терапия. Руководство для врачей. М.: Издатцентр, 1998. 304 с.
12. Ситель А.Б., Тетерина Е.Б. Показания и противопоказания к применению мануальной терапии // Мануальная терапия. 2002. №4. С. 6–20.
13. Ситель А.Б. «Дифференциальная диагностика при спондилогенных заболеваниях» // Мануальная терапия. 2007. №3 (27). С. 13.
14. Тревел Д., Симонс Д. «Миофасциальные боли и дисфункции: Руководство по триггерным точкам. В 2 томах»: Пер. с англ. 2-е изд., переработанное и дополненное. М.: Медицина, 2005. 1192 с.
15. Чиркин А.А. Диагностический справочник терапевта. 2 изд., стереотип. Мн.:Беларусь, 1993. 688 с.

References

1. Vasil'eva LF, Mikhaylov AM. Manual'naya diagnostika i terapiya disfunktsii vnutrennikh organov. Novokuznetsk; 2002. Russian.
2. Gelli RL, Spayt DU, Simon RR. Neotlozhnaya ortopediya. Pozvonochnik: Per. s angl. Moscow: Meditsina; 1995. Russian.
3. Gorilovskiy LM, Tolstova SS. Rak predstatel'noy zhelezy – problema geriatrii. Kliniche-skaya gerontologiya. 1999;2:48-61. Russian.
4. Differential'naya diagnostika nervnykh bolezney: Rukovodstvo dlya vrachey. Pod red. G.A. Akimova. SPb.: Gippokrat; 1997. Russian.
5. Zharkov PL, Zharkov AP, Bubnovskiy SM. Poyasnichnye boli. Moscow; 2001. Russian.
6. Kassirskiy IA. Spravochnik terapevta. Moscow: Meditsina; 1973. Russian.
7. Tessand'e M-Zh. Etiologicheskaya klassifikatsiya vozmozhnogo naneseniya vreda patsientu posredstvom manual'nogo lecheniya pozvonochnika. Mediko-yuridicheskie aspekty». Manual'naya terapiya. 2007;2(26):20-4. Russian.
8. Popelyanskiy YaYu. Vertebroгенные заболевания нервной системы. Kazan': Izd-vo Kazansk. In-ta . Т.3.; 1981. Russian.
9. Popelyanskiy AYа. Klinicheskaya propedevtika manual'noy meditsiny. Moscow: Medpress-inform; 2002. Russian.
10. Robert Khegglin Differential'naya diagnostika vnutrennikh bolezney: Per. s nem. Izdat. «Inzhener»; 1993. Russian.
11. Site'l' AB. Manual'naya terapiya. Rukovodstvo dlya vrachey. Moscow: Izdattsentr; 1998. Russian.
12. Site'l' AB, Teterina EB. Pokazaniya i protivopokazaniya k primeneniyu manual'noy terapii. Manual'naya terapiya. 2002;4:6-20. Russian.
13. Site'l' AB. Differential'naya diagnostika pri spondilogennykh zabolevaniyakh. Manual'naya terapiya. 2007;3(27):13. Russian.
14. Trevel D, Simons D. Miofatsial'nye boli i disfunktsii: Rukovodstvo po triggernym toch-kam. V 2 to-makh: Per. s angl. 2-e izd., pererabotannoe i dopolnennoe. Moscow: Meditsina; 2005. Russian.
15. Chirkin AA. Diagnosticheskiy spravochnik terapevta. 2 izd., stereotip. Mн.:Belarus'; 1993 Russian.

Библиографическая ссылка:

Мартыш В.В., Болдин А.В. Дифференциальная диагностика болевого синдрома в нижней части спины и онкологических заболеваний в вертеброневрологической практике на поликлиническом этапе // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №1. Публикация 6-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-1/5074.pdf> (дата обращения: 23.03.2015).