

Медицинский центр
Управления делами Президента
Российской Федерации

**ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ
И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
С ДОРСАЛГИЯМИ**

(Методические рекомендации)

Москва
1999

Медицинский центр Управления делами Президента РФ

«УТВЕРЖДАЮ»
Заместитель Управляющего делами Президента РФ
Генеральный директор Медицинского центра УД

Академик С. П. Миронов

14 апреля 1999 года

**ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТОВ С ДОРСАЛГИЯМИ**

(Методические рекомендации)

Москва
1999

Программа лечения и реабилитации пациентов с дорсалгиями.

Медицинский Центр Управления делами Президента
РФ

Методические рекомендации

под редакцией профессора В.И.Шмырева

Авторы: Г.И.Резков, Л.А.Богачева, Н.В.Бабенков,
Т.С.Ионова, Е.М.Бирюля

Дорсалгия - болевой синдром в спине (с возможной иррадиацией в конечности), обусловленный неспецифическими изменениями (функциональными, деструктивными, дистрофическими) в тканях опорно-двигательного аппарата (мышцы, фасции, сухожилия, связки, суставы, диск) с возможным вовлечением смежных структур периферической нервной системы (корешок, нерв). В это понятие не входят болевые синдромы, связанные с заболеваниями внутренних органов, онкологическими и воспалительными мышечно-скелетными поражениями. Классификация дорсалгий соответствует Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (см табл. 1).

Таблица 1

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
(XIII класс, разряд «Дорсалгии»)

Клинический синдром	Шифр МКБ 10 пересмотра
Цервикалгия	М 54.2
Цервикокраниалгия	М 53.0
Цервикобрахиалгия	М 53.1
Торакалгия	М 54.6
Люмбалгия	М 54.5
Люмбоциалгия	М 54.4
Радикулопатия шейная Или поясничная в связи с поражением межпозвоночного диска	М 50.1 М 51.1

Дорсалгии имеют очень широкую распространенность. По данным различных авторов в течение жизни такую боль в спине и конечностях различной интенсивности и локализации испытывают от 48 до 100% людей (Я.Ю.Попелянский, 1989; В.П.Веселовский, 1991; Н.В.Торопцева, 1994; А.М.Вейн с соавт., 1997; S.Boden et al., 1990; W.E.Fordyce, 1991). Острые боли в спине являются одной из наиболее частых причин временной нетрудоспособности.

При болях в спине принципиально важно различать локализованную боль, обусловленную различными патологическими изменениями мышечно-скелетных структур, отраженную, связанную с патологией внутренних органов и проекционную при патологии корешка или нерва (таблица 2).

Таблица 2.

Признаки различных типов болей.

Характеристики	Локализованная	Отраженная	Проекционная
Характер ощущения	Точное указание области боли.	Нечеткое ощущение, идущее изнутри кнаружи.	Распространение боли по ходу корешка или нерва.
Двигательные нарушения	Ограничение объема движений шеи, туловища, конечностей	Движения не ограничены	Ограничение объема движений шеи, туловища. Движения конечностей свободны.
Провоцирующие факторы	Движение усиливает боль.	Движение не влияет на боль.	Движения головы, туловища усиливают боль. Осевая нагрузка вызывает стреляющую боль по ходу корешка.
Пальпация области болевых ощущений	В тканях опорно-двигательного аппарата выявляются источники боли; надавливание на них усиливает боль.	Источники боли не выявляются.	Выявляются источники боли в спине; в конечностях отсутствуют.

Диагностический процесс включает субъективную оценку боли пациентом, опрос и осмотр: исследование функции мышц, суставно-связочного аппарата позвоночника и таза, а также корешков спинного мозга и нервов.

При исследовании мышц, позвоночника и суставно-связочного аппарата определяются степень нарушения функции пораженного отдела туловища (шейный и поясничный отдел) и крупных суставов, наличие болезненных (триггерных) зон и очагов миогелоза, степень мышечного напряжения.

Кроме клинического обследования осуществляется рентгенологическое исследование позвоночника в двух стандартных проекциях с функциональными пробами; при исследовании костей таза и крупных суставов проводятся обзорные снимки в двух проекциях.

Компьютерная рентгеновская томография (КТ) позвоночника в сагиттальной и аксиальной проекциях позволяет анализировать состояние структур позвоночного канала и межпозвоночного от-

верстия, определять направление и величину грыжевых выпячиваний и остеофитов, степень компрессии нервного корешка.

Магнитнорезонансная томография (МРТ) проводится в сагиттальной проекции и позволяет визуализировать позвоночный столб, а также спинной мозг и дуральный мешок на большом протяжении. Реконструкция срезов в горизонтальной проекции позволяет уточнить анатомические особенности межпозвоночных дисков, дугоотростчатых суставов и нервных корешков.

На начальном этапе обследования пациента с болью в спине и/или конечности необходимо следовать четкому алгоритму поиска для исключения ряда серьезных заболеваний. К ним относятся – перелом позвонка и/или ребер, онкологические, воспалительные мышечно-скелетные и невральные поражения; вызывающие отраженную боль патологические процессы во внутренних органах (сердце, легкие, ЖКТ, почки, органы малого таза); радикуломиелоишемия. В таблице 3 представлены некоторые основные критерии дифференциальной диагностики болей в спине..

Таблица 3.

Дифференциальная диагностика болей в спине и грудной клетке

Заболевание	Характеристика боли	Объективные данные
ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА И АОРТЫ		
Приступ стенокардии	После физической или эмоциональной нагрузки развивается сжимающая, жгучая боль за грудиной или парастерально, в межлопаточной области, шее, левой лопатке, нижней челюсти; боль приступообразного характера длительностью от 2 до 30 минут	Приступы стенокардии в анамнезе; ЭКГ в приступе может быть нормальной. Боль купируется приемом нитроглицерина
Инфаркт миокарда	Сходная с приступом стенокардии характеристика и локализация боли, однако более интенсивная и длительная (от 1 до 8 часов и более); сопровождается силь-	Нитроглицерин, как правило, не помогает; нестабильная гемодинамика; отмечаются изменения на ЭКГ, соответствующие ишемии миокарда; повышение фер-

	ным чувством тревоги и страхом смерти	ментов крови
Перикардит	Боль за грудиной различной интенсивности, постепенно нарастающая, иногда с иррадиацией в шею, спину, плечи, эпигастральную область	Одышка в покое; вынужденное положение тела (сидя с небольшим наклоном вперед), дыхательная экскурсия зачастую болезненна, движения туловища и конечностей свободны; аускультативные данные перикардита; соответствующие ЭКГ-признаки
Расслаивающая аневризма грудного отдела аорты	Очень интенсивная боль за грудиной с иррадиацией вдоль позвоночника, в шею и в левое плечо развивающаяся внезапно, чаще на фоне артериальной гипертонии, после физической или эмоциональной нагрузки	Общее состояние тяжелое, тошнота, рвота, нестабильная гемодинамика. Возможное отсутствие пульса на лучевых и сонных артериях; боль снимают только наркотические анальгетики
БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ		
Плевропневмония	Интенсивная или умеренная боль в боковых отделах грудной клетки, лопатке, усиливающаяся при глубоком дыхании и кашле	Общие признаки инфекции: лихорадка, кашель, боли в мышцах, интоксикация, воспалительные изменения крови; аускультативные данные; рентгенографические признаки
Плеврит	В начале заболевания острая режущая боль в различных областях грудной клетки, затем (по мере накопления жидкости в плевральной полости) интенсивность боли уменьшается.	Общие признаки инфекции; аускультативные данные; рентгенографические признаки; при поражении межреберного нерва могут обнаруживаться признаки невралгии (гиперестезия или

	При вовлечении в процесс межреберного нерва боль носит опоясывающий характер; дыхательные движения болезненны, кашель усиливает боль	гипестезия в зоне иннервации)
Пневмоторакс (спонтанный)	Внезапно развившаяся острая выраженная боль в грудной клетке с иррадиацией в лопатку	Одышка; акроцианоз; снижение экскурсии грудной клетки на стороне поражения, тимпанит при перкуссии грудной клетки; отсутствие дыхательных шумов при аускультации; рентгенографические признаки.
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА		
Пенетрирующая язва (в поджелудочную железу, сальник и желчную систему)	Выраженная постоянная боль в эпигастрии с иррадиацией в спину; боль в спине тупая, глубокая с возможным опоясывающим характером в нижнегрудном отделе	Тошнота, рвота, анорексия, мелена; иногда напряжение паравертебральных мышц в нижней грудной области и мышц живота
Острый холецистит	Боль обычно локализуется в правом подреберье, может захватывать и эпигастральную область; характерна иррадиация в межлопаточную область, нижний угол правой лопатки, плечо, правую половину грудной клетки; длительность от нескольких часов до нескольких дней	Боль сопровождается тошнотой, рвотой, лихорадкой, желтушностью кожных покровов, болезненностью при пальпации в правом подреберье, напряжением брюшных мышц
Острый панкреатит	Внезапно развивается интенсивная постоянная боль в эпигастральной области с иррадиацией в левую нижнюю часть грудной	Ухудшение общего состояния; больной беспокоен, мечется, стонет; наблюдается повторная рвота, сухой обложенный язык;

	клетки; иногда боль отдает в спину, опоясывающего характера, иррадирующая в правое и левое подреберье, лопатку, надплечье, в область сердца	часто отсутствие пульсации брюшной аорты; ослабление перистальтики
Ретроцекальный аппендицит	Тупая, ноющая постоянная боль в животе часто иррадирует в поясничную область, правое бедро, наружные половые органы	При продолжающихся болях ухудшение общего состояния; тошнота; усиление боли при сгибании правого бедра (признак заинтересованности поясничной мышцы)
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ		
Почечная колика	Переменяющиеся приступы режущей боли в поясничной области с иррадиацией в подреберье, живот, по ходу мочеточника и в наружные половые органы; часто провоцируется физическим напряжением; сопровождается учащенными позывами к мочеиспусканию	Больные ведут себя беспокойно, мечутся в постели в поисках положения, способного принести облегчение; может отмечаться тошнота, рвота, головокружение; положительный симптом Пастернацкого; в моче повышено содержание эритроцитов и лейкоцитов
Тромбоз почечной артерии	Внезапно развивается интенсивная нарастающая боль в поясничной области	Боль часто сопровождается внезапным повышением артериального давления (диастолического в большей степени, чем систолического), рвотой, задержкой стула, олигурией; воспалительные изменения крови
ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА		
Перекрут кисты яичника	Боль острая, приступообразная, внизу живота с иррадиацией в	Ухудшение общего состояния, беспокойное поведение, часто

	промежность, бедро, поясничную область. Начало часто после физической нагрузки, резкой перемены положения тела	рвота, болезненность при пальпации нижних отделов живота, иногда прощупывается болезненная опухоль
Острое воспаление придатков, матки	Острая боль внизу живота с иррадиацией в паховую область, в задний проход, внутреннюю поверхность бедра, поясничную область; часто после переохлаждения	Чаще молодой возраст; облегчение боли при наклоне туловища; болезненность при пальпации в нижних отделах живота; воспалительные изменения крови
МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ		
Острая цервикалгия	Часто после неловкого движения головой или шей, физической или постуральной нагрузки развивается умеренная или интенсивная боль в заднебоковых отделах шеи (при цервикобрахиалгии с иррадиацией в область плеча)	Движения головы и шеи ограничены (чаще всего в каком-либо одном направлении); в покое боль не беспокоит или существенно облегчается; пальпируются спазмированные мышцы шейно-воротниковой области с наличием триггерных зон, иногда болезненные остистые отростки, чаще нижешейных позвонков
Острая торакалгия	После физической или постуральной нагрузки развивается умеренная или интенсивная боль в задних отделах грудной клетки, иногда опоясывающего характера по типу "прострела" при глубоком вдохе	Дыхательная экскурсия и движения туловища ограничены, при глубоком вдохе боль усиливается; пальпируются спазмированные мышцы задней поверхности грудной клетки с наличием триггерных зон, при этом могут отмечаться болезненные остистые отростки грудных позвонков, чаще на среднегрудном

		уровне
Острая люмба- лгия	После неловкого движения, физической или постральной нагрузки развивается умеренная или интенсивная боль в пояснично-крестцовой области (с иррадиацией в верхние отделы бедра при люмбаишиалгии)	Ограничены движения туловища (чаще всего наклон вперед); в покое боль не беспокоит или существенно облегчается; пальпируются спазмированные мышцы поясничной области с наличием триггерных зон; иногда определяется болезненность остистых отростков поясничных позвонков (чаще нижнепоясничных) и крестцово-подвздошных сочленений
Острая люмба- ишиалгия		
Компрессионный перелом тела позвонка (остеопоротической или метастатической природы)	У пациентов пожилого и старческого возраста после подъема тяжести или даже простого наклона вперед развивается интенсивная боль в спине, зачастую иррадиирующая в переднебоковые отделы грудной клетки, брюшную полость или верхние отделы бедра; иногда сильная боль развивается постепенно в течение 1-2 дней без видимой причины	Попытка встать, кашель, чихание, натуживание при дефекации усиливают боль; остистые отростки позвонков, подвергшихся компрессии (как правило нижнегрудные и/или верхнепоясничные), резко болезненны, выраженный спазм паравертебральных мышц; осевая нагрузка на позвоночник усиливает боль; при остеопорозе усилен грудной кифоз; рентгенографические признаки компрессии тела позвонка
Перелом ребер (остеопоротической или метастатической природы)	Интенсивная боль в заднебоковых отделах грудной клетки на стороне поражения, которая развилась в результате воздействия умеренного травмирующего	Боль усиливается при глубоком дыхании, кашле, движениях туловища; выраженная болезненность при осторожном сдавлении грудной клетки и при паль-

	фактора или после сильного кашля	паци области боли; рентгенографические признаки
Флегмона мышц спины	Постепенно развившаяся интенсивная боль в задних отделах грудной клетки на стороне поражения	Определяется болезненность при пальпации пораженных мышц, покраснение над ними кожных покровов, локальное повышение температуры в области поражения и повышение температуры тела, воспалительные изменения крови
ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ		
Опоясывающий лишай (herpes zoster)	Постоянная интенсивная режущая боль в грудной клетке опоясывающего характера на фоне умеренных проявлений инфекционного заболевания	Боль усиливается при движениях туловища, дыхании; на 3-4 день заболевания обнаруживаются на коже высыпания пузырьков на гиперемизированном основании по ходу межреберного нерва; в области боли - гиперестезия, гипералгезия; умеренные проявления общей интоксикации
Вертеброгенная радикулопатия	Наиболее часто встречается поражение корешков C5, C6, C7, T4-T9, L4, L5, S1. При поражении корешков C5 и C6 отмечается интенсивная "простреливающая" боль в области заднебоковых отделов шеи, лопатки и надплечья на стороне поражения, при поражении корешка C6 - боль иррадирует в руку по наружной поверхности плеча и предплечья до	Болезненность и ограничение движений соответствующего отдела позвоночника; болезненность при пальпации остистых отростков нижнешейных и среднегрудных позвонков, напряжение паравертебральных мышц; источники боли в областях иррадиации боли на конечности отсутствуют; в дальнейшем - признаки радикулопатии в

	<p>основания большого пальца, корешка С7 - в передние отделы грудной клетки и по внутренней поверхности плеча и предплечья до мизинца; поражение грудных корешков Т4-Т9 сопровождается опоясывающей болью в среднегрудном отделе позвоночника; корешок L4- боль от поясницы иррадирует в паховую область, внутренние отделы бедра и голени; корешок L5- боль от поясницы иррадирует по наружной поверхности бедра и передненаружной поверхности голени; корешок S1-боль от поясницы иррадирует по задней поверхности бедра и голени до наружного края стопы</p>	<p>области распространения боли (гипестезия, гипалгезия);</p>
--	---	---

Такое обследование может оказаться достаточно трудоемким и сложным, однако только после исключения всех этих состояний может быть выставлен диагноз дорсалгии.

Выделяют три клинические формы дорсалгии: острая мышечно-скелетная, хроническая мышечно-скелетная дорсалгия, дорсалгия с поражением структур периферической нервной системы (ПНС), которые имеют различные пато- и саногенез, подходы к лечению, длительность временной нетрудоспособности и прогноз

К **острым мышечно-скелетным дорсалгиям** относятся болевые синдромы в спине длительностью от нескольких дней до 3 месяцев. Эти синдромы выявляются у трети пациентов с дорсалгией. Заметное ограничение движений и вынужденное положение головы, шеи, туловища, асимметрия контуров мышц свидетельствуют о наличии спазма паравертебральных мышц. Пальпаторно определяются напряжение отдельных мышц шеи и спины, их болезненность при пальпации в триггерных точках, а также болезненность остистых отростков, межостистых связок, дугоотростчатых

тых суставов, крестцово-подвздошных суставов. Специальные пробы позволяют обнаружить непаретическую дисфункцию различных мышц, функциональные блокады суставов позвоночника и крестцово-подвздошных суставов. Порой не исключается растяжение (надрыв) межостистых связок и развитие острой грыжи дистрофически измененного диска.

Повреждающее воздействие, которое оказывают провоцирующие факторы, приводит к формированию в различных структурах мышечно-скелетной системы источников боли, а точнее, источников ноцицепции. Их наличие сопровождается обязательным рефлекторным ответом в виде мышечного спазма, направленного на защиту поврежденных структур, повышения симпатического тонуса как общей реакции организма на болевой стресс и возникновения достаточно четко локализованных болевых ощущений. Наиболее частыми причинами острой боли в спине являются развитие миофасциальной дисфункции и функциональных суставных блокад с защитным мышечным спазмом, а также микроповреждение различных мышечно-скелетных структур.

Уменьшение интенсивности болей при острой дорсалгии без признаков поражения ПНС обуславливается уменьшением мышечного спазма, снижением активности триггерных точек, устранением функциональных блокад суставов. Это приводит к восстановлению объема движений. Острые болевые синдромы мышечно-скелетного происхождения купируются, в среднем, в течение 2 недель.

Формулировка диагноза при дорсалгии должна максимально полно отражать характер и особенности заболевания в данный конкретный временной период у данного конкретного пациента. При острой неспецифической мышечно-скелетной дорсалгии необходимо указывать:

1. Характер и локализацию поражения:

- Острая цервикалгия
- Острая цервикокраниалгия
- Острая цервикобрахиалгия (область распространения боли от шеи не ниже верхней трети плеча)
- Острая торакалгия
- Острая люмбаглия
- Острая люмбоишиалгия (область распространения боли от поясницы не ниже верхней трети бедра)

2. Интенсивность болевых ощущений - легкая, умеренная, резко выраженная, нестерпимая боль

3. Пораженные структуры (источники боли). Это наиболее сложный раздел диагностики. К сожалению, из-за выраженности

мышечного спазма не всегда возможно определить точный источник боли, хотя к этому следует стремиться. Однако, если специфические причины боли исключены у данного пациента, диагноз дорсалгии, свидетельствующий о наличии неспецифического мышечно-скелетного поражения, правомерен.

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА ПРИ ОСТРОЙ ДОРСАЛГИИ:

1. Острая люмбалгия. Умеренно выраженные болевые ощущения. Миофасциальная дисфункция выпрямителя туловища справа.
2. Острая люмбалгия. Резко выраженные болевые ощущения. Функциональная блокада дугоотростчатых суставов L4-L5. Спазм выпрямителя туловища с двух сторон.
3. Острая люмбалгия. Умеренно выраженные болевые ощущения. Растяжение (надрыв?) межкостистой связки L5-S1.
4. Острая люмбоишиалгия слева. Резко выраженные болевые ощущения. Функциональная блокада крестцово-подвздошного сочленения слева. Спазм подвздошно-поясничной мышцы слева.
5. Острая цервикалгия. Резко выраженные болевые ощущения. Функциональная блокада C6-C7, C7-T1. Спазм разгибателей головы и шеи с двух сторон.
6. Острая цервикалгия. Умеренно выраженные болевые ощущения. Миофасциальная дисфункция мышцы, поднимающей лопатку справа.
7. Острая торакалгия. Резко выраженные болевые ощущения. Функциональная блокада дугоотростчатых и реберно-поперечных суставов T4-T5, T5-T6, T6-T7.
8. Острая торакалгия. Умеренные болевые ощущения. Миофасциальная дисфункция длинной мышцы груди справа.

Хронические мышечно-скелетные дорсалгии длительно - свыше 3 месяцев встречаются значительно чаще, чем острые - у около 2/3 пациентов с болью в спине. Начало развития хронического болевого синдрома часто проходит незамеченным. Клинические проявления обычно не такие яркие, как при острой дорсалгии: интенсивность болевых ощущений умеренная, движения в различных отделах позвоночника ограничены незначительно. Хроническая мышечно-скелетная дорсалгия по своему патогенезу отличается от острой. В течение жизни человека в мышечно-скелетных тканях могут постепенно формироваться латентные триггерные точки, очаги миогелоза, энтезопатии

различных мышц, функциональные блокады или нестабильность суставов позвоночника и таза, которые в результате различных причин, например, при физической перегрузке, могут становиться источниками ноцицепции. Мышечная защита выражена не ярко и не сопровождается заметным ограничением движений. При исследовании психического состояния у подавляющего большинства пациентов обнаруживаются различные эмоциональные и психические нарушения.

При формулировании диагноза хронической дорсалгии следует отражать следующие характеристики:

1. Клиническую форму и локализацию поражения;
2. Течение заболевания - стабильное, прогрессивное (с нарастанием интенсивности болей и мышечно-скелетной дисфункции), регрессивное (с постепенным уменьшением проявлений заболевания), рецидивирующее;
3. Степень интенсивности болевых ощущений;
4. Длительность заболевания;
5. Пораженные структуры (источники боли),
6. Психические и эмоциональные нарушения.

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДОРСАЛГИИ:

1. Хроническая люмбалгия. Стабильное течение. Умеренно выраженные болевые ощущения. Поздняя фаза. Нестабильность позвоночного сегмента L4-L5. Ипохондрический синдром.
2. Хроническая люмбалгия. Стабильное течение. Умеренные болевые ощущения. Ранняя фаза. Функциональная блокада крестцово-подвздошного сустава справа. Лигаментоз связок тазового дна справа.
3. Хроническая люмбоишиалгия. Рецидивирующее течение в стадии обострения. Промежуточная фаза. Умеренные болевые ощущения. Функциональная блокада крестцово-подвздошного сустава справа. Энтезопатия средней ягодичной и грушевидной мышц справа.
4. Хроническая цервикалгия. Стабильное течение. Умеренные болевые ощущения. Промежуточная фаза. Миогелез мышцы, поднимающей лопатку слева. Функциональная блокада C6-C7, C7-T1. Астено-депрессивный синдром.
5. Хроническая цервикокраниалгия, часто рецидивирующее течение в стадии обострения. Ранняя фаза. Выраженные болевые ощущения. Функциональная блокада атланта-окипитального сочленения слева.
6. Хроническая торакалгия. Прогрессирующее течение. Поздняя фаза. Выраженные болевые ощущения. Миогелез длиннейшей

мышцы спины и ромбовидных мышц с двух сторон. Спондилоартроз.

7. Хроническая цервикалгия, хроническая люмбагия. Часто рецидивирующее течение. Поздняя фаза. Умеренная выраженность болевых ощущений. Энтезопатия мышцы поднимающей лопатку слева. Спондилоартроз шейного и поясничного отделов. Остаточные явления перенесенной ламинэктомии L5-S1 в 1995 году. Болевое поведение.

Дорсалгии с поражением структур ПНС (вертеброгенные радикулопатии).

В механизме развития радикулопатий играет роль сдавление корешка в узком «туннеле», стенки которого могут быть образованы различными структурами: грыжей диска, желтой связкой, тканями дугоотростчатого сустава, остеофитами. Клиническая картина радикулопатий достаточно яркая: помимо боли в области шеи или поясницы, отмечаются также болевые ощущения в тканях конечностей, иннервированных пораженным корешком (проекционная боль), соответствующие рефлекторные, чувствительные и двигательные нарушения. Так как наиболее часто встречается поражение корешков C6, C7, L5, S1, то боль, как правило, от шеи или поясницы доходит до кисти или стопы, что не свойственно изолированным мышечно-скелетным поражениям. Характерно, что в первые дни заболевания в зоне проекционной боли источники боли не определяются. В течение первых недель также может не наблюдаться признаков неврологической дисфункции и только характерный рисунок болевых ощущений является основой диагностики радикулопатии. Заболевание обычно имеет длительное течение, в среднем около 3 месяцев, иногда больше, что, вероятно, продиктовано необходимыми сроками восстановления невралгической ткани.

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА:

1. Вертеброгенная радикулопатия L5 справа. Резко выраженные болевые ощущения. Ирритативная фаза.
2. Вертеброгенная радикулопатия L5-S1 слева. Умеренные болевые ощущения. Компрессионная фаза. Парез левой стопы.
3. Вертеброгенная радикулопатия C5-C6 справа. Выраженные болевые ощущения. Ирритативная фаза.
4. Вертеброгенная радикулопатия C6-C7 слева. Умеренные болевые ощущения. Компрессионная фаза.

ПРОГРАММА ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ДОРСАЛГИЯМИ

Данная работа является обобщением накопленного в медицинских учреждениях Медицинского Центра УД Президента РФ (поликлиники, ЦКБ, Реабилитационный центр) опыта по лечению, реабилитации и профилактике больных с дорсалгиями, связанными с вертебральными, мышечно-скелетными факторами и поражениями периферической нервной системы на различных этапах медицинского наблюдения за пациентами. Эти основные этапы следующие:

- 1 - поликлиника;
- 11 - неврологический стационар;
- 11а - нейрохирургический стационар;
- 111 - реабилитационный центр;
- 1У - поликлиника;
- У - санаторий.

Рассмотрим специфику лечения больных на этих этапах.

Основные принципы терапии пациентов с дорсалгией: 1. Выбор тактики лечения в соответствии с клинической формой заболевания (острая хроническая мышечно-скелетная дорсалгия и вертеброгенная радикулопатия); 2. Подбор комплекса методов лечения, адекватных источникам боли; 3. Снижение интенсивности боли и увеличение функциональных способностей опорно-двигательной системы пациента. Все это позволяет купировать острые поражения, предупредить хронизацию болевого синдрома и длительную нетрудоспособность.

1. Поликлиника.

В поликлинике осуществляется преимущественно лечение мышечно-скелетных дорсалгий.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНОЙ ДОРСАЛГИИ

Лечение пациентов с острой мышечно-скелетной дорсалгией без признаков поражения корешка или нерва направлено на создание оптимальных условий для восстановления поврежденных тканей (мышц, сухожилий, межостистых связок, диска и др.), уменьшения мышечного спазма, снижения чувствительности триггерных зон, устранения функциональных суставных блокад, уменьшения интенсивности боли, восстановления до исходного объема движений головы, шеи, туловища и конечностей.

Начиная лечение на дому, рекомендуют щадящий двигательный режим, исключающий движения, провоцирующие боль из-за растягивания спазмированных мышц спины: наклоны туловища вперед, повороты головы и туловища. Переразгибание туловища,

запрокидывания головы, длительное сидение также нежелательно, т.к. эти движения и положения увеличивают нагрузку на задние отделы диска и дугоотростчатые суставы. Постельный режим в настоящее время не рекомендуется. При передвижении следует одевать фиксирующий жесткий воротник (при цервикалгии) или широкий кожаный пояс (при люмбагии).

Интенсивность мышечного спазма, чувствительность триггерных точек уменьшаются при использовании легкого сухого тепла, отвлекающих средств (финалгон, аналгос, эфкамон и др.), орошении хлорэтилом области болевых ощущений. На область болей пациент может на 15 – 20 минут накладывать «ипликатор» Кузнецова, электроды портативных аппаратов короткоимпульсной электроаналгезии (КЭА) (Дельта-101, ЭПБ-60-1 и др.), которые воздействуют на отдельные участки тела короткими биполярными импульсами при частоте 150 Гц, возбуждающими рецепторы только чувствительных нервов и блокирующие передачу болевых импульсов.

При недостаточном анальгезирующем эффекте этих средств, показано применение анальгетиков внутрь с учетом индивидуальной их переносимости (анальгин, пробон, трамал и др.), препаратов уменьшающих мышечный спазм (сирдалуд, миоластан, мидокалм). Целесообразно применение также нестероидных противовоспалительных препаратов (диклофенак-натрия или вольтарен, мовалис, индометацин, напросин, сургам, реопирин).

Через 3 – 4 дня после уменьшения болей и частичного восстановления подвижности, лечение продолжают в условиях поликлиники, где тоже отдается предпочтение методам –немедикаментозной терапии: иглорефлексотерапия, баночный и аппаратный вакуумный массаж, ручной релаксирующий массаж, постизометрическая релаксация мышц (ПИР – методика расслабления и растяжения мышц после предварительного изометрического напряжения).

Для купирования болей в триггерных точках используют метод Тревелл и Саймонса, заключающийся в нанесении на 20 – 30 секунд хладагента (хлорэтил, лед) на кожу в проекции пораженной мышцы с последующим прогреванием этой мышцы влажными горячими салфетками и ее растяжением.

Хорошо зарекомендовал себя метод мануальной терапии, устраняющий функциональные суставные блокады и уменьшающий степень мышечного напряжения. Современной мануальной терапии свойственен щадящий характер. Сеансы не должны проводиться чаще 1 – 2-х раз в неделю, всего за весь период болезни выполняют 2 – 3 манипуляции на заблокированный сустав.

Из физиотерапевтических методов показано применение динамических токов (СМТ) в режиме 3 – 4, глубина модуляции от 80 ь- 100 Гц до 150 Гц, электрофореза новокаина, ультразвука (УЗ) в импульсном режиме мощностью 0,2 – 0,4 Вт/см² по 2 – 3 минут на область мышечного спазма и триггерные зоны. Для усиления обезболивания вводят лекарственное вещество с помощью УЗ – фонофорез. Возможно использование чрезкожной электростимуляции (ЧЭНС) с помощью аппаратов «РЭФИ», «Ласпер» и др. на область мышечного спазма и триггерные зоны, применение эритемных и субэритемных доз ультрафиолетового облучения (УФО) – до 4 полей по 3 – 4 (до 6) биодозы ежедневно, магнитотерапии (интенсивность воздействия 25 – 35 МТл, продолжительность 20 – 30 минут), лазерной терапии с помощью аппаратов «Узор», «Спектр», «Мустанг» – дискретное облучение болевых зон общей длительностью 10 – 12 минут.

При выраженном болевом синдроме используются новокаиновые блокады триггерных зон, периартикулярных тканей дугоотростчатых и крестцово-подвздошных суставов, межкостистых связок 0,5% раствором новокаина, 2% раствором лидокаина с гидрокортизоном, солукортефом, кеналогом.

Общая длительность заболевания обычно не превышает 12 – 14 дней. Исходом острой дорсалгии обычно является выздоровление. Иногда длительность болевого синдрома затягивается, что может быть обусловлено дисплазиями позвоночника, выраженными постуральными и двигательными дисбалансами или неадекватной тактикой ведения.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНЫХ ДОРСАЛГИЙ

Современные подходы к лечению пациентов с хронической болью заключаются в необходимости:

1. Принимать в большей степени биопсихосоциальную модель болезни, чем традиционную.
2. Настаивать на участии пациента в решении вопросов лечения.
3. Индивидуализировать лечение для каждого больного и каждой боли.
4. Выбирать терапию, которая была подвергнута обсуждению с пациентом.
5. Отдавать предпочтение одновременному проведению различных видов терапии, а не последовательному их применению. Эти принципы ведения необходимо учитывать и при ведении пациентов с хронической болью в спине. Лечение хронических дорсалгий комплексное и направлено на те звенья патогенеза,

которые обнаруживаются в ходе обследования. Воздействия на патологические изменения в мышцах (латентные триггерные точки, зоны энтезопатии и миогелеза) возможно с помощью массажа, акупунктуры, гирудотерапии, инфльтрационной терапии. Применение новокаин-кеналоговых блокад показано также при лигаментозе связок позвоночника.

Функциональные блокады дугоотростчатых, реберно-поперечных и крестцово-подвздошных суставов устраняются с помощью приемов мануальной терапии (мобилизация, манипуляции). Болезненная нестабильность позвоночных сегментов или спондилолиз, напротив, требуют иммобилизации с помощью воротника или корсета.

Из методов физиотерапии с успехом могут использоваться фонофорез с анальгином или гидрокортизоном, индуктотермия, лазерная терапия, слаботепловые воздействия озокеритом или парафином, грязевые аппликации, лечебные ванны.

Большое значение имеет лечебная гимнастика с постепенной тренировкой силы и выносливости мышц, увеличением подвижности позвоночника и крупных суставов. По-прежнему важное значение придается системе занятий с больными, так называемая «школа», в ходе которых они получают сведения о своей болезни, полезные советы, обучаются движениям и позам с наименьшей нагрузкой на спину, разучивают упражнения, увеличивающие физическую силу и выносливость, овладевают некоторыми приемами постизометрической релаксации. Интенсивные физические тренировки у пациентов с хронической мышечно-скелетной болью без грубых морфологических изменений в позвоночнике также очень эффективны.

Психотерапия используется для создания активной позиции пациента в преодолении заболевания, ответственности за состояние своего здоровья, Осознания психосоматических связей. Применяются разнообразные методы: рациональная (разъяснительная) психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия. Используются также методы психической саморегуляции (аутогенная тренировка, прогрессивная мышечная релаксация, элементы медитации, биообратная связь).

Положительное болеутоляющее воздействие при затяжном течении болевых синдромов оказывает назначение антидепрессантов (амитриптиллин по 10-25 мг 3 раза в день) и транквилизаторов (седуксен и др.).

11. Неврологический стационар.

Показаниями для направления на стационарное лечение больных с болями в спине являются выраженный болевой синдром, обусловленный вертеброгенной радикулопатией, нарастание органической неврологической симптоматики, невозможность оказания эффективной медицинской помощи в поликлинике или на дому, отсутствие улучшения от активного амбулаторного лечения. Вопрос о госпитализации, как правило, должен решаться индивидуально с учетом тяжести заболевания, сопутствующей патологии, возраста и других не только медицинских, но и социальных обстоятельств.

Не следует задерживать направление на стационарное лечение больных с сильными болями, особенно с миелопатическими и корешковыми синдромами. Своевременная госпитализация позволяет значительно повысить эффективность и сократить сроки лечения.

Обоснование тактики ведения больного в стационаре стоит начать с определения показаний к проведению МР-томографии. Они следующие:

- 1) наличие парезов или тазовых нарушений;
- 2) больные с корешковой симптоматикой при неэффективности лечения (в т. ч. и в поликлинике) в течение 10 дней;
- 3) больные с люмбалгией при неэффективности стационарного лечения в течение 10 дней.

Общие принципы ведения больных в стационаре следующие. Всех пациентов начинают лечить консервативно, за исключением случаев с острыми нарушениями мочеиспускания или подозрением на радикуломиелоишемию (таким больным сразу делается МРТ для уточнения диагноза и решения вопроса о нейрохирургической операции).

Комплекс терапевтических мероприятий в стационаре является продолжением лечения, начатого в поликлинике. Однако имеет свою специфику. Это, во-первых, возможность более широкого использования постельного режима, что является немаловажным фактором. Рекомендуются наряду с противовоспалительной, анальгетической, витаминотерапией (в т.ч. комплексными препаратами инадрокс, тернеурин, амбене) использовать в/в или в/м введение сосудистых препаратов (эуфиллин, трентал, компламин) - особенно, если есть предпосылки предполагать наличие артериальной радикуломиелоишемии (расширение зоны иррадиации болей и парестезий - распространение болевого синдрома и парестезий из моно- и бирадикулярных зон на более значительное число дерматомов, переходящие двигательные, чувствительные или тазовые нарушения). Комплексным (вазопротективным, гемореологи-

ческим, мембраностабилизирующим, противоотечным, нейропротективным) свойством обладает препарат танакан, который применяется по 40 мг 3 раза в сутки в течение 1-3 месяцев. При нерезко выраженных проявлениях радикуломиелоишемии допустима монотерапия препаратом, учитывая его многообразные патогенетические эффекты. Как противовоспалительное и противовоспалительное средство эффективен репарил (действующее вещество - эсцин), как в/в струйно по 5-10 мг, так и местно в виде геля. Больным с повышенным тонусом отдельных групп мышц, выраженным напряжением длинных мышц спины показан сирдалуд (по 2 мг 3 раза в день), который, благодаря наличию одновременно анальгетического и миоспазмолитического действия, оказывает хороший терапевтический эффект.

Из физиотерапевтических методов в стационаре после стихания острого болевого синдрома эффективны водные процедуры - ванны, гидромассаж, общий массаж в расслабляющем или тонизирующем режимах. У многих больных хороший результат достигается при применении подводного вытяжения (сначала - под собственной массой тела, а затем и с помощью гирь - до 16 кг).

При стойком болевом синдроме, наличии соответствующих патологических изменений на МР-томограммах, малой эффективности консервативной терапии встает вопрос о применении хирургических методов. Задачей хирургического лечения является удаление грыжи диска с ликвидацией компрессии соответствующего корешка, радикулотомии артерии или всего дурального мешка для устранения возникшего конфликта в позвоночнике.

Важным вопросом является выбор показаний к хирургическому лечению. Он основывается на совокупности данных клинического и нейровизуализационного обследования больного. Абсолютными показаниями к оперативному вмешательству в настоящее время считается остро развившаяся компрессия спинного мозга или конского хвоста.

Что касается планового направления на оперативное лечение больных с дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатией, то таким показанием является одновременное удовлетворение следующих условий:

- 1) наличие выраженного болевого корешкового синдрома,
- 2) определение при МРТ-исследовании задней грыжи диска более 5 мм при отсутствии эффекта от длительного интенсивного стационарного курса комплексной консервативной терапии.

Стоит отметить, что, исходя из нашего опыта, следует проявлять осторожность при направлении на оперативное лечение больных пожилого и старческого возраста, т.к. у них обычно за время дли-

тельного "стажа" остеохондроза сформировался уже свой функциональный двигательный стереотип, некий физиологический баланс в нервно-мышечно-связочном аппарате позвоночника, нарушать который в пожилом возрасте не всегда желательно из-за уменьшения у организма возможностей реализации новых приспособительных, репаративных процессов после радикального оперативного вмешательства. Таких больных мы стараемся лечить консервативными методами при необходимости более длительно и комплексно, чтобы по возможности избежать хирургического лечения.

Относительным противопоказанием к хирургическому методу лечения мы также считаем наличие системного заболевания соединительной ткани, на фоне которого у больного может возникнуть клиническая картина люмбаго или люмбагии.

11а. Нейрохирургический стационар.

Оперативное вмешательство по поводу грыжи межпозвоночного диска на современном уровне проводится с применением операционного микроскопа и микрохирургических инструментов с помощью интраламнарного доступа.

После операции больному назначается постельный режим на шите в положении на спине, вставать и ходить разрешается уже в первые дни, не рекомендуется сидеть в течение 2-3 недель после операции. Практически во всех случаях отмечается удовлетворительный результат операции (результат хирургического лечения считается удовлетворительным, если исчезает радикулярная симптоматика и возвращается трудоспособность). В большинстве случаев существовавшая болевая корешковая симптоматика регрессирует сразу после операции. У ряда больных в послеоперационном периоде в течение 7-14 дней сохраняются разной степени выраженности тупые боли в пояснице и парестезии в нижних конечностях.

Таким образом, микрохирургический метод удаления грыжи межпозвоночного диска пояснично-крестцового отдела позвоночника является методом выбора благодаря своим преимуществам: максимально возможное сохранение анатомических структур позвоночника, сведение по возможности до минимума осложнений после операции, а также экономический эффект из-за уменьшения времени пребывания больного в стационаре и практически полная социальная реабилитация больных.

Одной из основных тактических задач лечения дорсалгий является стремление добиться хорошего терапевтического эффекта с помощью консервативных методов. Нейрохирургическое воздей-

ствие рассматривается как крайняя мера, применение которой оправдано только в неизбежных случаях. Кроме того, оперативное лечение должно быть максимально отсрочено, т.к. в подавляющем большинстве случаев удается устранить болевой синдром и неврологический дефицит без проведения операции.

111. Реабилитационный центр.

Наличие реабилитационного центра позволяет обеспечить постепенную адаптацию пациента после больницы к повседневной жизни. Поскольку РЦ частично берет на себя функции стационара, то целесообразно максимально ранний перевод больных сюда из неврологического отделения больницы. Проводимые лечебные мероприятия в реабилитационном центре являются завершением начатой ранее терапии. Наряду с физиотерапевтическими методами (больным после оперативного вмешательства показана рассасывающая терапия - курсы электрофореза с лидазой, используется грязелечение, плавание, многогранное воздействие на организм оказывают различные лечебные ванны).

Кроме того, в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий на базе Центра реабилитации успешно использовалась терапевтическая система «Детензор», о которой стоит сказать несколько слов подробнее. Метод детензор-терапии отвечает основным требованиям, предъявляемым к идеальной системе для восстановления позвоночника. Создаваемое длительное вытяжение позвоночного столба происходит в условиях релаксации и в оптимальных направлениях в сочетании с правильным функциональным положением позвоночника при сохранении его физиологических изгибов. Это обеспечивается эластичной конструкцией, имеющей наклонные ребра, положение которых меняется под действием веса пациента. При укладке больного на систему формируются оптимально направленные силы вытяжения, строго зависящие от веса тела, что в совокупности приводит к разгрузке кинематической системы позвоночника и исключает перерастяжение, а следовательно, и возможность травматизации, в отличие от применявшихся ранее приспособлений для вытяжения позвоночника.

Система состоит из матраца и терапевтического мата. Матрац для сна обеспечивает вытяжение до 5-10% веса тела, а терапевтический мат, предназначенный для дневных процедур, - в среднем, до 18-25%. При проведении детензор-терапии прослеживалась четкая положительная динамика болевого синдрома и мышечнотонических реакций в большинстве случаев уже к 6-8-й процедуре (всего курс - до 15 процедур).

Длительность пребывания в РЦ обычно составляет 2-3 недели.

IV. Поликлиника.

Наблюдение больного в поликлинике после стационарного лечения включает мероприятия, проводимые пациентом обычно во внерабочее время без выдачи листка нетрудоспособности:

- образовательная работа по профилактике обострений;
- профилактические курсы массажа и ЛФК;
- по возможности - санаторно-курортное лечение.

V. Санаторий.

Особое место в поэтапной реабилитации больных с хроническими дорсалгиями занимает санаторно-курортное лечение. Противопоказания для направления на санаторно-курортное лечение подобных больных достаточно ограничены. Это - отсутствие возможности самостоятельного передвижения и самообслуживания, наличие расстройств функций тазовых органов, выраженный болевой синдром.

В санатории используются комплексы лечебно-реабилитационных мероприятий, включающие водолечение, электролечение, светолечение, массаж, бальнео- и грязелечение, мануальную терапию, лечебную физкультуру, психотерапию, освоение рациональных навыков бытового самообслуживания, трудотерапию, механотерапию, индивидуальные спортивные занятия, а также ограничено - фармакотерапию.

Особенности возможностей и специфичность санаториев не имеют принципиального значения, так как любой из санаториев Медицинского Центра имеет достаточные, оригинальные комплексы реабилитации таких пациентов, позволяющие добиться не только улучшения состояния, но и осуществить вторичную профилактику рецидива болей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, реабилитация больных с дорсалгиями должна осуществляться по этапам: поликлиника - стационар - центр реабилитации - поликлиника, при возможности - санаторий.

Основными принципами программы поэтапной реабилитации являются индивидуальность, адекватность и преемственность лечебно-профилактических мероприятий. Комплексный подход, квалифицированное последовательное лечение практически во всех случаях позволяют получить хороший терапевтический эффект при лечении больных с данной патологией.

