**Сочетание неосложнённого течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и дорсопатии (остеохондроза позвоночника)**

В.Стародубцов, врач-гастроэнтеролог

Пациенты, обращающиеся к врачу гастроэнтерологу поликлиники по поводу обострения неосложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (далее - ЯБДПК), кроме болевого синдрома и синдрома язвенной диспепсии, достаточно часто предъявляют жалобы на боли в области поясничного и грудного отделов позвоночника. Пальпаторно у них выявляются болезненные точки мышечных уплотнений паравертебрально.

Для язвенного дефекта гастродуоденальной зоны характерно появление болезненных точек около позвоночника, которые обнаруживаются при надавливании:

на остистые отростки 10-12 грудных позвонков (точки Опенховского),

в области поперечных отростков тех же позвонков (Th 10 -Th 12) - точки Боаса,

в области поперечных отростков 2-го и 3-го поясничных позвонков (L2-L3) - точки Гербста (3,с.453)

Эти точки соответствуют триггерам (болевым зонам) на fascia thoracolumbalis (2,с.121), а также акупунктурным точкам Дань-Шу (VI9), Пи-Шу (V20), Сань-Цзяо-Шу (V22), Чжи-Ши (V57), расположенным на уровне межостистых промежутков, соответственно, Th10-Th11, Th11-Th12, L1-L2, L2-L3 (7, с.21).

Воздействие на указанные биологически активные точки (БАТ) рекомендовано как при поясничном радикулите, так и при патологии желудочно-кишечного тракта. Одну из форм выявления неблагополучия во внутренних органах представляет отраженная боль, то есть боль, не совпадающая с локализацией патологического процесса. Каждый внутренний орган имеет на коже свою зону Захарьина-Геда. (4,с.70) Описанные при язвенной болезни зоны гиперестезии и болезненные точки имеют относительное диагностическое значение (П.Власов, 1969), но с успехом могут быть использованы для рефлекторной терапии (иглоукалывания, прижигания, новокаиновых и хлорэтиловых блокад).

Компрессия спинно-мозговых корешков, радикулопатии (дорсопатии - по Международной классификации болезней 10-го пересмотра,- МКБ-Х) на уровне средне- и нижне-грудного отделов позвоночника (где начинаются симпатические волокна чревных нервов), может обусловить нарушение функции органов брюшной полости.

Роль пускового механизма в дегенерации межпозвонковых дисков может играть постоянная периферическая импульсация в позвоночный двигательный сегмент (ПДС) при патологии внутренних органов, в том числе при язвенной болезни 12-перстной кишки.

Таким образом, язвенная болезнь 12-перстной кишки и дорсопатии (органические и функциональные нарушения ПДС, в том числе в рамках принятого в России общего для вертеброгенных болевых синдромов термина "остеохондроз позвоночника") часто сопутствуют друг другу и, вследствие продолжительной болевой импульсации из диагностического ориентира трансформируются в непосредственно патогенную силу, дающую, в свою очередь, начало многим вторичным синдромам, прежде всего - изменениям мышечного тонуса.

В мышцах под влиянием патологической импульсации из поражённого ПДС появляются уплотнённые тяжи, содержащие плотные узелки (Корнелиуса), локальные твёрдые гипертонусы Мюллера. Их пальпация болезненна. Такие триггерные (курковые, точнее, по типу спускового крючка) зоны представляют собой сверхчувствительную болевую область, с локализацией не только в мышечной ткани, но и в фасциях, коже, связках, надкостнице. По своим биофизическим параметрам триггерная зона является зоной акупунктуры. Она может не совпадать с классической точкой, расположенной на меридиане.

Этиотропное лечение остеохондроза пока ещё не разработано, поэтому ведущая роль отводится методам патогенетической терапии (медикаментозным и рефлекторным)

Большинство лекарственных препаратов, применяемых парентерально и внутрь для купирования вертебрального болевого синдрома (диклофенак, ортофен, вольтарен, индометацин, ибупрофен, напроксен, пироксикам, салицилаты, никотиновая кислота и др.) противопоказаны при ЯБДПК, могут спровоцировать ятрогенное обострение язвенной болезни, находившейся в стадии ремиссии. Таким образом, лечение пациентов с одновременным обострением ЯБДПК и дорсопатией (остеохондрозом) представляет значительные трудности в плане купирования вертебрального болевого синдрома. В арсенале средств рефлекторной терапии хронического вертебрального болевого синдрома имеются такие, которые не только не ухудшают состояние слизистой оболочки 12-перстной кишки, но и прерывают порочный круг патологической импульсации, усугубляющей болевой синдром. К подобным методам относятся: мануальная терапия, лечебные блокады (инъекции анестетика) по болевым точкам, акупунктура, аппаратная физиотерапия, массаж, лечебная физкультура. Классическая новокаиновая блокада - метод неспецифической патогенетической терапии заболеваний, обусловленных расстройством мышечного тонуса и нарушением проницаемости капилляров.

В классической монографии В.П.Веселовского "Практическая вертеброневрология и мануальная терапия" указано: "При ЯБДПК напрягаются длинная и многораздельная мышцы спины справа, триггерные зоны на них вызываются с уровня ПДС Th 9- Th 11. Новокаинизация триггерных точек уменьшает висцеральные и отраженные боли, пальпация внутренних органов становится менее болезненной". Практически полного обезболивания можно достичь, сочетая блокады анестетиком с артровертебральными и висцеральными техниками мануальной терапии со стойким положительным эффектом.

За 1999-2004 годы (6 лет) в гастроэнтерологический кабинет городской поликлиники №4 обратились 1307 пациентов с обострением неосложненной ЯБДПК (у всех обострение подтверждено по данным ЭГДС), среди них женщин - 771, мужчин - 536.

Среди женщин: от 19 до 40 лет - 226(29,3%),

от 41 до 59 лет - 437 (56,7%),

> 60лет - 108 (14%)

Среди мужчин от 19 до 40 лет - 191 (35,6%),

от 41 до 59 лет - 267 (49,8%),

> 60лет-78 (14,6%)

Среди всех пациентов группа крови была известна у 873 (408 женщин, 465 мужчин): среди женщин группа крови О(I) - у 164 (40,2%), среди мужчин - у 217(46,7%).

При сборе анамнеза и подробном расспросе жалобы на боли в области грудного и поясничного отделов позвоночника предъявляли: 895 пациентов (68,5%)

- 539 женщин (69,9% от всех женщин) и 356 мужчин (66,4% от всех мужчин), пальпаторно болезненные паравертебральные точки выявлены у 1045 пациентов (648 женщин и 397 мужчин).

Среди всех 1307 пациентов 983 (75,2%) отметили, и это подтвердилось записями в амбулаторных картах, что в течение последнего года хотя бы один раз получали лечение у невропатолога по поводу "остеохондроза", получали НПВС внутрь и инъекционно. Снижение высоты межпозвонковых дисков в различных отделах позвоночника, остеоспондилофиты, выявлены у 529 пациентов, которым по назначению невролога проводились рентгенологические исследования.

Все пациенты получали стандартную противоязвенную терапию (Приказ МЗ РФ № 125 от 17.04.98) - семидневные схемы комбинированной эрадикационной терапии (омепразол + метронидазол + амоксициллин или омепразол + кларитромицин + амоксициллин). На 4-6 день лечения абдоминальный болевой синдром был практически купирован у 1260 пациентов. Однако, среди больных, которые при первом обращении предъявляли жалобы на боли в позвоночнике, после стандартной противоязвенной терапии вертеброгенные жалобы остались у 134 человек (75 женщин и 59 мужчин). Боли при движениях в грудном и поясничном отделах позвоночника значительно ухудшали качество жизни этих пациентов. Среди них была отобрана группа из 70 человек (43 женщины и 27 мужчин), которым был проведен 1 сеанс артровертебральной и висцеральной мануальной терапии, при необходимости в сочетании с 1-2 паравертебральными блокадами с анестетиком по триггерным зонам. В результате у 58 пациентов вертеброгенный болевой синдром дорсалгии был купирован, у оставшихся 12 (4 мужчин и 8 женщин) наблюдался незначительный остаточный вертебральный болевой синдром. Остальные пациенты были направлены к неврологу, который назначил им нестероидные противовоспалительные препараты под прикрытием поддерживающей противоязвенной монотерапии антисекреторным препаратом, назначенным гастроэнтерологом.

**Выводы:**

1. Сочетание язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и дорсопатии (вертебрального болевого синдрома) являются частой актуальной сочетанной патологией, требующей взаимодействия гастроэнтеролога и невролога (мануального терапевта) в процессе лечения пациентов с таким сочетанием.

2.Мануальная терапия (артровертебральные и висцеральные манипуляции), а также лечебные блокады с анестетиком по триггерным зонам является эффективным средством при лечении пациентов с вертеброгенным болевым синдромом, у которых в анамнезе имеется язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, либо предрасположенность к ней (группа крови О(I), хронический гастродуоденит, эрозии пищевода, желудка и\или двенадцатиперстной кишки)

3.Невролог при лечении вертебрального болевого синдрома может направлять своих пациентов на консультацию к гастроэнтерологу и мануальному терапевту для предупреждения побочных ульцерогенных эффектов терапии нестероидными противовоспалительными препаратами.

4.В клинической практике лечащему врачу (как терапевту, так и гастроэнтерологу, неврологу) часто встречаются пациенты с сочетанием двух заболеваний (нередко обостряющихся одновременно): неосложнённого течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и дорсопатии (остеохондроза позвоночника), актуальность проблемы вызывает необходимость разработки способов комплексного улучшения качества лечения и качества жизни этих пациентов.