

13. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины. Руководство к практическим занятиям: учеб. пособие / Под ред. В.И. Покровского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 400 с.

14. Савельева Г.М., Курцер М.А., Шалина Р.И. Роль интранатальной охраны плода в улучшении перинатальных исходов // Акуш. и гинек. – 2000. – № 5. – С. 3-8.

15. О материнской смертности в Российской Федерации в 2009 г.: методич. письмо. – М., 2011.

16. Пахомова А.В. Ан. Ж.Е. Материнская летальность после кесарева сечения // Проблемы репродукции. – 2010. – Т. 16, № 3. – С. 83-86.

17. Глушаков А.И. Методологические основы воспроизводства здорового населения на региональном уровне / Бюл. нац. НИИ общественного здоровья. – 2005. – № 3. – С. 26-30.

18. Van der Molen E.F., Verbruggen B., Novakova I. // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 2000. – Vol. 107, № 6. – P. 785-791.

19. The World Health Report. Make every mother and every child count. – Geneva: World Health Organization, 2005. – P. 62.

20. Mohamed N.A., Say L. Maternal Mortality. Review Prepared for 12th Postgraduate Course in Reproductive Medicine and Biology. – Geneva, 2003.

21. Maternal Mortality in 2005 (WHO, UNICEF and UNFPA). – Geneva: World Health Organization, 2007.

22. D'Angelo R. // Anesthesiology. – 2007. – Vol. 106, № 6. – P. 1082-1084.

23. Mhyre J.M., Riesner M.N., Polley L.S. // Anesthesiology. – 2007. – Vol. 106. – P. 1096-1104.

24. Rudra A., Mondal M., Acharya A. // J. Indian Med. Assoc. – 2006. – Vol. 104, № 6. – P. 312-316.

25. Welsch H., Krone H.A., Wisser J. // Am. J. Obstetr. Gynecol. – 2004. – Vol. 191, № 1. – P. 304-308.

26. Hogan M.C., Foreman K.J., Naghavi M. et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5 // Lancet. – 2010. – April.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИЙ

© Парахонский А.П.*

Кубанский медицинский институт, г. Краснодар

Анализируются виды дорсопатий, патогенез болевых синдромов при поражении позвоночника, клинические проявления и лечение. Доказа-

* Заведующий курсом патологической физиологии, кандидат медицинских наук, доцент.

но, что при дорсопатиях золотым стандартом противовоспалительной и анальгетической терапии являются новые эффективные нестероидные противовоспалительные препараты.

В практике терапевта больные с заболеваниями опорно-двигательного аппарата встречаются достаточно часто. Более чем 30 % случаев временной нетрудоспособности и 10 % инвалидизации больных связаны с ревматическими заболеваниями [4, 5]. Высокая инвалидизация лиц трудоспособного возраста вследствие поражений опорно-двигательного аппарата обуславливает актуальность проблемы лечения болей в спине [3]. Под термином дорсопатии в настоящее время подразумевают болевые синдромы в области туловища и конечностей не висцеральной этиологии, и связанные с дегенеративными заболеваниями позвоночника.

Дорсопатии разделяются на три основные группы: деформирующие дорсопатии, спондилопатии, дорсалгии. Из спондилопатий наиболее распространён спондилёз, в который включены артроз и дегенерация фасеточных (дугоотростчатых) суставов (спондилоартроз). Спондилоартроз – это разновидность остеоартроза с локализацией дегенеративного процесса в межпозвонковых суставах, являющихся обычными синовиальными суставами с двумя суставными поверхностями, покрытыми гиалиновым хрящом. Доказано, что процессы дегенерации хряща при остеоартрозе и спондилоартрозе развиваются по однотипному сценарию. Спондилоартроз – самая частая причина болей в пояснице у людей пожилого возраста. При артрозе фасеточных суставов боль обычно двусторонняя, локализуется паравертебрально, а не по средней линии, усиливается при длительном стоянии и разгибании, уменьшается при ходьбе и сидении. Рентгенологическими признаками спондилоартроза являются:

1. субхондральный склероз суставных поверхностей;
2. сужение суставной щели вплоть до её полного исчезновения;
3. костные разрастания в зоне суставов и деформации суставных отростков.

В соответствии с классификацией Kellgren выделяются четыре градации изменений – от 1 (отсутствие остеофитов) до 4 (большие остеофиты, склероз замыкательных пластинок, снижение высоты межпозвонкового диска вплоть до его исчезновения). Важнейшей разновидностью дорсопатий является дорсалгия, которая, по определению экспертов ВОЗ, в конце XX в. приобрела характер неинфекционной эпидемии, поскольку ею страдают в течение жизни около 80 % населения [4, 5].

Дорсалгия – болевой синдром в спине, обусловленный дистрофическими и функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата с возможным вовлечением смежных структур. Среди всех видов дорсалгий на долю люмбалгии приходится около 70 %. Известно, что основной люмбалгии чаще является спондилёз позвоночника в сочетании с

мышечно-связочными нарушениями. Клинически заболевание может протекать остро (до 3 нед) или хронически (более 12 нед в году либо до 25 эпизодов болей в спине ранее) [4]. Провоцирующими факторами острого течения люмбалгии могут быть травма, подъём непосильного груза, неподготовленные движения, длительное пребывание в нефизиологической позе, переохлаждение.

Выделяют четыре вида дорсалгий: локальные, проекционные, радикулярные (корешковые) и возникающие вследствие мышечного спазма. Чаще других встречаются сочетанные болевые синдромы, в частности люмбоишиалгия, которая имеет 3 формы: мышечно-тоническую (в виде синдромов грушевидной мышцы, икроножной и ягодичных), нейродистрофическую и нейрососудистую [1]. Локализация боли при мышечно-тонических синдромах связана с подвергающимся раздражению корешком и особенностями вторичного поражения нервных стволов по компрессионно-ишемическому типу на уровне спазмированных мышц.

Нейродистрофическая форма люмбоишиалгий формируется на базе мышечно-тонического рефлекса, когда наряду с очагами нейроостеофиброза возникает неравномерная бугристая структура, чаще в области тазобедренного или коленного сустава. Наиболее часто встречается периаартроз коленного сустава. У всех пациентов боль вначале локализуется в поясничном отделе позвоночника, затем смещается в подколенную ямку и в коленный сустав. Тазобедренный периаартроз проявляется ограничением и болезненностью движений в тазобедренном суставе. Пациенты жалуются на повышенную утомляемость в ногах, невозможность бегать, подниматься по ступенькам, разводить ноги. Резкая болезненность возникает при пальпации под паховой связкой и при поколачивании по большому вертелу бедренной кости.

Для нейродистрофического синдрома характерны начало с выраженных болей в пояснице; наличие изолированного поражения крупного сустава на одной ноге (а не множества суставов на верхних и нижних конечностях, как при ревматических заболеваниях); гомолатеральность поражения сустава на стороне люмбалгии; данный синдром трудно поддаётся фармакологическим методам лечения. Особенности течения нейродистрофической формы люмбоишиалгического синдрома можно считать возникновение боли и изменений в суставах на фоне поясничных болей или сразу после них; частые дистрофические изменения крупных суставов в следующем порядке: коленные, голеностопные, тазобедренные; имеется чёткая связь между обострением боли в суставах и в пояснице.

Нейрососудистая люмбоишиалгия подразделяется на вазоспастическую, вазодилататорную и смешанного типа. У большинства больных заболеванию предшествуют длительное переохлаждение, вынужденное положение. Больные с вазоспастической формой люмбоишиалгии жалуются

на зябкость, онемение и похолодание нижних конечностей, боли в них, ощущение тяжести. При осмотре выявляют вегетативные нарушения в виде изменения окраски кожи, ногтей или сухость кожи, гиперкератоз стоп, отёчность в области голени и голеностопного сустава. При вазодилататорном варианте больные жалуются на ощущение жара и распирания в нижних конечностях; при осмотре отмечают побледнение голени и стопы, мраморность кожи, цианоз, усиление боли при изменении положения тела. Смешанный тип характеризуется сочетанием описанных выше признаков.

Иногда диагностируется синдром псевдоэндртериита с побледнением пальцев, снижением пульсации на тыльной поверхности одной стопы на фоне длительной боли в пояснице. Дифференциально-диагностическими критериями облитерирующего эндартериита нижних конечностей являются отсутствие предшествующих болей в пояснице и достоверное снижение пульсации сосудов нижних конечностей. Главными особенностями псевдоэндртериита как спондилогенного нейро-сосудистого синдрома являются его возникновение на фоне или после боли в пояснице (обязательное сочетание их во времени), односторонность процесса и отсутствие эффекта от традиционной вазоактивной терапии.

В основе острой люмбалгии лежат: поражение позвоночника (спондилез, спондилоартроз, дисфункция мышечно-связочного аппарата спины, грыжи диска); спазм и растяжение мышц, спазм и растяжение связок. В патогенезе болевых синдромов в области позвоночника могут быть: раздражение ноцицепторов, расположенных в капсулах суставов, связок, мышцах позвоночника, в периосте позвонков, в наружной трети фиброзного кольца межпозвонкового диска; развитие неврогенного асептического воспаления. Эти механизмы определяют тактику ведения больных с дорсалгией. Лечение боли в поясничной области с позиций доказательной медицины основано на следующих правилах [2]: больному рекомендуется продолжать обычную повседневную деятельность или как можно скорее возобновить её; избегать постельного режима; при острой боли в поясничной области активные физические упражнения в первые 2 недели заболевания неэффективны; достоверных доказательств эффективности ношения поддерживающего корсета не существует; эффективность нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) при болезнях суставов доказана.

Золотым стандартом противовоспалительной и анальгетической терапии при дорсалгии являются НПВП, назначаемые с 1-го дня заболевания. Противовоспалительное их действие обусловлено ингибированием циклооксигеназы 2. Однако имеющиеся проблемы с переносимостью традиционных НПВП (диклофенак, индометацин, пироксикам) и недостаточной эффективностью хорошо переносимых, но более слабых НПВП нового поколения (целекоксиб, мелоксикам, нимесулид) заставляют искать дополнительные возможности лечебного воздействия.

Одним из новых и эффективных НПВП является ксефокам (лорноксикам). Препарат существует в виде таблетированной, а также парентеральных форм. Лечение: НПВП – для купирования острой боли ксефокам 8 мг внутримышечно или внутривенно в течение 3 дней. Далее ксефокам per os – по 16 мг 2 раза в 1-е сутки, далее – по 8 мг 2 раза в сутки (до 7-10 дней); миорелаксанты (сирдалуд 4-8 мг/сут – не более 2 нед); локальная терапия – вольтарен гель, дип рилиф гель с 1-х суток; по показаниям – блокада местными анестетиками; при наличии симптомов радикулопатии, в частности люмбаго: пентоксифиллин, витамины группы В, венотонические средства (троксевазин, детралекс, эскузан). После стихания острых – физиотерапевтическое лечение, мануальная терапия, лечебная физкультура и массаж.

Другим современным представителем НПВП является аэртал (ацеклофенак), который назначают в период обострения хронического болевого синдрома по 100 мг 2 раза в день после еды; поддерживающая доза составляет 100 мг в день. Лечение при обострении хронической дорсалгии включает: НПВП – аэртал по 100 мг 2 раза в сутки после еды на период обострения, далее – в поддерживающей дозе (100 мг 1 раз в сутки); локальная терапия: мази с НПВП, блокады; анальгетики (парацетамол); миорелаксанты (сирдалуд, мидокалм и др.); хондропротекторы (например, структум по 500 мг 2 раза в сутки – в течение 6 мес). При стихании обострения – увеличение двигательной активности; немедикаментозные методы лечения (физиотерапия): чрескожная электронейростимуляция, низкочастотная магнитотерапия и др.; коррекция психологического статуса: антидепрессанты, индивидуальная и групповая психотерапия; обучение больного, формирование двигательного стереотипа.

Мышечный спазм, возникающий как проявление дорсопатий, также относится к базовым патогенетическим механизмам болевого синдрома, вызывающим его поддержание по принципу порочного круга. С учётом важной роли мышечного спазма в клинической картине болевых синдромов весьма целесообразно в комплексную терапию дорсопатий включать миорелаксанты, в частности сирдалуд форте. Миорелаксанты снижают патологическое мышечное напряжение, уменьшают боль, улучшают двигательные функции, облегчают проведение физиотерапии и лечебной физкультуры. Лечение миорелаксантами начинают с обычной терапевтической дозы и продолжают, пока сохраняется болевой синдром. Доказано, что при дорсалгии, возникающей вследствие мышечного спазма, добавление к стандартной терапии миорелаксантов приводит к более быстрому регрессу боли, мышечного напряжения и улучшению подвижности позвоночника.

При использовании новых НПВП (типа целекоксиба) снижение их дозировок за счёт комбинированной с миорелаксантами терапии также благоприятно отражается на стоимости лечения. Тизанидин (сирдалуд) является релаксантом скелетной мускулатуры центрального действия. Стимулируя пресинаптические α -рецепторы, он подавляет высвобождение воз-

буждающих аминокислот, которые активируют рецепторы к N-метил-D-аспартату (NMDA-рецепторы). Вследствие этого на уровне промежуточных нейронов спинного мозга происходит подавление полисинаптической передачи возбуждения, при этом мышечный тонус снижается. В дополнение к миорелаксирующим свойствам тизанидин оказывает также выраженный центральный анальгезирующий эффект.

Таким образом, в настоящее время при лечении болей в спине оптимальным является использование препаратов группы НПВП (в частности, ксефокама и аэртала) в комбинации с миорелаксантами (сирдалудом), что обеспечивает отчетливо выраженную положительную динамику дорсалгии с регрессом болевых проявлений. Соответственно тому месту, которое занимает в общей клинической картине заболевания поражение позвоночника, определяется и индивидуальный для каждого пациента план медикаментозной терапии и адекватной реабилитации. При хроническом течении заболевания пациент с поражением позвоночника в различные периоды своей жизни может требовать изменения, как лекарственной терапии, так и форм физического лечения. Пациент, обращаясь за медицинской помощью, вправе ожидать от врача профессионализма, который заключается в творческом применении современных методов борьбы с болезнью.

Список литературы:

1. Болезни нервной системы: руководство для врачей. Т. 1. / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – М., 2001.
2. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. – ГЭОТАР-МЕД, 2001. – С. 606-611.
3. Borenstein D. Эпидемиология, этиология, диагностическая оценка и лечение поясничной боли // Межд. мед. журн. – 2000. – № 35. – С. 36-42.
4. Waddel G. The back pain revolution. – Churchill Livingstone, 1998.
5. WHO. Department of noncommunicable disease management. Low back pain initiative. – Geneve, 1999.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛИ

© Парахонский А.П.*

Кубанский медицинский институт, г. Краснодар

Обосновано понятие о боли, её физиологическая и патологическая роль в организме. Представлена характеристика антиноцицептивной системы, её значение. Обсуждаются патологические виды боли, их проявления, патогенез и лечение.

* Заведующий курсом патологической физиологии, кандидат медицинских наук, доцент.