

Анализ корректности диагностики причин боли в области спины в неврологическом стационаре в соответствии с международной классификацией болезней

И.Г. Михайлюк

Государственное учреждение здравоохранения Ярославской области «Клиническая больница № 8», Ярославль

Контакты: Игорь Геннадьевич Михайлюк dr-mig@mail.ru

Боль в области спины имеет большую социально-экономическую значимость, так как она широко распространена и часто является причиной нетрудоспособности. Однако диагностика ее истинных причин часто вызывает трудности. Было проведено исследование, в ходе которого оценивалась корректность постановки клинического диагноза и кодирования его в соответствии с международной классификацией болезней. Выявлены необоснованно широкое использование диагноза «остеохондроз позвоночника» и гиподиагностика неспецифических и невертеброгенных болевых синдромов. Предложены пути решения данных проблем с использованием подходов к диагностике причин боли в спине в соответствии с международной практикой.

Ключевые слова: боль в спине, остеохондроз, спондилез, грыжа межпозвоночного диска, неспецифический болевой синдром, диагностика, этиология, эпидемиология, международная классификация болезней, диагноз, формулировка

Analyzing the diagnostic accuracy of the causes of spinal pain at neurology hospital in accordance with the International Classification of Diseases

I.G. Mikhailiuk

Yaroslavl Regional Clinical Hospital Eight, Yaroslavl

Spinal pain is of great socioeconomic significance as it is widely prevalent and a common cause of disability. However, the diagnosis of its true causes frequently leads to problems. A study has been conducted to evaluate the accuracy of a clinical diagnosis and its coding in conformity with the International Classification of Diseases. The diagnosis of vertebral osteochondrosis and the hypodiagnosis of nonspecific and nonvertebrogenic pain syndromes have been found to be unreasonably widely used. Ways to solve these problems have been proposed, by applying approaches to diagnosing the causes of spinal pain in accordance with international practice.

Key words: spinal pain, osteochondrosis, spondylosis, herniated disk, nonspecific pain syndrome, diagnosis, etiology, epidemiology, International Classification of Diseases, formulation

Введение

Боль в области спины настолько широко распространена, что доставляет немало неприятностей почти каждому человеку в тот или иной период его жизни. Нарушая повседневную активность человека, такая боль зачастую становится причиной нетрудоспособности, что приводит к значительным социально-экономическим последствиям [1–5].

Показано, что боль в области спины хотя бы раз в жизни испытывает 60–80 % всех людей [1, 3]. В 14 % случаев боль сохраняется более 2 нед. В России в различных социальных группах боль в спине составляет от 20 % до 80 % случаев временной нетрудоспособности. При этом 17 % страдают хронической болью, а 11 % испытывают социальную дезадаптацию [6]. Эти показатели совпадают с данными зарубежных эпидемиологических исследований. По показателю DALY (годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности) боль в спине

занимает 6-е место из 291 причины нетрудоспособности [1].

Несмотря на широкую распространенность и большую социально-экономическую значимость синдрома боли в области спины, постановка корректного диагноза часто вызывает трудности. Ситуация усугубляется тем, что в отечественной практике широко используется термин «остеохондроз позвоночника», который не имеет прямых аналогов в зарубежной литературе и, по сути, является собирательным термином, объединяющим в себе большое количество различных патологических состояний. Таким образом, из-за того, что диагноз формулируется, следуя принципам отечественной неврологической школы, попытки закодировать его согласно международной классификации болезней (МКБ) порождают множество неточностей и ошибок.

Для того чтобы оценить эту ситуацию, было проведено исследование, в ходе которого было ретроспективно оценено распределение кодов МКБ, использованных

в течение последних 2 лет в неврологическом стационаре для кодирования причин боли в области спины. Полученные данные сравнивались с результатами текущего наблюдения, в ходе которого в течение 2 мес диагноз и соответствующий ему код МКБ определялись в соответствии с современной международной практикой.

Материалы и методы

В ходе исследования был проведен анализ распределения кодов МКБ, использованных в качестве основного диагноза у лиц с синдромом боли в области спины, проходивших лечение в неврологических отделениях городской клинической больницы за последние 2 года. Для этого из базы данных стационара была сделана выборка, включавшая диапазоны кодов МКБ М40 – М79, возраст, пол пациента, тип течения и давность заболевания с группировкой по коду МКБ и подсчетом числа пациентов в каждой группе.

После этого в течение 2 мес было проведено обследование пациентов в стационаре, которое включило подробный сбор анамнеза заболевания, оценку его клинической картины, анализ результатов дополнительного обследования и установление их связи с клиническими проявлениями у данных больных. На основании совокупности полученных данных на консилиуме формулировали диагноз и кодировали его по МКБ в соответствии с современной международной практикой. Затем проводилась группировка по коду МКБ с подсчетом числа пациентов в каждой группе.

После этого сравнивали число пациентов, сгруппированных по кодам МКБ, за последние 2 года и последние 2 мес при помощи статистических методов, используя компьютер IBM IntelCore i³ и программный комплекс Statistica 10.0. Для этого рассчитывали относительную частоту использования кодов заболеваний и 95 % доверительный интервал (ДИ) для этой частоты методом Клоппера – Пирсона. Затем на основании полученных значений рассчитывали разность частот в соответствующих группах и 95 % ДИ. Статистически значимыми различия между группами принимались в том случае, если ДИ не содержал нуля [7]. При этом, если разность частот была положительной, то речь шла

о гипердиагностике, а если отрицательной – о гиподиагностике.

Результаты

После анализа основных характеристик включенных в исследование групп было установлено, что они сопоставимы по половозрастной структуре, а также по давности и характеру течения заболевания, ставшего причиной боли в спине (табл. 1).

Из таблицы видно, что среди пациентов преобладают люди старшей возрастной группы, чаще женщины, при этом в подавляющем большинстве случаев причиной госпитализации является обострение хронического заболевания. Полученные данные согласуются с существующими эпидемиологическими исследованиями [8–10].

Анализ данных групп по коду МКБ, использованного для кодирования основного заболевания, показал, что за последние 2 года было использовано 16 кодов, а за последние два месяца – 14. Всего был использован 21 код (табл. 2).

Был проведен сравнительный анализ данных групп (табл. 3).

Статистически значимые различия ($p < 0,05$) между анализируемыми группами были получены по 12 кодам из 21. С учетом полученных значений можно предположить гипердиагностику заболеваний с кодами М42.1, М50.0, М50.1 и гиподиагностику – с кодами М47.8, М50.2, М51.2, М54.2, М54.3, М54.4, М54.5, М54.6, М79.1.

При этом в группах гипердиагностики наибольшая статистически значимая разность наблюдается в группе с кодом М42.1 (69,99 %), а в группе гиподиагностики – М47.8 (16,59 %) и М54.5 (14,69 %).

Обсуждение

В настоящее время как в отечественной, так и в зарубежной литературе отсутствуют исчерпывающие данные о структуре заболеваний, являющихся причинами боли в спине, в соответствии с кодами МКБ. Проведенные исследования ограничиваются изучением эпидемиологии отдельных синдромов в структуре

Таблица 1. Структура групп исследуемых пациентов

Характеристика	Последние 2 года	Последние 2 мес
Общее число, <i>n</i>	3455	211
Мужчины, <i>n</i>	1559 (45 %)	89 (42 %)
Женщины, <i>n</i>	1896 (55 %)	122 (58 %)
Возраст, лет	53,3 ± 18,7	51,7 ± 16,2
Давность заболевания, лет	14,3 ± 5,4	12,2 ± 6,1
С хроническим заболеванием, <i>n</i>	3041 (88 %)	190 (90 %)
С острым заболеванием, <i>n</i>	414 (12 %)	21 (10 %)

Таблица 2. Используемые коды МКБ

Код МКБ	Заболевание	Частота использования		
		Последние 2 года, <i>n</i>	Последние 2 мес, <i>n</i>	Всего, <i>n</i> (%)
M42.1	Остеохондроз позвоночника у взрослых	2418	0	2418 (65,96)
M47.1	Другие спондилезы с миелопатией	2	0	2 (0,05)
M47.2	Другие спондилезы с радикулопатией	1	0	1 (0,03)
M47.8	Другие спондилезы	0	35	35 (0,95)
M50.0	Поражение межпозвонкового диска шейного отдела с миелопатией	8	0	8 (0,22)
M50.1	Поражение межпозвонкового диска шейного отдела с радикулопатией	239	3	242 (6,60)
M50.2	Смещение межпозвонкового диска шейного отдела другого типа	1	5	6 (0,16)
M51.0	Поражения межпозвонковых дисков поясничного и других отделов с миелопатией	4	0	4 (0,11)
M51.1	Поражения межпозвонковых дисков поясничного и других отделов с радикулопатией	660	34	694 (18,93)
M51.2	Другое уточненное смещение межпозвонкового диска	0	26	26 (0,71)
M51.3	Другая уточненная дегенерация межпозвонкового диска	1	2	3 (0,08)
M53.0	Шейно-черепной синдром	106	3	109 (2,97)
M53.1	Шейно-плечевой синдром	2	0	2 (0,05)
M54.1	Радикулопатия	2	0	2 (0,05)
M54.2	Цервикалгия	2	14	16 (0,44)
M54.3	Ишиас	0	5	5 (0,14)
M54.4	Люмбаго с ишиасом	2	12	14 (0,38)
M54.5	Боль в низу спины	0	31	31 (0,85)
M54.6	Боль в грудном отделе позвоночника	2	15	27 (0,74)
M54.8	Другая дорсалгия	5	1	6 (0,16)
M79.1	Миалгия	0	15	15 (0,41)

боли в спине (дискогенные, спондилогенные, неспецифические и т. д.), а также распространенности болевых синдромов в зависимости от их анатомической локализации (боль в шее, грудном отделе, пояснице и т. д.) [8–12].

Для того чтобы понять, что лежит в основе полных различий по кодам МКБ между анализируемыми группами, необходимо вначале рассмотреть принципы диагностики и особенности понимания патогенеза болевых синдромов в области спины.

Остеохондроз позвоночника. Критика диагноза

Согласно определению Я.Ю. Попелянского остеохондроз позвоночника — полифакториальное дегенеративное заболевание двигательного сегмента, поражающее первично межпозвонковый диск, а вторично — другие отделы позвоночника, опорно-двигательного аппарата и нервную систему [13].

Однако диагноз остеохондроза позвоночника, как причины болевого синдрома, вызванного ком-

плексом дегенеративно-дистрофических изменений, широко используется исключительно на территории России и стран, входивших в состав СССР, во всех других странах такой нозологической единицы нет. Термин «osteochondrosis» в зарубежной литературе обозначает группу заболеваний совершенно другого патогенеза, обозначаемых в России термином «остеохондропатия». Поэтому под широко используемым у нас кодом МКБ M42.1 скрывается совсем другой патогенетический процесс — не комплекс дегенеративно-дистрофических изменений, а последствия асептического некроза губчатой кости, вызванного нарушением микроциркуляции [14]. Но, несмотря на это несоответствие, на практике для обозначения диагноза остеохондроза позвоночника используется именно этот код.

Кроме этого, объяснение большей части болевых синдромов в области спины дегенеративно-дистрофическими изменениями может увести в сторону от по-

Таблица 3. Причины боли в области спины (в неврологическом стационаре)

Диагноз (код МКБ)	Последние 2 года (n = 3455)		Последние 2 мес (n = 211)		Разность частот, % (95 % ДИ)
	Абсолютная частота, n	Относительная частота, % (95 % ДИ)	Абсолютная частота, n	Относительная частота, % (95 % ДИ)	
M42.1*	2418	69,99 (68,46–71,51)	0	0 (0–1,73)	69,99 (68,46–71,51)
M47.1	2	0,06 (0,01–0,21)	0	0 (0–1,73)	0,06 (–0,02–0,14)
M47.2	1	0,03 (0–0,16)	0	0 (0–1,73)	0,03 (–0,03–0,09)
M47.8**	0	0 (0–0,11)	35	16,59 (11,83–22,31)	–16,59 (–21,61 – –11,57)
M50.0*	8	0,23 (0,1–0,46)	0	0 (0–1,73)	0,23 (0,07–0,39)
M50.1*	239	6,92 (6,09–7,81)	3	1,42 (0,29–4,10)	0,23 (3,69–7,3)
M50.2**	1	0,03 (0–0,16)	5	2,37 (0,77–5,44)	–2,34 (–4,39 – –0,29)
M51.0	4	0,12 (0,03–0,3)	0	0 (0–1,73)	0,12 (0–0,23)
M51.1	660	19,10 (17,8–20,45)	34	16,11 (11,42–21,78)	2,99 (–2,14–8,12)
M51.2**	0	0 (0–0,11)	26	12,32 (8,21–17,53)	–12,32 (–16,76 – –7,89)
M51.3	1	0,03 (0–0,16)	2	0,95 (0,12–3,38)	–0,92 (–2,23–0,39)
M53.0	106	3,07 (2,52–3,7)	3	1,42 (0,29–4,10)	1,65 (–0,05–3,34)
M53.1	2	0,06 (0,01–0,21)	0	0 (0–1,73)	0,06 (–0,02–0,14)
M54.1	2	0,06 (0,01–0,21)	0	0 (0–1,73)	0,06 (–0,02–0,14)
M54.2**	2	0,06 (0,01–0,21)	14	6,64 (3,67–10,88)	–6,2 (–9,61 – –2,78)
M54.3**	0	0 (0–0,11)	5	2,37 (0,77–5,44)	–2,37 (–4,42 – –0,32)
M54.4**	2	0,06 (0,01–0,21)	12	5,69 (2,97–9,72)	–5,63 (–8,76 – –2,5)
M54.5**	0	0 (0–0,11)	31	14,69 (10,21–20,20)	–14,69 (–19,47 – –9,92)
M54.6**	2	0,06 (0,01–0,21)	25	11,85 (7,82–16,99)	–11,79 (–16,15 – –7,43)
M54.8	5	0,14 (0,05–0,34)	1	0,47 (0,01–2,61)	–0,33 (–1,26–0,61)
M79.1**	0	0 (0–0,11)	15	7,11 (4,03–11,45)	–7,11 (–10,58 – –3,64)

* Случаи гипердиагностики. ** Случаи гиподиагностики.

нимания истинных причин боли и верного диагноза. Это связано с тем, что на настоящий момент проведено большое количество исследований, показавших, что выраженность подобных болевых синдромов не коррелирует со степенью дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике, а также то, что подобные изменения во многих случаях протекают асимптомно и являются лишь следствием физиологических процессов старения организма [9, 10, 15, 16].

Современный подход к диагностике болевых синдромов в области спины

Для клинициста наиболее важно разделение всех болевых синдромов на 2 группы – первичные, или неспецифические, и вторичные, или специфические. В подавляющем большинстве случаев болевой синдром в области спины носит неспецифический характер, т. е. не является следствием сопутствующей патологии и не сопровождается компрессией нервных структур. Лишь в 2 % случаев боль в области спины носит вторичный характер и является симптомом серьезного поражения в области позвоночника, которое требует специфического лечения [17].

Следовательно, на этапе диагностики важно определить характер болевого синдрома. Помочь в этом могут так называемые красные флажки – симптомы, присутствие которых позволяет заподозрить у пациента вторичный характер боли. Только в случае наличия подобных признаков у пациента ему назначают дополнительное обследование (табл. 4), визуализационные исследования не должны назначаться рутинно [18].

Также поводом для назначения дополнительного обследования служит сохранение или нарастание клинических проявлений болезни в течение месяца при наличии адекватной терапии [17–19].

В случае отсутствия «красных флажков» у пациента с болью в спине установить ее причину могут помочь особенности клинической картины, а не методы дополнительного визуализационного исследования, так как изменения, выявленные с их помощью, чаще всего носят неспецифический характер и могут быть просто случайной находкой [9, 10, 15, 16, 20].

Для дальнейшего успешного лечения любого болевого синдрома важно установление его природы –

Таблица 4. Схема назначения дополнительных методов обследования в зависимости от подозреваемой причины болевого синдрома в области спины

Возможная причина боли	Данные анамнеза или клинического обследования	Рекомендуемый клинический минимум методов обследования	
		Визуализационные	Дополнительные
Онкологическое заболевание	Онкологическое заболевание в анамнезе Необъяснимое снижение массы тела за последний месяц Возраст – 50 лет	МРТ	СОЭ
Инфекционное поражение позвоночника	Лихорадка Частые внутривенные инъекции Инфекционное заболевание в анамнезе	МРТ	СОЭ СРБ
Ревматологические заболевания	Утренняя скованность Уменьшение симптомов после двигательной активности Боль во 2-й половине ночи Молодой возраст	Рентгенография	СОЭ СРБ Антиген HLA-B27
Компрессионный перелом позвоночника	Остеопороз в анамнезе Длительный прием кортикостероидов Пожилкой возраст Возникновение боли после травмы	Рентгенография	Не требуется
Синдром конского хвоста	Тазовые нарушения Множественный моторный дефицит Седловидная анестезия	МРТ	Не требуется
Поражение нервных структур различного генеза	Выраженная или прогрессирующая моторная слабость	МРТ	ЭНМГ

Примечание. МРТ – магнитно-резонансная томография; СОЭ – скорость оседания эритроцитов; СРБ – С-реактивный белок; ЭНМГ – электронейромиография.

ноцицептивной или нейропатической. Чаще всего боль носит ноцицептивный характер, однако при хронических болевых синдромах в области спины нейропатический компонент может присутствовать в 34,0–54,7 % случаев [21, 22].

В зависимости от источника ноцицептивной импульсации болевые синдромы имеют определенные особенности клинической картины, позволяющие провести их дифференциальную диагностику.

Рассмотрим наиболее распространенные группы болевых синдромов, а также примеры кодирования диагноза в соответствии с МКБ.

Вертеброгенные синдромы

Дискогенные синдромы. В основе дискогенных болевых синдромов лежит поражение межпозвонковых дисков вследствие дегенеративно-дистрофических процессов, травмы или их сочетания.

Грыжа диска вызывает 4 основных клинических синдрома:

- 1) локальную боль;
- 2) отраженную (рефлекторную) боль;
- 3) корешковый синдром (радикулопатию);
- 4) миелопатию.

Для дискогенного синдрома характерны: чаще всего острое начало после физической нагрузки, травмы или неловкого движения, усиление боли при осевой нагрузке на позвоночник или при повышении давления в эпидуральном пространстве, вынужденная анталгическая поза, ограничение объема движения в по-

раженном сегменте позвоночника, защитное напряжение мышц, иррадиация боли в конечность (по рефлекторному или корешковому типу). В случае значительной компрессии грыжей диска невралгических структур нарушаются их функции – в зависимости от уровня поражения развиваются периферический или центральный парез иннервируемых ими мышц, расстройства чувствительности в соответствующих дерматомах, могут возникать тазовые нарушения [17, 23].

При отсутствии данных визуализационных исследований или при их несоответствии клинической картине диагноз формулируется согласно ведущему клиническому синдрому как при неуточненном характере повреждения (см. ниже) [7, 23].

В случае верификации поражения межпозвонкового диска методами визуализации, необходимо соотнести клинику с уровнем повреждения, так как изменения дисков могут иметь асимптомное течение [16]. Только в случае несомненного соответствия клинической картины изменениям, выявленным при визуализационном исследовании, следует использовать представленные кодировки: М50.0 – Грыжа межпозвонкового диска шейного отдела с миелопатией; М50.1 – Грыжа межпозвонкового диска шейного отдела с радикулопатией; М50.2 – Грыжа межпозвонкового диска шейного отдела, не проявляющаяся компрессионным синдромом; М50.3 – Другая дегенерация межпозвонкового диска шейного отдела, не проявляющаяся компрессионным синдромом; М51.0 – Грыжа межпозвонкового диска

грудного или пояснично-крестцового отдела с миелопатией; М51.1 – Грыжа межпозвонкового диска грудного или пояснично-крестцового отдела с радикулопатией; М51.2 – Грыжа межпозвонкового диска грудного или пояснично-крестцового отдела, не проявляющаяся компрессионным синдромом; М51.3 – Другая дегенерация межпозвонкового диска грудного или пояснично-крестцового отдела, не проявляющаяся компрессионным синдромом [20, 23].

Приведем примеры развернутого клинического диагноза для некоторых заболеваний из данной группы.

М50.0 – Острая дискогенная шейная миелопатия вследствие срединной грыжи диска C_V-C_{VI} с умеренным верхним вялым парапарезом и глубоким нижним спастическим парапарезом, проводниковой гипалгезией с верхней границей на уровне дерматома C_{VII} , сенситивной атаксией в нижних конечностях, цервикалгия с умеренными болевым и мышечно-тоническим синдромами.

М51.1 – Дискогенная левосторонняя радикулопатия L_5 вследствие парамедианной грыжи диска $L_{IV}-L_V$ с умеренным парезом длинной мышцы, разгибающей большой палец, и гипостезией в области дерматома L_5 на стопе, люмбоишалгия с умеренными болевым и мышечно-тоническим синдромами, хроническое ремиттирующее течение с редкими обострениями (1 раз в 2 года), фаза обострения.

М51.2 – Дискогенная правосторонняя люмбоишалгия вследствие парамедианной грыжи диска L_V-S_1 с умеренным болевым и легким мышечно-тоническим синдромами, хроническое стационарное течение.

М51.3 – Дискогенная люмбалгия вследствие циркулярной протрузии диска $L_{IV}-L_V$ с легкими болевым и мышечно-тоническим синдромами, хроническое прогрессивное течение.

Спондилогенные синдромы. Спондилез представляет собой костные разрастания (остеофиты), расположенные по краям тел позвонков. Чаще всего он не вызывает никаких клинических проявлений и обнаруживается случайно при выполнении визуализационных исследований. Исключением являются редкие случаи компрессионных синдромов, вызванных остеофитами и подтвержденные методами нейровизуализации [16].

В этом случае используются коды МКБ М47.1 для спондилогенной миелопатии и М47.2 для спондилогенной радикулопатии [23].

Однако чаще всего в случае спондилогенного характера болевого синдрома он вызван артрозом дугоотростчатых суставов [24]. Клинически заподозрить данное состояние можно в случае постепенного развития болевого синдрома, у лиц пожилого возраста. Боли обычно латерализованы, иногда наблюдается их иррадиация в бедро, в том числе ниже колена. Неврологические нарушения не выявляются. Диагностическую ценность представляет снижение боле-

вого синдрома при блокаде с анестетиком пораженного сустава [25]. Визуализационные исследования имеют малую диагностическую ценность, так как очень часто подобные изменения бывают асимптомными [20].

Для кодирования болевого синдрома, вызванного артрозом дугоотростчатых суставов следует использовать код М47.8 [23].

Формулировка диагноза при миелопатии и радикулопатии, вызванными спондилезом, аналогична таковой при дискогенных синдромах. Приведем пример развернутого клинического диагноза при болевом синдроме, вызванном артрозом дугоотростчатых суставов.

М47.8 – Спондилогенная люмбалгия вследствие поясничного спондилоартроза с умеренным болевым и легким мышечно-тоническим синдромами, хроническое стационарное течение.

Синдромы неуточненного характера. Так называемая механическая боль в области спины представляет собой мультифакториальное заболевание, в основе которого лежат дистрофические и функциональные нарушения, вызванные травмой или особенностями повседневной деятельности человека, при котором источник первичного болевого раздражения остается скрытым [23].

Подобный тип боли очень широко распространен – около 85 % людей хотя бы 1 раз в жизни испытывали подобную боль [1].

Для клинических проявлений данного синдрома характерно возникновение боли в связи с травмой или особенностями повседневной жизни – длительное сидение на работе, воздействие вибрации, перенос тяжелых предметов и т.п. [4, 26]. При этом боль имеет регионарную локализацию, отсутствует иррадиация боли, не выявляется значительная локальная болезненность, отсутствует неврологическая симптоматика, исключен вторичный характер боли [17].

В таких случаях необходимо кодировать диагноз по ведущему клиническому синдрому – локализации болевых ощущений: М54.2 – Цервикалгия, М54.5 – Люмбалгия, М54.6 – Торакалгия, М54.8 – для болевых синдромов, локализованных в других местах, например, при поражении сразу нескольких отделов [21].

В случаях, когда клинические проявления отличаются от описанных выше, но отсутствуют достоверные клинические и параклинические данные, однозначно указывающие на характер первичного поражения, могут использоваться следующие кодировки, отражающие ведущий синдром: М53.0 – Цервикокраниалгия, М53.1 – Цервикобрахиалгия, М54.3 – Ишиалгия, М54.4 – Люмбоишалгия, М53.3 – Кокцигодия, М54.1 – Радикулопатия [21].

Формулировка развернутого диагноза в этом случае не вызывает затруднений, так как описывает ис-

ключительно присутствующий у больного синдром. Рассмотрим это на примере.

M54.2 – Острая вертеброгенная цервикалгия с выраженными болевым и мышечно-тоническим синдромами.

Невертеброгенные синдромы. Помимо вертеброгенных синдромов существует большое количество синдромов, боль при которых может локализоваться в области позвоночника, но при этом она не связана с его непосредственным поражением. Наибольшее значение среди подобных невертеброгенных синдромов занимает миофасциальный болевой синдром [2].

По оценкам различных исследований распространенность миофасциального болевого синдрома в популяции составляет около 14 %. Сообщается, что именно он является причиной болевого синдрома у 21–93 % лиц, имеющих жалобы на регионарные боли. При этом 25–54 % людей имеют латентные триггерные точки [2, 27].

Несмотря на широкое распространение данного синдрома, он зачастую не диагностируется, и в качестве причины боли обозначаются асимптомные дегенеративно-дистрофические изменения, выявленные по данным визуализационных исследований [2].

Главным клиническим признаком миофасциального болевого синдрома является наличие так называемых триггерных точек – гиперраздражимых областей в уплотненном или тугом тяже скелетной мышцы, локализованных в самой мышце или ее фасции. При нажатии на эту точку возникает локальная болезненность, а также боль, отраженная в определенных участках тела. Триггерные точки активируются в мышце под воздействием травмы или особенностей повседневной активности, которые могут перегружать мышцы [2].

По мнению В.Н. Штока и О.С. Левина, для кодирования диагноза следует использовать код M62.8 – Другие уточненные поражения мышц [21]. Однако в клинической модификации МКБ-10, вступающей в силу с 1 октября 2014 г. [28], содержится пояснение, согласно которому миофасциальный болевой синдром должен кодироваться как M79.1. Формулировка развернутого клинического диагноза может быть следующей:

M79.1 – Острая левосторонняя цервикобрахиалгия вследствие миофасциального синдрома с формированием триггерных точек в надостной и поднимающей лопатку мышцах с выраженным болевым синдромом, умеренное ограничение движений в шейном отделе позвоночника.

Общие принципы формулировки клинического диагноза

Можно использовать следующий алгоритм при формулировке диагноза. Такой подход обеспечит максимальную информативность при прочтении диагноза [21]:

- Уровень локализации болевого синдрома (цервикалгия, торакалгия, люмбагия, сакралгия, кокцигодиния, цервикобрахиалгия, люмбоишалгия).
- Тип компрессионного синдрома с указанием его локализации (радикулопатия, миелопатия).

- Причина развития ведущего синдрома, если она точно определена (вследствие грыжи межпозвоночного диска с указанием уровня, спондилоартроза, миофасциального синдрома и т. д.).

- Течение заболевания (острое; подострое; хроническое: ремиттирующее, прогрессивное, стационарное, регрессирующее).

- Фаза (обострение; регресс; ремиссия: полная, частичная).

- Частота обострений в случае ремиттирующего течения (частые: 4–5 раз в год, средней частоты: 2–3 раза в год, редкие: менее 1 раза в год).

- Выраженность болевого синдрома (слабо выраженный: не мешает повседневной деятельности; умеренно выраженный: ограничивает повседневную деятельность; резко выраженный: повседневная деятельность невозможна).

- Состояние подвижности позвоночника (легкое, умеренное, резкое ограничение подвижности).

- Локализация и выраженность неврологических нарушений при их наличии.

Выводы

Таким образом, основной ошибкой является использование клинического диагноза остеохондроза позвоночника, так как по современным представлениям сами по себе подобные дегенеративно-дистрофические изменения не вызывают болевой синдром. Во всех таких случаях должен быть поставлен более точный диагноз.

Использование кода МКБ M42.1 в данном случае также не оправдано, так как патологический процесс, обозначаемый им, имеет совершенно другую природу.

Другой частой ошибкой является выделение на первый план данных визуализационных исследований, а не клинической картины, когда асимптомные находки трактуются как причина боли. Это приводит к гипердиагностике дискогенных и спондилогенных болевых синдромов, а также к гиподиагностике неспецифических и невертеброгенных болевых синдромов.

Кроме того, при подобном подходе возникает большая вероятность неблагоприятных ятрогенных последствий – пациенты могут тяжелее переживать свою болезнь, если причину болевого синдрома им объясняют необратимыми изменениями в позвоночнике, а не обратимыми функциональными нарушениями и механической перегрузкой связочно-суставного аппарата позвоночника [29].

Для того чтобы этого избежать, при диагностике на первый план должна ставиться клиническая картина, а не данные методов визуализации. При этом дополнительное обследование должно назначаться не рутинно, а строго по показаниям – при выявлении «красных флажков».

Заключение

Для выбора верной тактики лечения необходима корректная формулировка клинического диагноза, которая отражает понимание клиницистом патогенеза заболевания у конкретного пациента. Кроме того, максимально точно и полно сформулированный диаг-

ноз обеспечивает преемственность между различными специалистами, к которым обращается пациент в течение своей жизни. Отсутствие такой преемственности может снижать уровень доверия пациента к врачам, что закономерно приведет к ухудшению течения заболевания.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Hand L. Low back pain top cause of disability worldwide. Medscape web site. <http://www.medscape.com/viewarticle/822492>.
2. Simons D.G., Travell J.G., Simons L.S. Travell and Simons' Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual. Vol. 1. 2nd ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1999.
3. Frymoyer J.W., Cats-Baril W.L. An overview of the incidences and costs of low back pain. Orthop Clin North Am 1991;22(2):263–71.
4. Камчатнов П.Р., Умарова Х.Я., Казаков А.Ю. Хроническая поясничная боль: возможности предупреждения и лечения. Нервно-мышечные болезни 2013;3:16–21.
5. Камчатнов П.Р., Чугунов А.В., Трубецкая Е.А. Пациент с болью в спине: возможности терапии. Нервно-мышечные болезни 2013;2:20–6.
6. Болевые синдромы в неврологической практике. Под ред. А.М. Вейна. М: МЕД-пресс-инфо, 2001. 368 с.
7. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2002. 312 с.
8. Hills E.C. Mechanical low back pain. Medscape web site. <http://emedicine.medscape.com/article/310353-overview>.
9. Modic M.T., Ross J.S. Lumbar degenerative disk disease. Radiology 2007;245(1):43–61.
10. O'Neill T.W., McCloskey E.V., Kanis J.A. et al. The distribution, determinants, and clinical correlates of vertebral osteophytosis: a population based survey. J Rheumatol 1999;26(4): 842–8.
11. Mattila V.M., Sillanpää P., Visuri T. et al. Incidence and trends of low back pain hospitalisation during military service – An analysis of 387,070 Finnish young males. BMC MusculoskeletDisord 2009;10:10.
12. Richard A.D., Weinstein J.N. Low back pain. N Engl J Med 2001;344:363–70.
13. Попелянский Я.Ю. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Т.2: Пельвио-мембральные синдромы поясничного остеохондроза. Йошкар-Ола: Марийское кн. изд-во, 1983. 372 с.
14. Yttrup B., Carlson C.S., Ekman S. Etiology and pathogenesis of osteochondrosis. Vet Pathol 2007;44 (4):429–48.
15. Zanni G.R., Wick J.Y. Low back pain: eliminating myths and elucidating realities. J Am Pharm Assoc (2003) 2003;43(3):357–62.
16. Jensen M.C., Brant-Zawadzki M.N., Obuchowski N. et al. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. N Engl J Med 1994;14;331(2): 69–73.
17. Kuritzky L., Barnett A., Doan H. et al. The 10-minute examination for low back pain. J Musculoskelet Med 2002;19:497–505.
18. Chou R., Qaseem A., Snow V. et al. Clinical Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians; American College of Physicians; American Pain Society Low Back Pain Guidelines Panel. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med 2007;147(7):478–91. Erratum in: Ann Intern Med 2008;148(3):247–8.
19. Камчатнов П.Р., Умарова Х.Я., Чугунов А.В. и др. Ведение пациента с поясничной болью: проблемы эффективно-
- сти и безопасности. Нервно-мышечные болезни 2013;3:32–9.
20. Maus T. Imaging the back pain patient. Phys Med Rehabil Clin N Am 2010;21(4): 725–66.
21. Freynhagen R., Baron R., Gockel U. et al. PainDetect: a new screening questionnaire to detect neuropathic components in patients with back pain. Curr Med Res Opin 2006;22:1911–20.
22. Seaman D., Cleveland C. Spinal pain syndromes: nociceptive, neuropathic, and psychologic mechanisms. J Manipulative Physiol Ther 1999;22(7):458–72.
23. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы. Под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. М: Медицинское информационное агентство, 2006. 519 с.
24. Hazel J., Chiro M. Classification of low back pain. Australas Chiropr Osteopathy 2002;10(2):91–7.
25. Lynch M. C., Taylor J. F. Facet joint injection for low back pain. A clinical study. J Bone Joint Surg Br 1986;68(1):138–41.
26. Chen S.M., Liu M.F., Cook J. et al. Sedentary lifestyle as a risk factor for low back pain: a systematic review. Int Arch Occup Environ Health 2009;82(7):797–806.
27. Gerwin R.D. Classification, epidemiology, and natural history of myofascial pain syndrome. Curr Pain Headache Rep 2001;5(5):412–20.
28. Cartwright D.J. ICD-9-CM to ICD-10-CM Codes: What? Why? How? Adv Wound Care (New Rochelle) 2013;2(10):588–92.
29. Webster B.S., Bauer A.Z., Choi Y. et al. Iatrogenic consequences of early magnetic resonance imaging in acute, work-related, disabling low back pain. Spine (Phila Pa 1976). 2013;38(22):1939–46.