



ЛЕКЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ. НЕВРОЛОГИЯ

Ф.А. ХАБИРОВ, Ю.Ф. ХАБИРОВА

УДК 616.8

Казанская государственная медицинская академия
Медицинский центр «Вертеброневрология»

Боли в шее и спине (диагностика, клиника и лечение)

Хабилов Фарит Ахатович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии и мануальной терапии
420021, г. Казань, ул. Ватутина, д. 13, тел. (843) 278-97-28, e-mail: Farit Habirov @ tatar.ru

В статье рассматриваются наиболее актуальные аспекты боли в шее и спине вертеброгенного и невертеброгенного происхождения. Обсуждаются основные принципы медикаментозной и немедикаментозной терапии с учетом роли невропатического, ноцицептивного и психогенного механизмов острой и хронической боли.

Ключевые слова: шея, спина, остеохондроз, боль, медикаментозное лечение.

F.A. KHABIROV, Y.F. KHABIROVA

Kazan State Medical Academy
Medical Center «Vertebroneurology»

Pain in the neck and back pain (diagnosis, clinical features and treatment)

In article are considered the most relevant aspects of pain in his neck and back vertebral and non-veterbral origin. The fundamentals of medication and non-medication therapy with regard to the role of neuropathic, nociceptive and psychogenic mechanisms of acute and chronic pain are discussed.

Keywords: neck, back, osteochondrosis, pain, medical treatment.

Боль — неприятное, затрагивающее сферу ощущений и эмоций переживание, связанное с реальным или предполагаемым повреждением тканей, и одновременно реакция организма, мобилизующая функциональные системы для его защиты от воздействия патогенного фактора.

Боль — это не только симптом различных острых и хронических патологических процессов, но и сложный психофизиологический феномен, включающий механизмы регуляций и формирования эмоций, моторные, гуморальные и гемодинамические проявления. Нейрофизиологические механизмы боли включают в свою очередь участие периферических, сегментарных и супрасегментарных структур [2, 4, 14].

В настоящее время на основании этиопатогенеза болевые синдромы подразделяются на три основные группы: соматогенные (ноцицептивные), неврогенные (невропатические) и психогенные болевые. Болевые синдромы, возникающие

вследствие активации ноцицепторов при травме, воспалении, ишемии, повреждении тканей (кожа, кости, суставы, мышцы и т.д.), относят к ноцицептивной боли. Невропатическая боль возникает вследствие повреждения или дисфункции структур периферической и/или центральной нервной систем на различных уровнях, что поддерживается нарушениями обработки сенсорной информации в нервной системе. Особую группу составляют психогенные боли, которые могут возникать вне зависимости от соматических, висцеральных или нейрональных повреждений и в большей степени определяются психологическими и социальными факторами. Одним из механизмов формирования такого типа болей является обусловленное эмоциональными факторами рефлекторное напряжение мышц, приводящее к развитию болезненного дискомфорта [4, 8].

Боли в шее и спине могут быть острыми и хроническими. Острая боль является нормальной реакцией на повреждение



тканей и обычно проходит по мере их заживления. Хроническая боль может быть обусловлена постоянным раздражением ноцицепторов в области повреждения тканей. Она постепенно утрачивает присущую физиологической боли защитную функцию, сигнальное значение и активирующее воздействие на механизмы устранения алогического фактора. По выражению М.Л. Кукушкина [8], боль, оказывающая патогенное воздействие и вызывающая дезадаптацию, называется «патологической болью».

Боли в шее и спине относятся к наиболее важным и практически значимым проблемам современной неврологии, что определяется рядом факторов. Во-первых, эта группа заболеваний является наиболее частой неинфекционной патологией человека — по данным отечественных и зарубежных исследователей, их распространенность в общей популяции достигает 30–40%. Во-вторых, боли в шее и спине обладают выраженной склонностью к хроническому и рецидивирующему течению, часто приводя к временной и стойкой утрате трудоспособности. Эти два фактора объясняют огромные первичные и вторичные затраты, а также медико-социальную значимость проблемы, поскольку она приводит к выраженному снижению качества жизни пациентов [10, 13].

Причины болей в шее и спине весьма разнообразны и многочисленны. Как правило, их делят на две большие группы — вертеброгенного и невертеброгенного происхождения. Боли в шее и спине и клинические проявления, возникающие при дегенеративно-дистрофических изменениях позвоночника, обозначаются в отечественной литературе как вертебро-неврологические синдромы [1, 10, 13]. Зарубежными авторами подобные нарушения описываются как доброкачественные мышечно-скелетные боли в спине, дорсалгии и дорсопатии [21, 22].

Боли в шее и спине вертеброгенного характера

В подавляющем большинстве случаев боли в шее и спине этиологически связаны с дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника, к которым относят остеохондроз (протрузия или пролапс межпозвоночного диска, дистрофическое поражение межпозвоночного диска и прилежащих к нему тел позвонков), спондилоартроз (артроз дугоотростчатых суставов) и спондилез, проявляющийся костеобразованием под передней продольной связкой. Не следует забывать о более редких, но практически очень важных (в силу серьезности прогноза при отсутствии адекватного лечения) таких заболеваниях позвоночника, как инфекционные поражения (туберкулез, бруцеллез, эпидуральный абсцесс), аутоиммунная патология (анкилозирующий спондилоартрит, синдром Рейтера, ревматоидный артрит), метаболические поражения (остеопороз, остеомалация), новообразования и травмы, а также заболевания внутренних органов, сопровождающиеся отраженными болями.

С точки зрения современной патогенетической классификации боли, учитывающей ведущий механизм ее формирования, вертеброгенные болевые синдромы следует отнести к имеющим смешанный характер (по крайней мере, в большинстве случаев). Действительно, боли при вертеброгенной патологии включают как ноцицептивный (ирритация болевых рецепторов, расположенных в фиброзном кольце межпозвоночного диска, задней продольной связке, участках твердой мозговой оболочки, дугоотростчатых суставах, мышцах, фасциях и др.), так и нейропатический компонент (воздействие на корешок, спинномозговой нерв или спинальный ганглий). Кроме того, поскольку вертеброгенные боли склонны к хроническому течению, неудивительно, что на определенном этапе заболевания

присоединяется и психогенный компонент, который в дальнейшем нередко становится доминирующим.

Важно отметить, что источниками болей при вертеброгенной патологии могут быть как элементы позвоночно-двигательного сегмента, так и невральные структуры, а также экстравертебральные образования, в первую очередь мышцы; причем при поражении тех или иных структур болевой синдром будет иметь свои особенности. С этой точки зрения в структуре вертеброгенных болевых синдромов следует выделить: 1) миогенные; 2) артрогенные; 3) дискогенные; 4) спондилогенные; 5) невропатические (радикулярные) боли. Естественно, такое деление болей условно, так как у одного и того же больного они обычно сочетаются; вместе с тем выделение доминирующей формы необходимо для дифференцированного подхода к терапии [1, 13, 14].

К особенностям миогенной боли, неизменно сопровождающей мышечно-тонические и нейродистрофические синдромы остеохондроза позвоночника, следует отнести усиление боли при напряжении мышц, особенно в укороченном состоянии, при пассивном растяжении мышц, при сдавлении триггерной зоны, при длительном нахождении пораженной мышцы в укороченном состоянии. В связи с последним в клинике часто наблюдается патогномичный феномен усиления боли при первых движениях после покоя, а при продолжении двигательной активности боль значительно уменьшается или исчезает. Боль усиливается при локальном легком охлаждении, что нередко сказывается на следующий день и квалифицируется пациентом как «продуло шею, поясницу и т.д.». Миогенная боль уменьшается после кратковременного отдыха, медленного пассивного растяжения пораженной мышцы, при использовании локального тепла, после легких движений [12, 7].

Дискогенная боль также имеет свои клинические особенности. Первый характерный признак — усиление боли при движениях, уменьшение в покое. Наиболее демонстративно это прослеживается при патологии поясничных дисков. По мере продолжения ходьбы (движений) пациент отмечает прогрессивное усиление боли, локализующейся чаще по средней линии или с незначительной латерализацией, появление сколиоза (или усугубление имеющегося сколиоза). Характер боли давящий, распирающий или мозжащий. Но если при протрузии поясничных дисков горизонтальное положение является оптимальным, то пациенты с шейной дискогенной болью нередко испытывают усиление боли в положении лежа, что вынуждает их спать полусидя. Характерным признаком также может быть склеротомная иррадиация боли [10, 24, 20].

Спондилогенная боль возникает при повреждении тел позвонков и их отростков. Причиной спондилогенной боли могут быть как дистрофические изменения, приводящие к повышению внутрикостного давления и раздражению внутрикостных рецепторов, так и опухоли позвонков (первичные и метастатические), туберкулез, ангиомы, остеомиелит.

Артрогенная боль в шее и спине — следствие поражения межпозвоночных суставов. Межпозвоночные суставы не несут опорной нагрузки, они являются направляющими при движениях. При снижении высоты диска суставные поверхности межпозвоночных суставов могут начать контактировать друг с другом, следствием чего явится возникновение спондилоартроза. Альгический синдром при спондилоартрозе не имеет характерной клинической картины. Как правило, артрогенный компонент формирования болевого синдрома устанавливается на основании характерных изменений суставов, обнаруживаемых при рентгеновской компьютерной томографии (РКТ). Острая артрогенная боль может возникать при ущемлении менискоида сустава, с развитием блокирования в суставе. Разрешение суставной блокады возможно



посредством мобилизационной или манипуляционной техники [18, 16, 19, 23].

Наиболее частой причиной невропатической боли является компрессия корешка или спинномозгового нерва. Компрессия, как правило, сопровождается болью, иррадирующей по соответствующему дерматому или склеротому. Причинами компрессии чаще всего являются грыжи межпозвоночных дисков и гипертрофия желтой связки. Реже причиной радикулопатии является истинный или ложный спондилолистез. Для выявления причины пациенту обязательно следует провести магнитно-резонансную томографию (МРТ) позвоночника и спинного мозга, при необходимости — РКТ. Как правило, усиление боли отмечается при движениях и уменьшение — в покое. Нарушение чувствительности в дерматоме возникает при компрессии двух и более корешков из-за зон перекрытия, которые «маскируют» сенсорные расстройства при монорадикулопатии.

Боли в шее и спине невертеброгенного характера

В настоящее время структура болей в шее и спине невертеброгенного характера представлена следующими формами: миофасциальные болевые синдромы, фибромиалгия, психогенные боли, отраженные боли при болезнях висцеральных органов (сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой сферы), опухолях интра- и экстракраниальных, эпидуральном абсцессе, метастатических опухолях, сириномиелии, ретроперитонеальных опухолях, остеоартритах. Наиболее актуальными для общей практики врача являются следующие две первые формы невертеброгенных болей в спине как наиболее часто встречающиеся в клинической практике [5, 7, 11, 12].

Миофасциальный болевой синдром (МБС) — одна из самых частых причин хронических болей, однако его реальность (из-за отсутствия объективных признаков) по-прежнему вызывает споры. В основе МБС лежит формирование в мышцах триггерных точек (это участок локального продольного уплотнения размером от 2 до 5 мм, располагающийся по направлению мышечных волокон), раздражение которых вызывает не только локальную, но и отраженную боль (в удаленной от этой точки зоне). Триггерной точке (ТТ) соответствует зона локального мышечного уплотнения, пальпация которой не только воспроизводит боль, которую испытывает больной, но и вызывает локальное мышечное сокращение. ТТ могут быть активными и латентными. Активные точки вызывают спонтанную боль, часто в отраженной зоне, и ограничивают сократительные возможности мышцы, в которой они сформировались. Латентные точки вызывают локальное мышечное напряжение и дисфункцию мышцы, но не болевой синдром. Хотя очаговой неврологической симптоматики не выявляется, больные часто испытывают «онемение», связанное с ограничением подвижности, повышенную утомляемость, мышечное напряжение. Активные ТТ могут «метастазировать», способствуя образованию вторичных ТТ и превращению регионального болевого синдрома в более диффузный.

Причиной формирования ТТ могут быть травма, перегрузка мышц (например, при длительном пребывании в неудобной позе, при асимметрии скелета, сколиозе), метаболические расстройства, нарушение питания, ревматологические заболевания (остеоартроз, ревматоидный артрит, СКВ), неврологические заболевания (радикулопатии, туннельные невропатии, полиневропатии, плексопатии, рассеянный склероз). Важную роль играют вертеброгенные воздействия и особенно психологические факторы (эмоциональный стресс, тревога, депрессия, сознательное или неосознанное стремление получить моральную или материальную выгоду от своего заболевания).

Клинические проявления МБС зависят от локализации точки, например, головная боль может быть связана с ТТ в грудино-

ключично-сосцевидной, подзатылочной, височной, лестничных мышцах, задних мышцах шеи, а лицевая боль, имитирующая синдром височно-челюстного сустава, может быть вызвана триггерными точками в жевательных мышцах [11, 12, 14].

Проблема диагностики МБС состоит в том, что относительно большое количество мышц потенциально может принимать участие в развитии МБС, и, соответственно, врач должен владеть методикой мануального исследования различных мышц. Трудности связаны с различной конституцией пациентов, толщиной подкожной жировой клетчатки, глубиной залегания мышц, особенно труднодоступных для пальпации мышц ног и ягодичной области (глубокозалегающая грушевидная мышца).

Фибромиалгия характеризуется хроническим распространенным болевым синдромом, симметрично вовлекающим различные зоны в верхней и нижней половине тела. Боль усиливается под действием различных факторов (изменения погоды, физическая нагрузка, стресс). У женщин встречается в 10 раз чаще, чем у мужчин. Клинические критерии фибромиалгии включают: 1) наличие хронической боли в различных зонах на туловище и конечностях с обеих сторон выше и ниже пояса; 2) выявление при умеренной пальпации множественных болезненных триггерных точек не менее чем в 11 из 18 стандартных зон: затылочная область (в месте прикрепления подзатылочных мышц); шея (передние отделы промежутков между поперечными отростками (C_v-C_{vii})); трапецевидная мышца (середина верхнего края); грудино-реберное сочленение на уровне II ребра; область угла лопатки (место прикрепления надкостной мышцы); наружные надмыщелки плеча (2 см дистальнее); верхний наружный квадрант ягодицы (по переднему краю мышцы); большой вертел; внутренняя поверхность колennого сустава (медиальная жировая подушка).

В отличие от МБС при фибромиалгии стимуляция болезненных точек не вызывает локального мышечного сокращения или иррадиации болей (поэтому эти точки не являются триггерными), а сам болевой синдром является диффузным, а не фокальным. Кроме того, болевой синдром при фибромиалгии носит двусторонний, часто симметричный характер, тогда как при МБС боль нередко бывает односторонней. В то же время МБС может со временем трансформироваться в фибромиалгию, поэтому четко разделить два указанных состояния удается не всегда.

Периферическому болевому синдрому при фибромиалгии часто сопутствуют головные боли напряжения, нарушения сна, постоянная дневная усталость, эмоциональные расстройства, прежде всего депрессия, гипервентиляционный синдром, вегетативные кризы, синдром раздраженного кишечника и другие психовегетативные расстройства.

Патогенез остается неясным. В значительной части случаев можно обнаружить детренированность мышц, депрессию, нейроэндокринные изменения, а также своеобразные изменения на ЭЭГ во время сна (альфа-ритм, характерный для расслабленного бодрствования, появляется у больных данной категории в глубоком медленном сне). Все эти изменения свидетельствуют о дисфункции центральных нейромедиаторных систем.

Таким образом, фибромиалгия может быть результатом взаимодействия психологических и органических факторов. Однако отсутствие объективных клинических или лабораторных признаков, которые могли бы подтвердить диагноз, служит основанием для сомнений в реальности данного заболевания. Иногда синдром фибромиалгии возникает при ревматоидном артрите, СКВ или других заболеваниях соединительной ткани — вторичная фибромиалгия [6].

Психогенную боль (психалгию) диагностируют в отсутствие органического заболевания или в том случае, когда последнее



не может объяснить характер и выраженность болевого синдрома. Психогенная боль всегда имеет хронический характер и возникает на фоне психических расстройств: депрессии, тревоги, ипохондрии, истерии, фобии. У значительной части больных важную роль играют психосоциальные факторы (неудовлетворенность работой, стремление получить моральную или материальную выгоду). Особенно тесные связи существуют между хронической болью и депрессией. Дифференциация чисто психогенной боли от хронической ноцицептивной или невропатической боли бывает сложной, так как и при этих вариантах боли психогенные факторы играют существенную (хотя и не доминирующую) роль. В диагностике важно учитывать несоответствие жалоб больного стандартным болевым синдромам, отсутствие объективных признаков боли, ее нелокализованный характер («болит вся спина, вся нога, все тело»), постоянную миграцию боли, неэффективность или плохую переносимость лечения, наличие многочисленных «кризов», причудливость или аморфность в описании характера и локализации боли. Существенную роль в диагностике психогенной боли играет выявление других симптомов заболевания, например, демонстративных черт личности, рентных установок, функциональных неврологических нарушений — при истерии, тоске, тревоге и колебаний настроения — при депрессии. Изредка психогенная боль бывает проявлением сенестопатических расстройств при шизофрении. Некоторые случаи психогенной боли сопровождаются выраженными вегетативными нарушениями (например, вазомоторного характера) в зоне боли, что служит поводом для ошибочной диагностики рефлекторной симпатической дистрофии [3, 9, 15, 22].

Хорошая реакция на плацебо не может быть отличительным признаком психогенной боли — она наблюдается примерно у трети больных, страдающих от боли любого происхождения. Тем не менее стойкая реакция на плацебо или психотерапию является весомым аргументом в пользу психогенности боли.

Комплексный подход к лечению боли в шее и спине

Прежде чем перейти к обсуждению методов терапии болевых синдромов в шее и спине, целесообразно кратко остановиться на вопросе об оперативном лечении. По данным Я.Ю. Попелянского, лишь 0,3% больных с грыжами межпозвоночного диска нуждаются в оперативном вмешательстве. Абсолютными показаниями для оперативного лечения является острое сдавление конского хвоста и спинного мозга, проявляющееся тазовыми нарушениями, двусторонними болями и парезами. Кроме того, оперативное лечение, вероятно, оправдано при наличии крупных секвестрированных грыж межпозвоночного диска. Относительными показаниями считают выраженность и стойкость корешковых симптомов при отсутствии эффекта адекватной консервативной терапии, проводимой на протяжении более чем 3–4 мес., однако и в этом случае вопрос об оперативном вмешательстве должен решаться строго индивидуально и предпочтение следует отдавать консервативным методам лечения.

Медикаментозная терапия

В настоящее время доступно множество анальгетиков, нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и лекарственных препаратов других групп для купирования болевого синдрома, что нередко приводит к полипрагмазии со всеми вытекающими неблагоприятными последствиями. В этой связи следует еще раз подчеркнуть, что лекарственная терапия должна быть строго индивидуальной и дифференцированной. Важно учитывать выраженность, течение и основные патогенетические механизмы болевого синдрома. Как уже упоминалось, в большинстве случаев болевые синдромы

в шее и спине имеют смешанный характер, тем не менее всегда следует стараться выделить доминирующий компонент (ноцицептивный, невропатический или психогенный).

При острых, преимущественно ноцицептивных, болях препаратами выбора являются НПВС — диклофенак, кетопрофен (кеторол), декскетопрофен (дексалгин). Курс терапии не должен быть длительным, желательно ограничить его 5–7 днями. При необходимости более длительной терапии целесообразно использовать селективные ингибиторы ЦОГ-2, такие как мелоксикам (мовалис, мирлокс, артрозан), целекоксиб (целебрекс), артрозан, нимесулид (нимесил, найз). При выраженном болевом синдроме эффекта НПВС может оказаться недостаточно, в таких случаях целесообразно использовать более мощные анальгетики, из которых хорошо зарекомендовал себе комбинированный препарат парацетамола и трамадола — залдиар. Обычно достаточно короткого курса терапии залдиаром (1–3 дня) с последующим назначением НПВС. Как при острых, так и при хронических болях эффективен селективный активатор нейрональных калиевых каналов флуипиртин (катадолон), обладающий и миорелаксирующим действием; препарат применяют в виде монотерапии или в комбинации с НПВС.

При выраженных мышечно-тонических реакциях и наличии болезненных мышечных спазмов НПВС и анальгетики следует комбинировать с миорелаксантами центрального действия, такими как толперизон (мидокалм), тизанидин (сирдалуд), баклофен (баклосан).

В дополнение к системной терапии можно использовать местные средства — мази с местно-раздражающим, отвлекающим и противовоспалительным действием. Высокой эффективностью при болях в шее и спине обладает трансдермальная терапевтическая система с лидокаином — версатис, особенно целесообразно его применение в тех случаях, когда имеется невропатический компонент боли, даже при отсутствии явных признаков корешкового синдрома.

При острых болях с выраженным невропатическим компонентом (вертеброгенные радикулопатии) назначения только НПВС или анальгетиков недостаточно, необходимо использование препаратов, устраняющих центральную сенситизацию. Высокой эффективностью при корешковых болях вертеброгенной этиологии обладает ряд антиконвульсантов, таких как габапентин (нейронтин, тебантин), прегабалин (лирика), топирамат (топамакс). Для уменьшения раздражения пораженного корешка (которая помимо механического сдавления может быть обусловлена и отеком вследствие местного воспалительного процесса) можно использовать дегидратирующую терапию (петлевые или осмотические диуретики коротким курсом) или перидуральные блокады с использованием смеси растворов местного анестетика и глюкокортикоида.

Важное значение имеет терапия, направленная на восстановление функции пораженного корешка (или спинномозгового нерва). С этой целью оправдано назначение вазоактивных [эуфиллин, пентоксифиллин (трентал), винпоцетин (кавинтон)], а также метаболических [витамины группы В (мильгамма), тиоктовая кислота (тиогамма, берлитион, тиоктацид)] и нейропротективных препаратов (актовегин, церебролизин).

Общие принципы лечения хронической боли

При хронической боли любого происхождения важно воздействовать на все возможные факторы боли с помощью физических, медикаментозных, психотерапевтических средств. Например, в лечении страдающего больного, с вертеброгенной люмбоишалгией, целесообразно локальное воздействие на измененные структуры позвоночника, рефлекторный мышечно-тонический синдром, невропатическую боль, связанную со сдавлением корешка, но не менее важна попытка изменить



его двигательный стереотип и психологический настрой. Медикаментозная терапия хронических болевых синдромов помимо анальгетиков и НПВС включает ряд дополнительных средств, особенно эффективных при невропатической боли.

Антидепрессанты оказывают умеренный эффект при хронической боли любого происхождения, который не связан непосредственно с их антидепрессивным действием и проявляется при более низких дозах. Антидепрессанты более эффективны при постоянных жгучих болях, чем при пароксизмальных. Наиболее широко применяют amitriptилин (начальная доза 10 мг на ночь, затем дозу постепенно увеличивают до 50-100 мг на ночь), однако излишний седативный эффект, выраженное антихолинергическое действие, неблагоприятное влияние на сердце ограничивают применение препарата. Больные подчас лучше переносят другие трициклические или тетрациклические антидепрессанты, в частности доксепин, 25-100 мг на ночь, дезипрамин, 50-100 мг/сут, миансерин (леривон), 30-90 мг/сут. По-видимому, более эффективны антидепрессанты, блокирующие обратный захват не только серотонина, но и норадреналина. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (например, флуоксетин, 10-40 мг/сут, или сертралин, 25-100 мг/сут), хотя и вызывают меньше побочных действий, оказывают менее отчетливый и противоболевой эффект и показаны главным образом в тех случаях, когда боль связана с депрессией, а больной плохо переносит трициклические антидепрессанты. В некоторых ситуациях возможна комбинация малых доз трициклических антидепрессантов с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина, имеющими относительно короткий период полужизни (например, сертралином).

Препараты, стабилизирующие клеточные мембраны, подавляют эктопическую генерацию импульсов в поврежденных нервных волокнах и блокируют эфепическую (несинаптическую) передачу возбуждения с одного волокна на другой. Данная группа включает два класса препаратов: антиэпилептические средства и местные анестетики (антиаритмики) лидокаин и мексилетин. АЭС [карбамазепин (финлепсин), по 200-300 мг 2-3 раза в день, дифенин, 300 мг на ночь, клоназепам (антелпсин), по 0,5-1,0 мг 2-3 раза в день, вальпроевая кислота, 600-800 мг/сут, а также ламотригин (ламиктал) и прегабалин (лирика)] наиболее эффективны при пароксизмальных болях. Местные анестетики (лидокаин, 100-200 мг внутривенно капельно в 200 мл изотонического раствора натрия хлорида или пероральный аналог лидокаина мексилетин) также блокируют спонтанную активность, связанную с повреждением первичных ноцицептивных афферентов. Прием мексилетина начинают с дозы 100 мг/сут в 2 приема, затем суточную дозу повышают на 100 мг каждые 3-5 сут. до получения эффекта или появления побочного действия (раздражение ЖКТ, головокружение, тремор), максимум до 600-700 мг/сут. Препарат может усиливать нарушение ритма сердца, поэтому при кардиальной патологии его можно назначать только после консультации с кардиологом.

Антиадренергические средства и симпатические блокады применяют при симпатозависимых болях.

Другие средства. При невропатических болях в шее и спине иногда эффективен мидокалм, при диабетической полиневропатии — клофелин. Эффективность нейролептиков при болевых синдромах, по нашему мнению, во многом преувеличена, к тому же они оказывают существенное побочное действие, в том числе вызывая позднюю дискинезию. Тем не менее их иногда применяют в небольших дозах в качестве резервного средства, если перечисленные выше препараты оказались неэффективными. Чаще всего назначают левомепромазин (тизерцин), пимозид (орап), фторфеназин (модитен).

Локальное воздействие на источник боли включает: 1) блокады с местным анестетиком и дексаметазоном (предпочтительнее использовать препараты, создающие депо в месте введения, в частности суспензию дексаметазона, депо-медрол, кеналог); 2) аппликации с димексидом (димексид разводят 0,5-2%-ным новокаином в соотношении 1:1, добавляют при необходимости кортикостероидный препарат и с помощью салфетки накладывают на предварительно очищенную кожу на 20-20 мин.); 3) наружное применение препаратов стручкового перца (содержащийся в них капсаицин истощает запасы медиатора боли — субстанции Р в периферических тканях); 4) другие наружные средства (мази, содержащие НПВС, лидокаиновый крем, финалгон, никофлекс и др.); 5) тепло или холод, физиотерапевтические процедуры, включая рефлексотерапию; 6) мануальную терапию; 7) локальное введение препаратов ботулотоксина А при хронических болевых синдромах, сопровождающихся стойкими мышечными спазмами.

Немедикаментозные методы лечения

Тракционное лечение может проводиться в подострой стадии заболевания при радикулярных поражениях. Во избежание серьезных осложнений необходимо четко соблюдать противопоказания для проведения тракции (секвестрированные грыжи, нестабильность позвоночника, фиксированный гиперлордоз или грубый сколиоз, выраженные мышечно-тонические синдромы при наличии миофасциальных триггерных пунктов до устранения контрактур в соответствующих мышцах, сужение спинномозгового канала, аномалии развития позвоночника и др.). Необходимую силу и продолжительность тракции определяют в индивидуальном порядке с учетом пола, возраста и физического развития. Главным критерием в подборе силы тракции должны быть ощущения больного, состояние его комфортности.

Нейроортопедические мероприятия. Важное значение имеет соблюдение рационального двигательного режима, направленного на снижение травматизации пораженного ПДС. При этом следует подчеркнуть, что вопреки сохраняющимся стереотипам соблюдение длительного постельного (или полупостельного) режима и максимальное ограничение двигательной нагрузки не только бессмысленно, но и вредно, так как является важнейшим фактором риска хронизации болевого синдрома. В подавляющем большинстве случаев достаточно иммобилизации пораженного отдела позвоночника и избегания провоцирующих боль поз и движений. Иммобилизирующие ортезы, впрочем, не рекомендуют носить слишком долго, поскольку при их длительном использовании развивается слабость и происходит атрофия собственной паравертебральной мускулатуры. При поражении шейного отдела используют плоскую небольшую подушку; не рекомендуют длительно оставаться в позе с согнутой или разогнутой шеей. Для иммобилизации применяют либо промышленные варианты воротников-ортезов, либо мягкий ватно-марлево-картонный воротник Шанца, при этом его задняя (затылочная) часть должна быть несколько выше передней (подбородочной), что позволяет предупреждать, в первую очередь, разгибательные движения в шейном отделе. Срок постоянного ношения воротника желательно ограничить 3-4 днями.

Лечебная физкультура (ЛФК) показана в периодах неполной и полной ремиссии и направлена на укрепление мышц и формирование правильного двигательного стереотипа.

Мануальную терапию при острых болях в шее и спине следует проводить с большой осторожностью. Главная ее цель — устранение патобиомеханических и рефлекторных изменений в покровных тканях опорно-двигательного аппарата, ликвидация патологических детерминантных систем и других

нейродинамических изменений в нервной системе. Основным показанием для данного вида лечения является избыточное распространенное напряжение паравертебральных мышц при рефлекторных вертеброгенных синдромах. Противопоказаниями для мануальной терапии служат тяжелая соматическая патология, инфекционные заболевания, злокачественные новообразования любой локализации, травмы, воспалительные заболевания позвоночника, спинного мозга и его оболочек, состояние после операций на позвоночнике, остро развившиеся сосудистые корешково-спинальные синдромы, значительная нестабильность позвоночных сегментов, выраженный спондилолистез, массивные остеофиты, остеопороз. Многими авторами оспаривается целесообразность мануальной терапии при клинически актуальных грыжах межпозвоночных дисков.

Физиотерапевтические процедуры, особенно ультразвук, фонофорез, ультрафиолетовое облучение в эритемных дозах, импульсные токи (синусоидальные модулированные и диадинамические), чрескожные лазеротерапия и нейрозлектростимуляция обеспечивают умеренный лечебный эффект в остром периоде заболевания. При выраженном болевом синдроме применение этих методов лечения должно быть в щадящем режиме.

Массаж, классический и сегментарный, в острой стадии заболевания применяется в случае умеренной боли. Используют щадящие приемы легкого поглаживания и растирания, которые по мере стихания боли становятся более интенсивными. При сильной выраженности болевого синдрома предпочтение отдается точечному массажу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В.В. Диагностика и лечение острых поясничных болей // *Consilium Medicum*. — 2009. — Том 11, № 2. — С. 42-46.
2. Алексеев В.В., Баринев А.Н., Кукушкин М.Л. и др. Боль: руководство для врачей и студентов // под ред. акад. РАМН Н.Н. Яхно. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 303 с.
3. Вознесенская Т.Г., Леонова А.Р., Каверина И.В. Хронические боли в нижней части спины. Опыт применения симбалты // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2007. — Т. 107, № 7. — С. 20-24.
4. Данилов А.Б., Давыдов О.С. Нейропатическая боль. — М.: БОРГЕС, 2007. — 191 с.
5. Есин Р.Г. Миогенная боль, центральные и периферические механизмы, терапия: Казань, 2006, дис. д-ра мед. наук. — 224 с.
6. Иваничев Г.А., Старосельцева Н.Г. Фибромиалгия (генерализованная тендомиопатия) — дефект программы построения и исполнения движений // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2000. — Т. № 4. — С. 54-61.
7. Иваничев Г.А. Миофасциальная боль. — Казань, 2007. — 392 с.
8. Кукушкин М.Л. Невропатическая боль у пациентов с хроническими болями в спине // *Боль*. — 2008. — № 3. — С. 46-51.
9. Мелкумова К.А., Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Особенности когнитивных функций у пациентов с хронической болью в спине // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2009. — Т. № 11. — С. 20-24.
10. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология. — Т. 1, 2. — Казань, 1997.
11. Тревелл Д.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли: пер. с англ. — М.: Медицина, 1989. — Т. 1-2.
12. Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А. Мышечная боль. — Казань: Книжный дом, 1995. — 208 с.
13. Хабиров Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника. — Казань: Медицина, 2006. — 518 с.
14. Хабиров Ф.А. Лечебные блокады при болевых миофасциальных и туннельных синдромах. — Казань: Медицина. 2009. — 261 с.
15. Bogduk N. Management of chronic low back pain // *MJA*. — 2004. — Vol. 180. — 138.
16. Brummett C.M., Cohen S.P. Facet Joint Pain in Benzoin: Raj s Practical Management of Pain, 4 th ed. Mosby, 2008.
17. Cohen M. Quintner J The horse is dead: let myofascial pain syndrom rest in peace // *Pain Med*. — 2008. — Vol. 9 (4). — P. 464-465.
18. Cohen S. Raja S. Pathogenesis, Diagnosis and Treatment of Lumbar Zygapophysial (Facet Joint // *Pain Anesthesiology*. — 2007. — Vol. 106. — P. 591-614 (1).
19. Dreyfuss P.H. Dreyer SJ: Lumbar zygapophysial (facet) joint injections // *Spine J* 2003-Vol. 3 — P. 50S-59S.
20. Freemont A.J., Peacock T.E., Goupille P. et al. Nerve ingrowth into diseased intervertebral disc in chronic back pain // *Lancet*. — 1997. — Vol. 350. — P. 178-181.
21. Kinkade S. Evaluation and Treatment of Acute Low Back Pain // *American Family Physician*. — 2007. — Vol. 75. — N 8. — P. 1181-1188.
22. Kopeck J., Sayre E. Stressful experiences in childhood and chronic back pain in general population // *Clinical Journal of Pain*. — 2005. — Vol. 21. — P. 478-483.
23. Sowa G: Facet-mediated pain. // *Dis Mon*. — 2005. — Vol. 51. — P. 18-33.
24. Zhou Y., Abdi S. Diagnosi and minimally invasive treatment of lumbar discogenic pain-a review of the literature // *Clin J Pain*. — 2006. — Vol. 22 (5). — P. 468-481.

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ЖУРНАЛА «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

В КАТАЛОГЕ «РОСПЕЧАТЬ» 37140

В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КАТАЛОГЕ ФПС «ТАТАРСТАН ПОЧТАСЫ» 16848