

ДОРСАЛГИЯ – НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ БОЛЬ В СПИНЕ, НОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Богачева Лариса Анатольевна.

Дорсалгия – неспецифическая боль в спине, новое заболевание: учебное пособие / Л.А. Богачева – Москва, 2026.

Предлагаемое издание – учебник нового, современного типа, базирующегося на последних медицинских разработках. Описывается история развития нового ортопедического заболевания «дорсалгия» в России и других странах. Анатомия и физиология спины человека включает авторские иллюстрации. Учебник предназначен для врачей, фельдшеров, специалистов ЛФК, медицинских сестер.

***Ключевые слова:** спина (анатомия и физиология); неспецифическая боль в спине: дорсалгия (патогенез и клиника); медицинские специалисты для лечения дорсалгии (врачи, фельдшера, специалисты ЛФК, медицинские сестры)*

АННОТАЦИЯ

Более 40 лет боль в спине в России считалась «неврологическим» заболеванием. Это грубо нарушало клиническую работу медиков. Данная книга написана на основе докторской диссертации Л.А. Богачевой «Боль в спине: клиника, патогенез, организация первичной медицинской помощи», 1998 г., Москва. Впервые в медицинской литературе нами описываются и работают следующие терминологии: «боль в спине», «болевы невисцеральные синдромы», «неспецифическая боль в спине», «дорсалгия», «деструктивно-дисфункциональная мышечно-скелетная боль», «альгологическое отделение», «дорсалгия – современная ортопедическая болезнь».

Растет наше понимание проблемы боли в спине. Концепция дорсалгии Л.А. Богачевой должна появиться не только в России, но и в зарубежной медицинской литературе.

ОБ АВТОРЕ

Богачева Лариса Анатольевна, доктор медицинских наук, врач высшей квалификационной категории, член Российского общества по изучению боли. Принята в российскую Энциклопедию «Известные ученые» famous-scientists.ru

В 1998 году защитила докторскую диссертацию на тему «Боль в спине: клиника, патогенез, организация первичной медицинской помощи».

Автор более 100 научных работ. Около 35 лет занимается амбулаторной научно-методической деятельностью пациентов с болью в спине. Описала новое заболевание – «ДОРСАЛГИЯ». Это российский приоритет! В 2000 г. открыла медицинский «Сайт о дорсалгии» dorsalgia.ru, который функционирует в настоящее время.

Книга «Дорсалгия – неспецифическая в спине, новое заболевание» включает следующие данные:

- 1. История развития нового заболевания «дорсалгия» в России и других странах**
- 2. Анатомия и физиология заболевания «дорсалгия» с новыми авторскими иллюстрациями**
- 3. Программа обучения по теме «Боль в спине, дорсалгия» врачей, фельдшеров, медицинских сестер, специалистов ЛФК**
- 4. Диагностика и постановка диагноза при дорсалгии для врачей и фельдшеров**
- 5. Современное клиническое ведение пациентов с дорсалгией ортопедами и фельдшерами**
- 6. Мануальная терапия – лечение при дорсалгии**
- 7. Современное лечение пациентов с дорсалгией**

Благодарю Н.Н. Яхно на наше сотрудничество многие годы, за доверие и свободу действий. Ваша поддержка оказала огромное влияние на мою карьеру, нашу медицинскую жизнь. Это позволило создать новое ортопедическое заболевание – ДОРСАЛГИЯ. Л. А. Богачева

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| ВВЕДЕНИЕ | 7 |
| Глава 1. НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ПСЕВДОУЧЕНИЕ ОБ «ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА» | 10 |
| 1.1 Исторические взгляды на боль в спине в России; «Классификация заболеваний периферической нервной системы», 1985 г., И.П. Антонов..... | 10 |
| 1.2 «Неврологические проявления (осложнения) остеохондроза позвоночника» - Я.Ю. Попелянский..... | 11 |
| 1.3 Кризис в вертеброневрологии..... | 12 |
| 1.4 Теория «остеохондроза позвоночника» семейства Попелянских..... | 13 |
| Глава 2. БОЛЬ В СПИНЕ: КЛИНИКА, ПАТОГЕНЕЗ, АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ | 16 |
| 2.1 Терминология и теория Попелянских неприемлема..... | 16 |
| 2.2 Несуществующие медицинские словосочетания и слова..... | 17 |
| 2.3 Мануальная терапия и неврология в России..... | 18 |
| Глава 3. ТЕРМИНЫ «ОСТЕОХОНДРОЗ», «ДОРСОПАТИЯ», «ДОРСАЛГИЯ», НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ БОЛЬ В СПИНЕ | 19 |
| 3.1 Идеи Попелянских – «саморазрушение дисков» (& не только...) | 19 |
| 3.2 Современные термины: «дорсопатия», «дорсалгия», «остеохондроз», «остеохондрит», МКБ - 11..... | 20 |
| 3.3 Кто сейчас использует определение «неспецифическая боль в спине» | 21 |
| Глава 4. АНАТОМИЧЕСКИЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ В ОБЛАСТИ СПИНЫ | 23 |
| 4.1 Спина – часть тела человека..... | 23 |
| 4.2 Изучение биомеханики спины человека..... | 26 |
| 4.3 Функционально важные отделы позвоночника и суставов..... | 28 |
| 4.4 Мускулатура и невральные структуры спины..... | 31 |
| Глава 5. ДЕСТРУКТИВНО-ДИСФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНАЯ БОЛЬ | 38 |
| 5.1 Основные типы боли..... | 38 |
| 5.2 Доброкачественная мышечно-скелетная боль..... | 38 |
| 5.3 Миофасциальная боль и ее дисфункция..... | 39 |

| | |
|--|-----------|
| 5.4 Скелетные типы боли в спине..... | 41 |
| 5.5 Дистрофические изменения в межпозвоночных дисках и повреждение нервных корешков..... | 43 |
| 5.6 Неспецифичность мышечно-скелетной боли раскрыта..... | 44 |
| Глава 6. ДОРСАЛГИЯ – СОВРЕМЕННАЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ..... | 46 |
| 6.1 Дорсалгия: термин, определение. Новое заболевание..... | 46 |
| 6.2 Синдромокомплексы заболевания «дорсалгия»..... | 47 |
| 6.3 Мышечно-скелетные блоки в МКБ-11, МКБ-10. Классификация синдромов дорсалгии, современные коды..... | 49 |
| Глава 7. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С БОЛЬЮ В СПИНЕ...53 | 53 |
| 7.1 Диагностический клинический процесс..... | 53 |
| 7.2 Исследование мышц позвоночника и суставно-связочного Аппарата..... | 57 |
| 7.3 Диагностические критерии деструктивно-дисфункциональных мышечно-скелетных и неврологических поражений..... | 59 |
| 7.4 Диагностика мышечного спазма основных мышц спины..... | 62 |
| 7.5 Функциональное исследование суставов и связок позвоночника и таза..... | 66 |
| 7.6 Инструментальное обследование болезненных структур при дорсалгии..... | 68 |
| Глава 8. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ БОЛИ В ОБЛАСТИ ТУЛОВИЩА..... | 70 |
| 8.1 Первичный осмотр больного с болью в спине..... | 70 |
| 8.2 Дифференциальная диагностика острых болей в спине и грудной клетке..... | 71 |
| 8.3 Дифференциальная диагностика хронических болей в спине и грудной клетке..... | 78 |
| 8.4 Возможные причины боли и врачебная тактика при симптомах опасности..... | 81 |
| Глава 9. ТРИ КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ДОРСАЛГИИ. ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА ПРИ ДОРСАЛГИИ (код по МКБ-11)..... | 83 |
| 9.1 Клинические формы дорсалгии..... | 83 |
| 9.2 Острая мышечно-скелетная дорсалгия (схема патогенеза 1) ... | 83 |
| 9.3 Хроническая мышечно-скелетная дорсалгия (схема патогенеза 2) | 86 |
| 9.4 Острая или хроническая дорсалгия с радикуло- или невропатией (схема патогенеза 3) | 88 |

| | |
|---|------------|
| Глава 10. СОВРЕМЕННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСАЛГИЕЙ..... | 90 |
| 10.1 Основное решение медицинских задач при доброкачественной мышечно-скелетной боли..... | 90 |
| 10.2 Лечебное воздействие при дорсалгии..... | 90 |
| 10.3 Медикаментозное лечение. Выбор методов лечения при дорсалгии..... | 92 |
| 10.4 Порядок клинического обследования и лечения пациентов с дорсалгией..... | 94 |
| 10.5 Показатели медицинской эффективности пациентов с дорсалгией..... | 95 |
| Глава 11. ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «ШКОЛА ПРИ БОЛИ В СПИНЕ»..... | 97 |
| 11.1 Спина – система позвонков, мускулов, сухожилий, связок и нервов..... | 97 |
| 11.2 Помощь пациентам с острой мышечно-скелетной болью и дискогенной радикулопатией..... | 101 |
| 11.3 Как избежать боли в спине в различных ситуациях..... | 104 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 112 |
| ЛИТЕРАТУРА..... | 116 |

ВВЕДЕНИЕ

Боль в спине неспецифической природы – это боль, не связанная с онкологическими, воспалительными, метаболическими или травматическими поражениями тканей спины. Неспецифическая боль в спине в отечественных публикациях и руководствах свыше 40 лет считалась неврологическим заболеванием — «неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника». В 1985 году врачам рекомендовалась «Классификация периферической нервной системы» (Антонов И.П., Попелянский Я.Ю.).

Таким образом, надолго было извращено понимание проблемы боли в спине, введены в заблуждение несколько поколений российских врачей, использовались при этом неадекватные диагнозы больного, а значит, пострадал пациент!

Старые, неправильные теоретические и практические представления о боли в спине давно требуют модернизации. В современной медицинской работе не может использоваться также старая терминология. Вместе с тем в России уже имеется многолетний положительный опыт ведения пациентов с болью в спине.

С 1990 по 2008 гг. в многопрофильной поликлинике работало междисциплинарное отделение боли в спине (вертеброневрологическое отделение). Нами проводилось обследование и ведение более чем 7000 пациентов с болью в спине и конечностях. Причины были различными. При этом обнаружилось, что у 3% пациентов боль в области спины выявлялась висцеральными, онкологическими, воспалительными, травматическими и психогенными заболеваниями. Оставшаяся совокупность неспецифических болевых синдромов в спине (97% пациентов) была отнесена к новому заболеванию опорно-двигательного аппарата под названием «дорсалгия». Только у 5% пациентов с дорсалгией развивались также вторичные повреждения периферической нервной системы (корешок, нерв).

Прицельно исследовались структурно-функциональные изменения в области спины при дорсалгии (Рис.1).

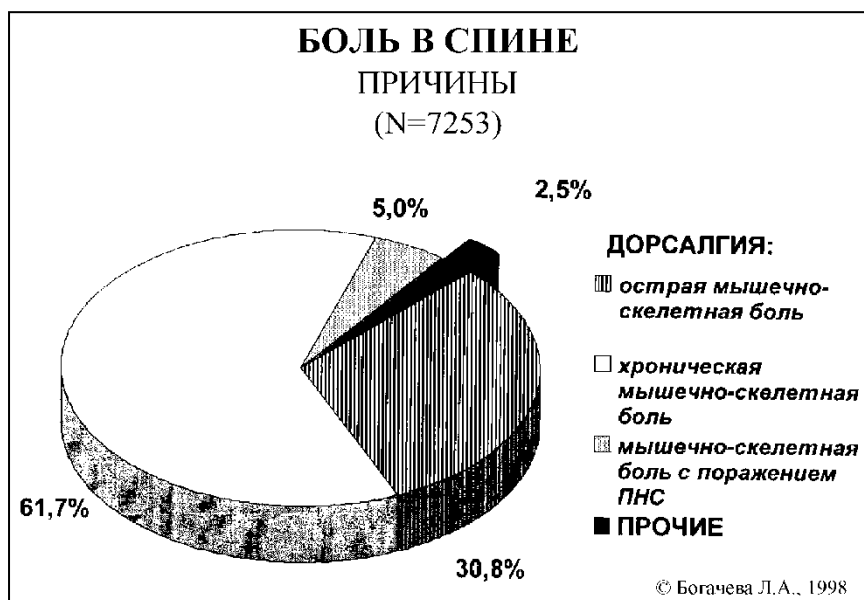


Рис.1

Нами показано, что ошибочная теория «неврологических проявлений остеохондроза позвоночника» несостоятельна и полностью непригодна для работы врача.

Впервые нами выделена неспецифическая мышечно-скелетная боль, обусловленная деструктивными, дисфункциональными, дистрофическими поражениями мышечно-скелетных тканей («красные флаги»), фибромиалгия и психогенная боль исключаются). Деструктивно-дисфункциональная мышечно-скелетная боль имеет доброкачественный и обратимый характер изменений, диагностируется и лечится преимущественно в амбулаторных условиях. К ней относятся такие болезни, как дорсалгия, периартроз крупных суставов, головная боль напряжения, туннельная невропатия, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

Дорсалгия — новая нозологическая форма в ортопедии. В структуре общей заболеваемости пациентов поликлиники среди мышечно-скелетных заболеваний дорсалгия составляет 13%. Классификация синдромов дорсалгии соответствует Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 11-го пересмотра. В классификацию синдромов дорсалгии входят синдромы различных частей спины,

обусловленные едиными этиологией и патогенезом. Нами также впервые выделены три клинические формы дорсалгии: острая мышечно-скелетная, хроническая мышечно-скелетная и дорсалгия с вторичной дискогенной радикулопатией (радикулопатией), которые имеют различные пато- и саногенез, подходы к лечению, длительность временной нетрудоспособности и прогноз.

Современные знания помогут врачам оперативно провести дифференциальную диагностику у пациента с болью в спине, выбрать инструментальное дообследование, поставить правильный диагноз и назначить соответствующее лечение, а научным сотрудникам — читать современные лекции по ортопедии и неврологии.

Дистрофическими поражениями мышечно-скелетных тканей («красные флаги», фибромиалгия и психогенная боль исключаются). Деструктивно-дисфункциональная мышечно-скелетная боль имеет доброкачественный и обратимый характер изменений, диагностируется и лечится преимущественно в амбулаторных условиях. К ней относятся такие болезни, как дорсалгия, периартроз крупных суставов, головная боль напряжения, туннельная невропатия, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

Рисунки в книге подготовлены д.м.н. Л.А. Богачевой и инженером Н.Н. Левановым.

Глава 1

НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ПСЕВДОУЧЕНИЕ ОБ «ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЗВОНОЧНИКА»

*Не бойся незнания, бойся ложного знания. От него все зло мира.
Лев Толстой.*

Представления о болезни определяют современный уровень медицинских знаний. Прогресс науки заставляет пересматривать сложившиеся представления о медицинских явлениях, по-новому оценивать факты. Поэтому работа по уточнению таких понятий как «остеохондроз», «вертеброневрология», «радикулит», «боль в спине», «неспецифическая боль в спине», «дорсопатия», «дорсалгия» является актуальной проблемой.

1.1 Исторические взгляды на боль в спине в России

Для описания боли в спине термин «остеохондроз» давно используется в медицинской литературе. Российские травматологи-ортопеды в 1960-1980 годы обозначали «остеохондроз» как «дегенеративное заболевание позвоночника, в первую очередь межпозвонковых дисков, сопровождающееся их деформацией, уменьшением высоты, расслоением». Специальные разделы были посвящены нейротравме. Было хождение термина «пояснично-крестцовый радикулит».

Для диагноза в те годы использовались следующие формулировки: «шейный остеохондроз», «пояснично-крестцовый остеохондроз с корешковым синдромом» или «пояснично-крестцовый остеохондроз без корешкового синдрома», «неврологические проявления остеохондроза позвоночника – проф. Я.Ю. Попелянский».

Для практической и научной работы медицинских специалистов с 1985 г. в нашей стране применялась «Классификация заболеваний периферической нервной системы» (Антонов И.П.).

1. Вертеброгенные поражения (имелись в виду «неврологические проявления остеохондроза позвоночника» Я.Ю. Попелянского)

1. Шейный уровень.

1.1 Рефлекторные синдромы.

1.1.1 Цервикалгия.

1.1.2 Цервикокраниалгия.

1.1.3 Цервикобрахиалгия с мышечно-тоническими, или вегетативно-сосудистыми, или нейродистрофическими проявлениями.

1.2 Корешковые синдромы.

1.2.1 Дискогенное (вертеброгенное) поражение (радикулит) ... корешков (указать, каких именно).

1.2.2 Корешково-сосудистые синдромы.

2. Грудной уровень.

2.1 Рефлекторные синдромы.

2.1.1 Торакалгия с мышечно-тоническими или вегетативно-висцеральными или нейродистрофическими проявлениями.

2.2 Корешковые синдромы.

2.2.1 Дискогенное (вертеброгенное) поражение (радикулит) ... корешков (указать, каких именно).

3. Пояснично-крестцовый уровень.

3.1 Рефлекторные синдромы.

3.1.1 Люмбаго (прострел) — допускается использовать как первоначальный диагноз в амбулаторской практике.

3.1.2 Люмбагия.

3.1.3 Люмбоишиалгия с мышечно-тоническими, или вегетативно-сосудистыми, или нейродистрофическими проявлениями.

3.2 Корешковые синдромы.

3.2.1 Дискогенное (вертеброгенное) поражение (радикулит) ... корешков (указать, каких именно, исключая синдром конского хвоста).

3.3. Корешково-сосудистые синдромы (радикулоишемия).

1.2 «Неврологические проявления остеохондроза позвоночника»

Учение об «остеохондрозе позвоночника», теория «неврологических проявлений (осложнений) остеохондроза позвоночника» и теория «вертеброневрологии» Я.Ю. Попелянского, А.Я. Попелянского и ближайших соратников состояли из следующих устоявшихся голословных положений:

1. Остеохондроз позвоночника — «заболевание, связанное с дистрофией межпозвоночных дисков, имеет этиопатогенетический фактор, определяющий неврологические проявления, их характер, тактику лечения и профилактику».

2. «Неврологические проявления (осложнения) остеохондроза позвоночника» делят на две группы: «рефлекторные — не имеющие признаков поражения периферической нервной системы (ПНС)» и «компрессионные — радикулиты и радикулоишемии».

3. «Рефлекторные синдромы (экстравертебральные. мышечно-тонические, нейродистрофические, нейромидистрофические, вертебро-сосудистые, вертебро-висцеральные, ангиодистонические реакции или формы, нейроостеофиброз) считают неврологическими и объясняют «патологической импульсацией от рецепторов синуввертебрального нерва Люшка».

4. Дистрофические изменения в мышцах, сухожилиях и связках обуславливается «патологической импульсацией из пораженных дисков позвоночника – нейроостеофиброз».

5. На основании теории Я.Ю. Попелянского все «неврологические проявления (осложнения) остеохондроза с признаками и без признаков поражения периферической нервной системы» отнесены в классификации к заболеваниям ПНС.

6. «Вертеброневрология» считалась практическим развитием теории Я.Ю. Попелянского. Эта теория каким-то образом поможет неврологам, которые проводят мануальную терапию (А.Я. Попелянский).

7. При определении тактики лечения основное внимание рекомендуется уделять существующим изменениям в позвоночнике — «остеохондрозу».

1.3 Кризис в вертеброневрологии

На медицинские ошибки в теории «неврологических проявлений остеохондроза позвоночника» и «вертеброневрологии» первым обратил внимание профессор В.П. Веселовский. В своей актовой речи «Кризис в вертеброневрологии и пути его преодоления», произнесенной 21 апреля 1993 г. на юбилейном заседании Ученого Совета Казанского ГИДУВа, он отметил шесть противоречий:

1. Отсутствие параллелизма между степенью выраженности клинических проявлений и рентгенологических изменений при дистрофических поражениях позвоночника.

2. Отсутствие нейрональных связей между очагом поражения в позвоночнике и некоторыми вертеброневрологическими синдромами.

3. Появление активных триггерных зон вне места раздражения рецепторов синувентрального нерва, зачастую напрямую иннервационно не связанную с очагом поражения в позвоночнике.

4. Развитие у больных с органической патологией позвоночника так называемых вертебральных дисфункций, «блоков», сублюксации, локализованных вне органического поражения позвоночно-двигательного сегмента.

5. Улучшение состояния пациента с компрессионным механизмом поражения остеохондроза позвоночника при тракционном лечении, тогда как грыжевое образование остается на месте.

6. Болезненность при пальпации позвоночно-двигательного сегмента в условиях его органической фиксации (спондилоз) и исчезновение болезненности при изменении положения тела, необъяснимое с позиций одних лишь взаимодействий между пораженным диском и невральными рецепторами.

Основной вывод автора таков: «... при помощи только компрессионной и рефлекторной теории нельзя объяснить все клинические данные и результаты лечения... налицо кризис в вертеброневрологии... без его преодоления невозможно движение вперед». (Ахмадов Т.З., 2011)

Определение «вертеброневрология» под именем Я.Ю. Попелянского в Интернете ru.m.wikipedia.org сейчас не следует в расчет. Оно всегда тормозило здоровое понимание боли в спине.

1.4 Неправильное учение «остеохондроза позвоночника» семейства Попелянских

«В 1965 г. на Первой российской конференции по патологии позвоночника в Новосибирске Я.Ю. Попелянский назвал этот форум «лавочкой» и увидел попытку некоторых ортопедов и нейрохирургов оттеснить невропатологов от изучения проблем патологии позвоночника. Это ему стало длительной конфронтацией с некоторыми представителями указанных специальностей. И вся концепция «рефлекторных синдромов остеохондроза» переходит в ...неврологию» (А.Я. Попелянский). Клиническими работами Попелянских считалось, что это глубокое клиническое развитие невропатологии и позвоночника. Хотя они опирались на старые неврологические понятия - «ишиас» (Cotunnus, 1770) или «радикулит» (Dejerine, 1896).

Детальный анализ отечественной и зарубежной медицинской литературы, посвященной проблемам боли в спине за последние десяти-

тиллетия и собственный многолетний клинический опыт свидетельствуют о том, что *учение об «остеохондрозе позвоночника», «вертебро-неврологии» и теория «неврологических проявлений остеохондроза позвоночника», существовавшие свыше 40 лет в России, полностью не соответствуют современным научным представлениям и реальной клинической практике.*

Использовался часто термин «остеохондроз позвоночника» в качестве синонима неврологической патологии, что вообще не соответствует академическим канонам. Однако многие годы невежественный напористый профессор Я.Ю. Попелянский, обладающий талантом оратора, любил говорить врачам на трибуне «просто о жизни» и повторять многократно неправильные медицинские данные. Об этом все необходимо подробно рассказать, чтобы не повторялись подобные ошибки.

В ходе «теоретических» построений Я.Ю. Попелянского никогда не учитывался основной болевой иннервационный источник структур спины - дорсальная ветвь, идущая от спинномозгового нерва, которая снабжает позвонки, связки, суставы, мышцы и кожу. Не указывалось также, что синувентральный нерв, иннервирующий фиброзное кольцо диска, может проявить только локальную боль при его повреждении. Пульпозное ядро диска вообще безболезненно (нет ноцицепторов). **Эти объективные данные показывают, что концепция «неврологических проявлений (осложнений) остеохондроза позвоночника» теоретически несостоятельна. Это лженаука!** К сожалению, были введены в заблуждение несколько поколений российских врачей. Неврологи, терапевты, ортопеды, мануальные терапевты многие годы, более 40 лет пользовались неправильными рекомендациями для осмотра и лечения пациентов с болью в спине.

Представим вам важную точку зрения врачей клиники «Тийе Бари», которые лечат позвоночник и суставы (Израиль, Беер-Шева, findhealthclinics.com). «Сведения об анатомии и болезнях позвоночника вы можете найти во множестве сайтов в интернете. Большинство из них обосновывают теорию «Остеохондроза», автором которого является Я.Ю. Попелянский, анатомическими особенностями позвоночника. К сожалению, Израиль не является исключением, и в Израиле теория «остеохондроза позвоночника» находит своих сторонников. **Нашей целью является разоблачить теорию «Остеохондроза» как необоснованной.** Наиболее ярко критику данной теории представил профессор Жарков».

Профессор, д.м.н., П.Л. Жарков, советский рентгенолог, **специалист по патологии костно-суставной системы** ru.m.wikipedia.org,

многие годы указывал на неправильные медицинские данные, подготовленные неврологами Попелянскими («Поясничные боли. Диагностика, причины, лечение», Москва, 2001 г. П.Л. Жарков и др.). Неоднократно правильная точка зрения проф. П.Л. Жаркова повторялась в российских статьях, например в «Медицинской газете» (15 февраля 2013 г.). Но до сих пор популяризируются книги Я.Ю. Попелянского, например, из последних – «Ортопедическая неврология (Вертеброневрология)» (1998-2023 гг.). Эта монография не может быть руководством для врачей – она нелогична и безграмотна.

Пишет профессор П.Л. Жарков: «Книга перегружена массой сведений, совершенно ненужных ни для диагностики, ни для лечения, ни для понимания сущности разбираемых процессов. В целом монография отражает не объективную клиническую, анатомическую и патоморфологическую реальность разбираемой патологии, а умозрительные, нечеткие представления автора об этой реальности. Все это, вместе с путаной, неграмотной или устаревшей анатомической и патоморфологической терминологией может лишь окончательно запутать читателя.» Точнее сказать нельзя!

Глава 2 **БОЛЬ В СПИНЕ: КЛИНИКА, ПАТОГЕНЕЗ, АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

2.1 Терминология и теория Попелянских неприемлема

Когда не знаешь приемов логики, можно потеряться от плохих медицинских работ российских профессоров и доцентов. Жаль, что в 1954 году в СССР в школе прекратили изучать науку «Логика». Необходимо начать с определения термина «**Логика**» - «В процессе мышления говорится о логичном и нелогичном мышлении, где последовательность утверждений соответствует изученным в логике схемам, в отличие от полностью бессвязных и рассуждений по аналогии с произвольными понравившимися автору образами или стереотипами. Википедия».

В настоящее время необходимо критически пересмотреть российские статьи о позвоночнике и боли в спине, в которых популяризируются материалы Попелянских, а также их неправильная точка зрения. Все статьи, клинические рекомендации, книги Я.Ю. Попелянского и его сына А.Я. Попелянского, например - «Вертеброгенные заболевания нервной системы», «Ортопедическая неврология. Вертеброневрология»

- нелогичны и бессвязны, начиная с их названия.

Вертеброгенные заболевания могут быть связанные только с позвонками или позвоночником. **Нервная система** – совокупность различных взаимосвязанных нервных структур. Однако нервные структуры просто постоянно «подписываются» во всех работах Попелянских.

Ортопедический (ортопедическая) – прилагательное к ортопедии, которое отвечает на вопросы «какой?», «какая?», «какое?». Неврология изучает нервную систему. **Неврология – существительное:** наличие, присутствие чего-либо внутри; сущность чего-либо. Прилагательное к неврологии – неврологический (неврологическое). Соединить прилагательное «ортопедическая» к существительному «неврология» нельзя!

К сожалению, до сих пор в российских статья и книгах при описании списка «Литературы» подписываются неправильные ошибочные работы неврологов Попелянских. В них грубо нарушена наука и логика!

2.2 Несуществующие медицинские словосочетания и статьи

С огромным трудом медики России смогли отойти неправильной теории невролога Я. Ю Попелянского и его сына А.Я. Попелянского. В их книгах его термины и словосочетания не должны использоваться в работе, они заслоняют нормальное общение российских медиков.

Несуществующие медицинские словосочетания и слова были придуманы неврологами Попелянскими:

- неврологические проявления (осложнения) остеохондроза с признаками и без признаков поражения периферической нервной системы;

- неврологические рефлекторные синдромы;

- экстравертебральные синдромы;

- рефлекторные синдромы;

- ангиодистонические;

- мышечно-тонические, нейродистрофические;

- нейромиодистрофические,

- нейрососудистые;

- вертебро-сосудистые (реакции, формы);

- миоадаптивные, викарные синдромы;

- стенозолия;

- вегетативно-сосудистые реакции или формы;

- нейроостеофиброз.

Использовать «синдром Попелянского ипсилатерального напряжения многораздельной мышцы» при люмбашиалгии неправильно. **«Ипсилатеральный» — это паралич (расслабление), поражающий ту же сторону тела, что и полушарие головного мозга.**

Сотрудники кафедры неврологии Новокузнецкого университета усовершенствования врачей и кафедры неврологии Института усовершенствования врачей в Казани считали умным, что неврологи Попелянские при выявлении различных повреждений сразу придумывали свои неизвестные «термины». Ведь они никогда не обращались в российские и иностранные атласы анатомии человека. «Теория и терминология остеохондроза позвоночника Попелянских» многие годы мешала и до сих пор мешает российским неврологам, ортопедам, мануальным терапевтам.

2.3 Мануальная терапия и неврология в России

Неспецифическая (мышечно-скелетная) боль в спине более 40 лет считалась «неврологическим» заболеванием. В 1988-1990 гг. мануальная терапия, мышечно-скелетный вид лечения передается НЕВРОЛОГАМ. Это было связано с теорией и деятельностью проф. Я.Ю. Попелянского и его сына к.м.н. А.Я. Попелянского (Россия, Казань).

Подготовлены были неверные медицинские данные:

- концепция «неврологических проявлений остеохондроза»,
- «неврологический фактор патогенеза синдромов боли в спине»,
- «вертеброгенные заболевания периферической нервной системы»,
- «классификация заболеваний периферической нервной системы»,
- «невропатология, мануальная терапия»,

вместо синдромов мышечно-скелетной боли в спине!

Пишет профессор В.А. Карлов в 1985 г.: «Яков Юрьевич фактически первым в нашей стране понял и оценил значение и перспективность мануальной терапии, познакомился, а затем подружился с главой европейской школы мануальной терапии Карелом Левитом.» nevrolog.nv.kz.narod.ru. Однако ни Попелянский Я.Ю., ни сын его Попелянский А.Я. не рассказали нашей медицине, что мануальная терапия - мышечно-скелетный, ортопедический вид лечения!

Суставные отростки дугоотростчатых суставов позвоночника («фасетки»), суставные поверхности крестца и подвздошной кости

крестцово-подвздошного сустава в процессе бытовой и спортивной деятельности могут быть растянуты, разобщены, повреждены. При этом появляется боль, спазм мускулатуры, ограничение движений в спине. Классические и современные приемы мануальной терапии (остеопатии) уместны. Они помогают создать нормальное положение суставных отростков дугоотростчатого «фасеточного» и/или крестцово-подвздошного суставов.

К сожалению, специалисты Попелянские не выделяли медицинских состояний для противопоказаний при лечении мануальной терапии, особенно, при радикулопатии - но это неправильно и опасно. **Мануальная (остеопатия) терапия при острой радикулопатии противопоказана!** Без соответствующего клинического диагноза работа мануального терапевта дискредитируется.

Глава 3

ТЕРМИНЫ «ОСТЕОХОНДРОЗ», «ДОРСОПАТИЯ», «ДОРСАЛГИЯ», НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ БОЛЬ В СПИНЕ

3.1 Идеи Попелянских - «саморазрушение дисков» (& не только...)

Псевдоучение об «остеохондрозе позвоночника» и ошибочная теория «неврологических проявлений (осложнений) остеохондроза позвоночника» использовались только на территории бывшего СССР и рекомендовались к применению. В клинических работах о боли в спине в России до сих пор нет единого мнения по терминам. Еще много медиков пишут о «неврологии остеохондроза позвоночника». Только некоторая часть специалистов пишет о дорсалгии как об ортопедическом заболевании. Да и они оговариваются, что дорсалгия – это нозологическая единица для эстетствующих ученых, для большинства же практиков в России и за рубежом дорсалгия по-прежнему - просто боль в спине.

Лукьянов Андрей Петрович в своей книге «Позвоночник. Величайшее заблуждение в медицине» (2015, 2023 гг.) пишет, что «на протяжении многих лет в медицине господствует странная теория возникновения межпозвонковых грыж путем «саморазрушения дисков». «Дифференциальная диагностика мышечно-скелетного болевого синдрома в

области спины при наличии межпозвонковой грыжи вообще не проводится.» «Ничего более нелогичного и антинаучного представить себе невозможно! В эпоху господства идей Я.Ю. Попелянского в СССР такой условный рефлекс у врачей был выработан на «остеохондроз позвоночника», которым объясняли не только боль в спине, но и еще много чего. Отдельные положения «теории» Попелянского Я.Ю. входят в противоречие с законами природы. В то же время ученые, словно загнипнотизированные, не замечают очевидных, лежащих на поверхностных фактов.»

Но при медицинских работах Попелянских о боли в спине – здравый смысл не должен отменяться! Отсутствует четкая связь между характером и выраженностью дистрофических изменений диска и смежных структур.

3.2 Современные термины «дорсопатия», «дорсалгия», «остеохондроз», «остеохондрит», МКБ - 11

Дорсопатия - собирательное понятие, обозначающее болезненность в спине разного генеза. Она охватывает большую группу заболеваний и патологических состояний, которые могут быть причиной болевого синдрома. Среди них выделены патологии, ассоциированные с позвоночником, мышцами, костями, сосудами, нервами спины, грудной клеткой и суставами конечностей.

На основе современной теории развития болевых ощущений и современных представлениях о неспецифических мышечно-скелетных поражениях, проведенного анализа особенностей клинических характеристик острых и хронических мышечно-скелетных поражений без признаков и с признаками поражения периферической нервной системы нами сформулированы два определения дорсалгии:

1. 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) (Богачева Л.А. 1996, 1998 гг., Москва)

2. Дорсалгия – деструктивно-дисфункциональная мышечно-скелетная боль в спине (с возможностью вовлечения корешка или нерва); это самостоятельная нозологическая единица. (Богачева

Л.А. 2012 г., Москва)

В эти понятия не входят болевые синдромы, связанные с заболеваниями внутренних органов, онкологическими и воспалительными мышечно-скелетными поражениями.

Согласно Международной классификации болезней (МКБ) 9-10 пересмотров термин «остеохондроз позвоночника» (шифр М42) относился к болезни Кальве (асептический некроз тела нижнегрудного или верхнепоясничного позвонка) и болезни Шейермана — Мау (безболезненное врожденное снижение высоты среднегрудных позвонков) у детей, молодых и взрослых людей. В МКБ-11 «М42 Остеохондроз позвоночника» перенесен в «Артропатию» - рубрика «FA05 Полиостеоартрит» (15-й класс).

В настоящее время в МКБ – 11 «Остеохондроз или остеохондрит dissecans» FB82.1 – это ортопедическое заболевание: небольшой участок хряща со смещением его в полость сустава.

С этими «ошибками» долгие годы боролись современные врачи, профессора, серьезные специалисты. На основе клинического материала написала современная книга «Поясничные боли», М., 2001 г. – авторы профессор Жарков П. Л., д.м.н. Жарков А. П., д.м.н. Бубновский С.М.

Ахмадов Т.З., невролог, профессор пишет: «Пора от некоторых умозрительных концепций остеохондроза позвоночника и его неврологических проявлений перейти к выработке четкой патогенетической картины».

Карел Левит, чешский врач, мануальный терапевт, профессор считает, что «Остеохондроз – это суеверие. Вся проблема заключается в функциональной патологии суставов позвоночника и мышц. Грыжи диска – лишь случайные сопутствующие находки.»

Термины «неспецифическая боль в спине», «дорсалгия» в МКБ-11 не найдены, но необходимо включать в МКБ доброкачественные мышечно-скелетных синдромы заболевания «Дорсалгия» - Классы 21 и 8 (Л.А. Богачева - 1990, 1996, 1998, 2022, 2024 гг.).

Российский врач Л.А. Богачева предлагает в последующий (12) пересмотр МКБ включить современное ортопедическое заболевание «Дорсалгия» в один Класс «Болезни опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани». Это российский престиж – иностранных подобных работ нет.

3.3 Кто сейчас использует определение «неспецифическая боль в спине»?

В 1990 г. в России выбор подходящего термина для «безопасной» боли в спине был затруднителен после неправильного значения «остеохондроз позвоночника». В 1992-1996 гг. нами использовался рабочий термин – «болевого невисцеральный синдром» (Богачева Л.А. и др. 1995, 1996). Позже этот термин потерял свою значимость, т.к. нами было найдено более точное **определение – неспецифическая боль в спине** (Богачева Л.А., 1996, 1998). Боль в спине неспецифической природы – это боль, не связанная с онкологическими, воспалительными, метаболическими или травматическими поражениями тканей спины.

В Интернете видно, что определение «неспецифическая боль в спине» сейчас устраивает в работе только специалистов, которые впрямую не связаны с лечением больных. Но они тоже должны быть современными! **Нами же был найден адекватный термин для неспецифической боли в спине – «дорсалгия»** (Богачева Л.А., 1996, 1998). Все медики должны использовать современную российскую терминологию.

Прежде всего обращаюсь к Российскому межрегиональному обществу по изучению боли (РОИБ), которое создает центры и клиники по лечению и лечению боли. Действует Всероссийский образовательный противоболевой проект. Сайт РОИБ имеет огромную информацию о боли в России и за рубежом. Терминология и диагностика нового заболевания «дорсалгия» быстрее приводит к выздоровлению больного!

Глава 4

АНАТОМИЧЕСКИЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ЧЕЛОВЕКА В ОБЛАСТИ СПИНЫ

4.1 Спина – часть тела человека

Спина (Рис. 1.1) включает позвоночный столб, позвонки, лопатки, ребра, крестец и копчик с примыкающими мышцами, связками, сухожилиями. Спина соединена с головой, переднем отделом шеи и груди, животом и конечностями.

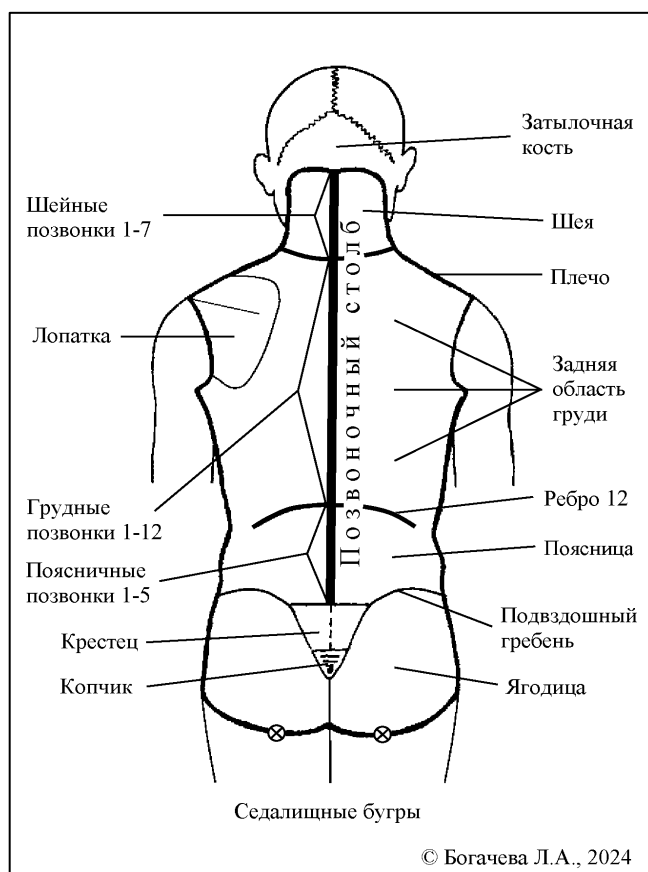


Рис. 1.1

Костные ориентиры спины (Рис.1.2) – опора мягких тканей тела. Они являются «рычагами», которые своей силой осуществляют движения человека. Важные костные ориентиры спины можно найти точечная пальпацией. Под затылком находятся первые позвонки – атлант и осевой позвонок. Атлант образует костное кольцо. Осевой позвонок имеет особенный зубовидный отросток. Соединение атланта и осевого позвонка с затылочной костью проводит различные движения головы – поворот, наклоны – вперед-назад, вправо-влево, круговые движения.

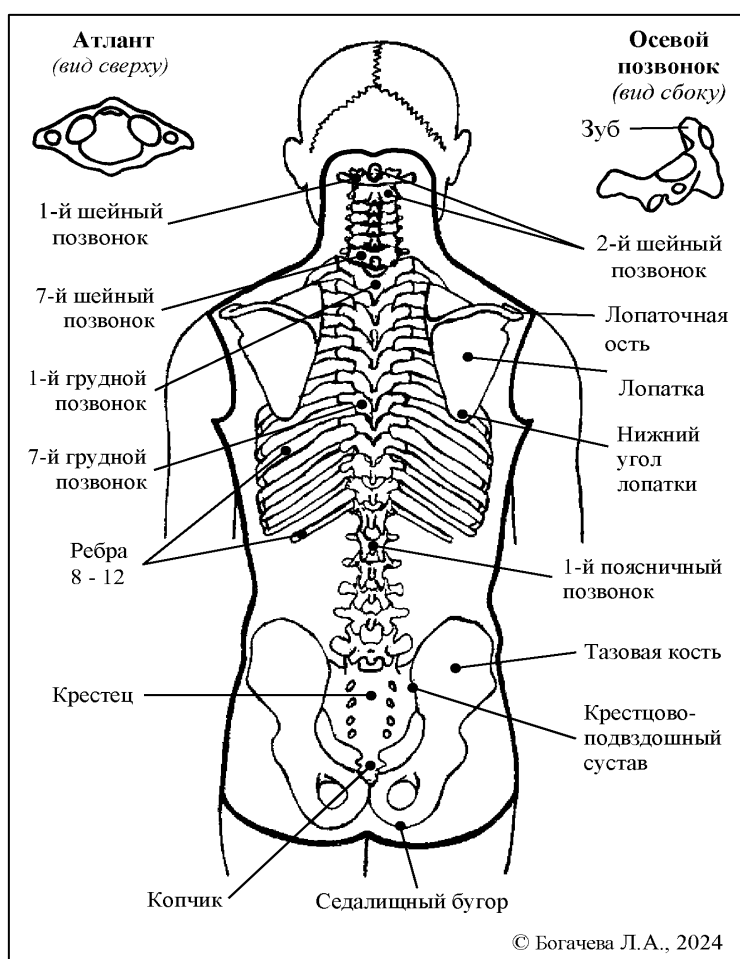


Рис. 1.2

Позвоночник (Рис.1.3) состоит из цепи позвонков, соединенных между собой суставами, связками и дисками. Позвоночник включает 33 (иногда 34) позвонка, крестец и копчик. Одной особенностью позвоночного столба является наличие в нем 4 нормального изгиба. Каждый позвонок, кроме первого шейного, имеет тело, из которого кзади отходит костная дужка. Остистые отростки скреплены связками, которые ограничивают сгибание и боковой наклон туловища.

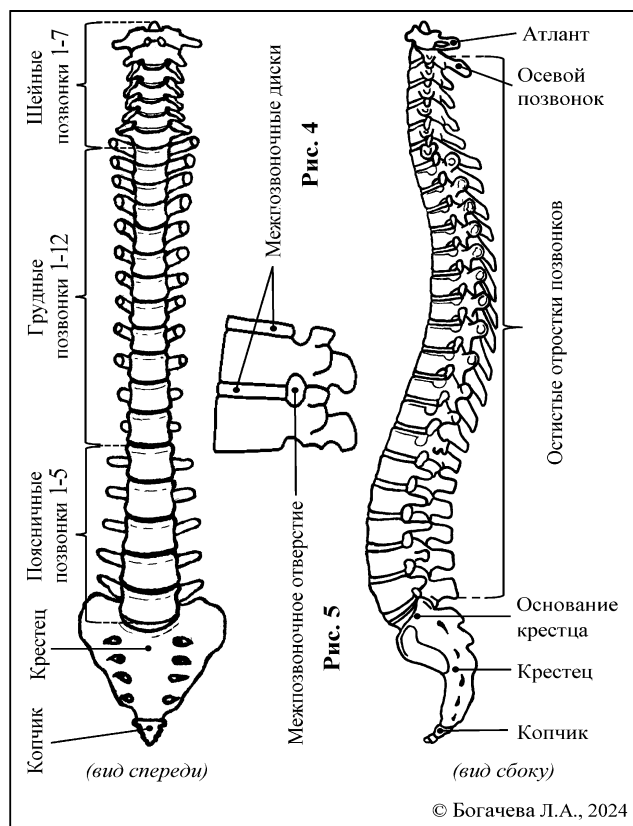


Рис. 1.3

Тела позвонков соединяются между собой **межпозвоночными дисками** (Рис.4). Хрящевые диски – своего рода «амортизаторы». Центральная часть диска – безболезненная структура.

Межпозвоночное отверстие формируется двумя ножками соседних позвонков. Каждое отверстие обеспечивает проход к спинному мозгу

спинномозговому нерву, кровеносным сосудам, а также вмещает корешковый ганглий (Рис. 1.5)

4.2 Изучение биомеханики спины человека

Научное исследование физической нагрузки на диски специалистов Нахемсон А. и Эльфстром Г. показывает, что наибольшая нагрузка человека (по 20 кг в каждой руке) связана с подъемом груза с прямыми ногами (D). Существенное уменьшение нагрузки на поясницу связано при подъеме тяжести с приемом с согнутыми ногами (C), (Рис. 1.6).

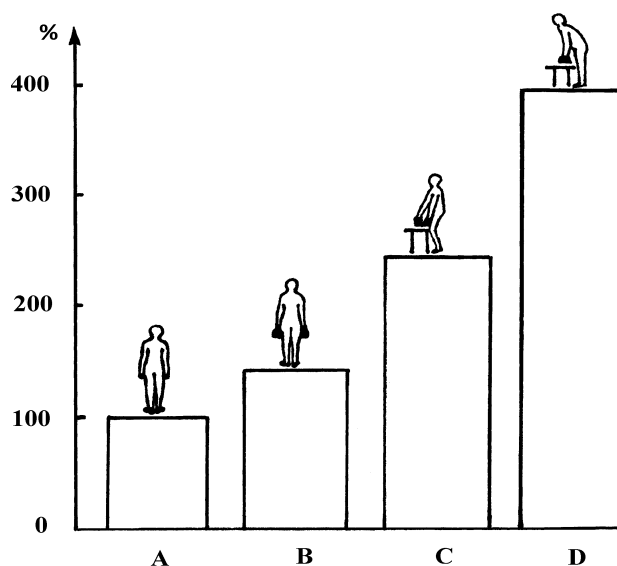


Рис. 1.6

1.6 Давление на межпозвоночные диски (load on the L3)
при позиции человека:

A - стоять без нагрузки;

B - стоять и держать в каждой руке по 10 кг;

C - поднимать груз по 20 кг в каждой руке с согнутыми ногами, «правильный» путь;

D - поднимать груз по 20 кг в каждой руке с прямыми ногами, «неправильный» путь.

Nachemson A., Elfstrom G.
Stockholm, 1970

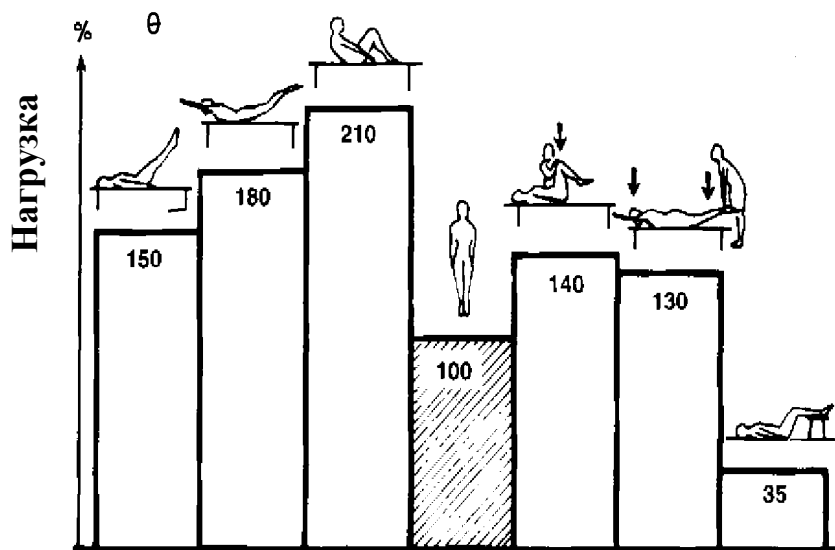
**Сравнение различных видов физической нагрузки
на межпозвоночные диски**
(в процентах от положения стоя):

| | |
|--|------|
| Лежа на спине..... | 25% |
| Лежа на боку..... | 75% |
| Стоя..... | 100% |
| Стоя, с наклоном вперед..... | 150% |
| Стоя с наклоном вперед, в руках вес..... | 220% |
| Сидя..... | 140% |
| Сидя с наклоном вперед..... | 185% |
| Сидя с наклоном вперед, в руках вес..... | 275% |

Nachemson A., Elfstrom G.
Stockholm, 1970

Рис. 1.7

**Изучение нагрузки позвоночных дисков (load on the L3) при
различной деятельности человека**



Nachemson A., Elfstrom G.
Stockholm, 1976

Рис. 1.8

4.3 Функционально важные отделы позвоночника и суставов

Верхне-средние позвонки и суставы (Рис. 1.9). Шейный отдел позвоночника образует гибкий столб, содержащий 5 межпозвоночных дисков, 14 дугоотростчатых суставов, систему связок и мышц, которые осуществляют широкий объем движений в шее. Грудной отдел позвоночника наименее подвижный в этом отделе позвоночника. Наклоны в сторону и вперед ограничены грудной клеткой.

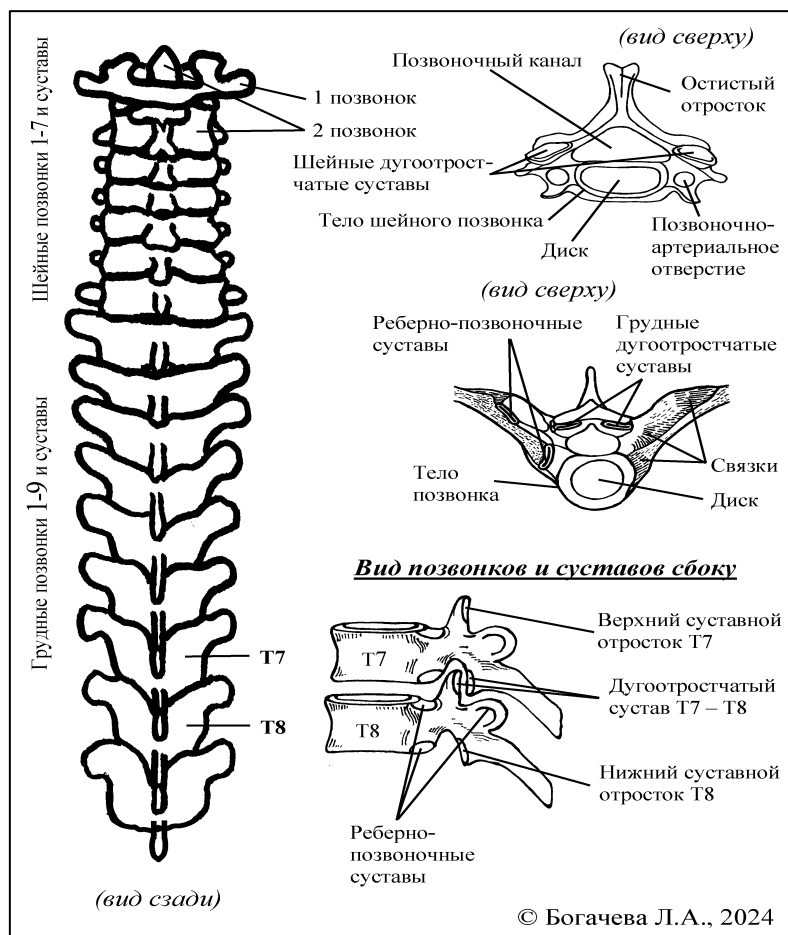


Рис. 1.9

Между позвонками имеются позвоночные дугоотростчатые суставы (т.н. «фасетки»). Шейные «фасетки» расположены между собой в горизонтальном взаимоотношении, грудные «фасетки» - в прямом (лобовом). В грудном отделе имеются также реберно-позвоночные суставы. Все эти позвоночные суставы имеют умеренные разнообразные движения позвоночника, придают спине гибкость. Тем не менее, резкое, избыточное движение в быту может создать небольшое смещение суставных поверхностей, растяжение (повреждение, раздражение) внутренних капсул сустава (суставов), которые провоцируют боль в спине.

Движение дугоотростчатых суставов в грудном отделе спины (Рис.1.10). На рисунке видно, как в среднем грудном отделе позвоночника суставы имеют прямое (лобовое) положение. Здесь же показаны различные положения суставов при движениях спины: наклон, сгибание, разгибание, поворот.

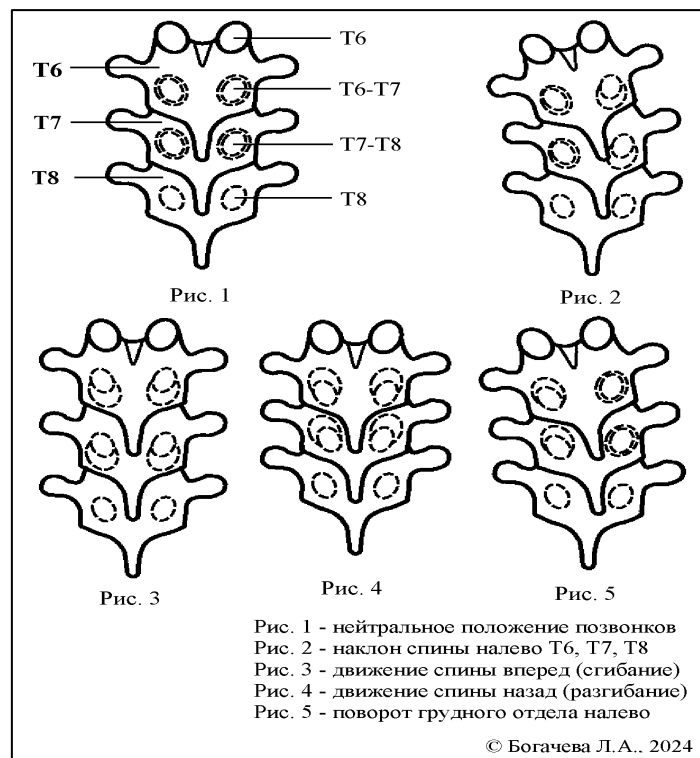


Рис. 1.10

Средне-нижние позвонки и суставы. Крестец, копчик, таз (Рис. 1.11). Грудные 10-12 суставы находятся в прямом расположении. Реберно-позвоночные суставы имеются только у 10 верхних ребер. Реберные хрящи являются продолжением костных частей ребер. Хрящи 11 и 12 ребер (колеблющиеся ребра) не достигают грудины и лежат свободно в мышцах брюшной стенки.

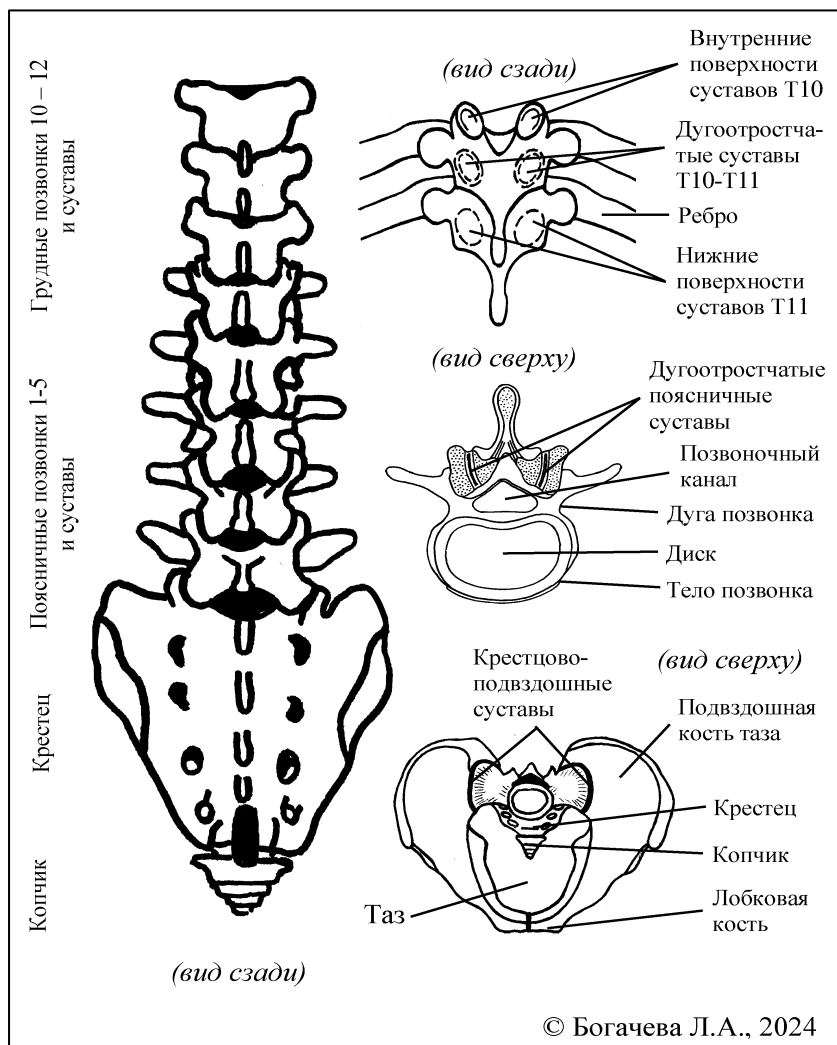


Рис. 1.11

Поясничные суставы находятся в вертикальном взаимоотношении. Поясничный отдел позволяет совершать сгибание и разгибание, а также боковые наклоны для всего корпуса, при этом нижние поясничные позвонки имеют массу всего туловища, поэтому неудивительно, что в этой области часто развивается повреждение тканей.

Крестцово-подвздошный сустав образован подвздошными костями и крестцом. Положение крестца и подвздошных костей обеспечено мощными связками.

Вес туловища распределен на кости таза и нижние конечности. Подвижность этих суставов незначительная, уменьшается с годами. Наряду с особой уязвимостью к действию механических напряжений пояснично-крестцовый отдел позвоночника является также обычным местом врожденных аномалий.

При прямом падении на нижний отдел спины могут развиваться повреждения и дисфункции крестцово-копчикового сустава (назад или внутрь таза).

Суставы позвоночника и таза (крестцово-подвздошные, крестцово-копчиковые) в природе являются малоподвижными, но при резком движении они могут стать болезненными и неподвижными. Фиксируется неестественное положение суставов - назад или внутрь таза. Диагностическая система мышечно-системы терапии (мануальная терапия, остеопатия, хиропрактика) специалистам важна. Они могут особенными приемами восстановить движение суставов спины.

4.4 Мускулатура и невральные структуры спины

Мускулатура спины (Рис. 1.12) наряду с костями и их соединениями входит в опорно-двигательный аппарат человека. Мышцы обеспечивают необходимые движения позвоночника. Здоровая сильная спина у тренированного человека способна выдерживать значительные нагрузки в быту. Тем не менее на протяжении активной жизни восемь из десяти человек сталкивается с появлением боли в области спины. Наиболее ранимы нижние части шеи и поясницы: чаще всего проблемы возникают именно здесь. Болезненные точки находятся при пальпации, сопровождаются ограничением движения головы, шеи или поясницы. Это обусловлено защитным спазмом мышцы при локальным мышечно-скелетным повреждением.

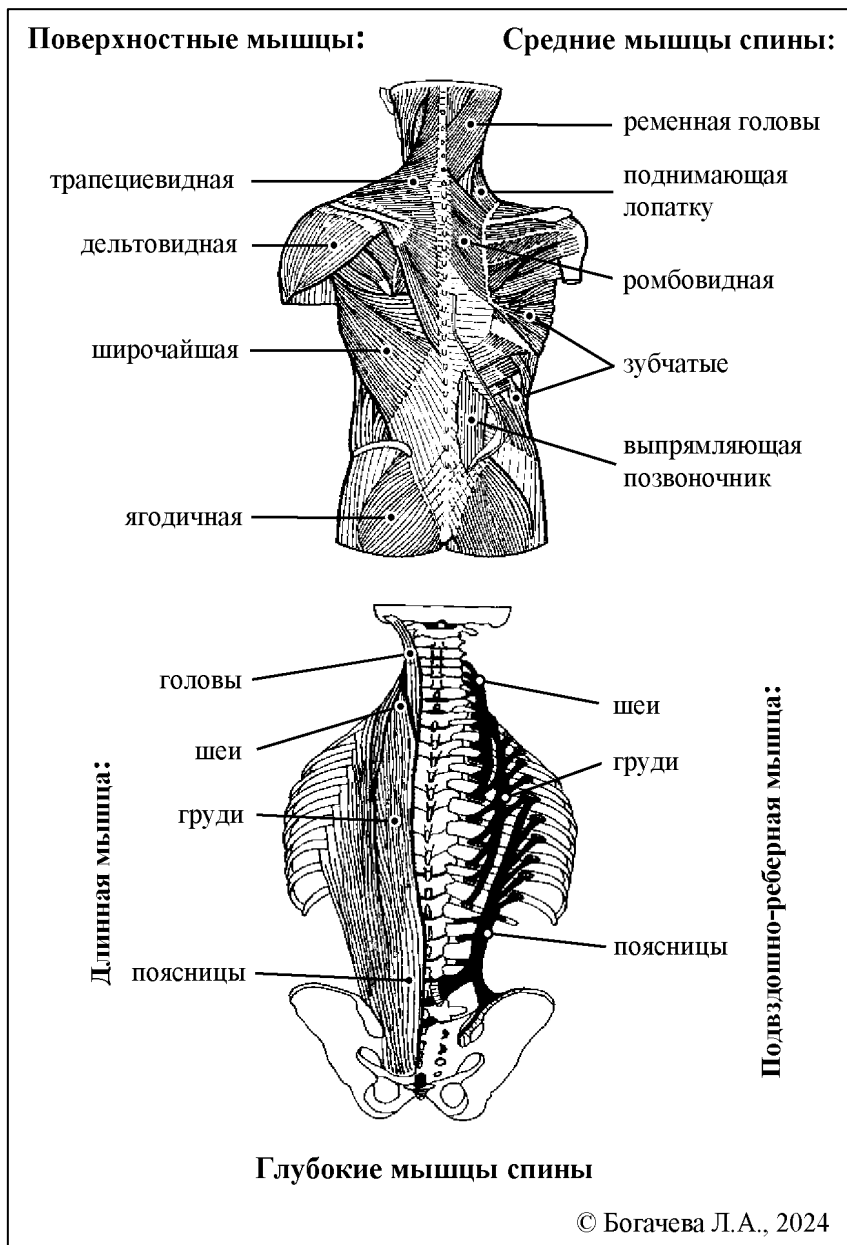


Рис. 1.12

Спинальный мозг, корешки, нервы (Рис. 1.13). Дужки и задние отделы позвонков образуют позвоночный канал, в котором лежит спинной мозг. **Нервные корешки (передние и задние)** находятся также внутри позвоночного канала. Направление корешков неодинаково: в шейном отделе они отходят спинного мозга горизонтально, в грудном – косо вниз, в пояснично-крестцовом – следуют прямо вниз. После окончания спинного мозга корешки соединяются рядом – т.н. конский хвост. **Спинальные нервы** от места отхождения направляются назад между поперечными отростками позвонков. Между крестцом и копчиком под спинальными нервами находится копчиковый нерв.

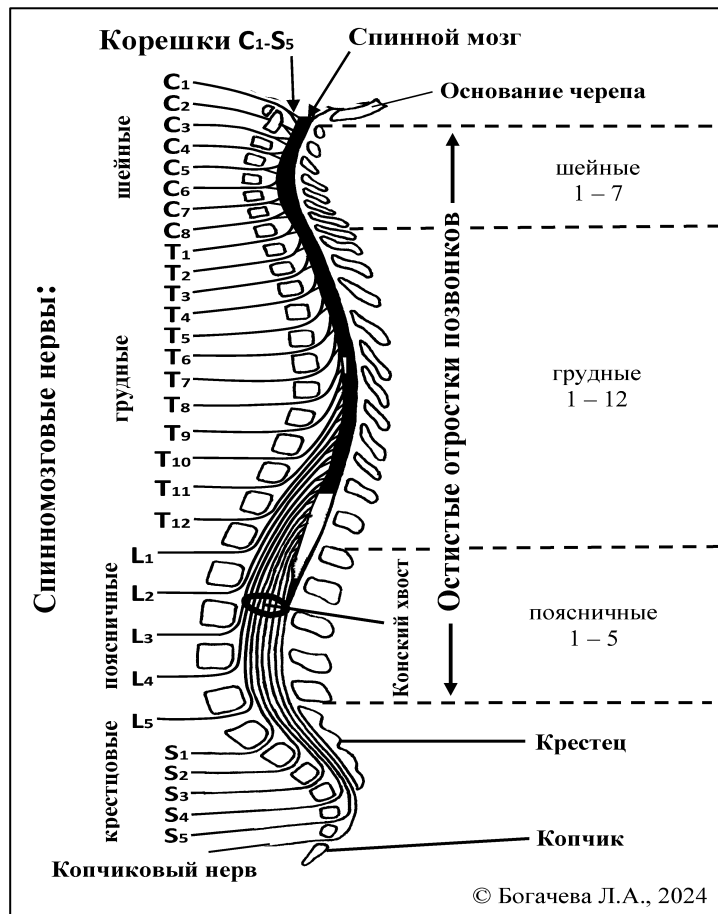


Рис. 1.13

Невральные структуры спины (Рис. 1.14). В позвоночном канале расположены **нервные корешки** (передние и задние). **Спинномозговые нервы** иннервируют дугоотростчатые, реберно-позвоночные и крестцово-подвздошные суставы, связки, мускулатуру и кожу спины. **Синувертебральный нерв** образован возвратной ветвью спинномозгового нерва и симпатическими ветвями. Этот нерв иннервирует фиброзное кольцо межпозвоночного диска и заднюю продольную связку. Синувертебральный нерв может проявить только локальную (соматическую) боль при повреждении диска и не имеет ошибочной теории «неврологических проявлений остеохондроза позвоночника».

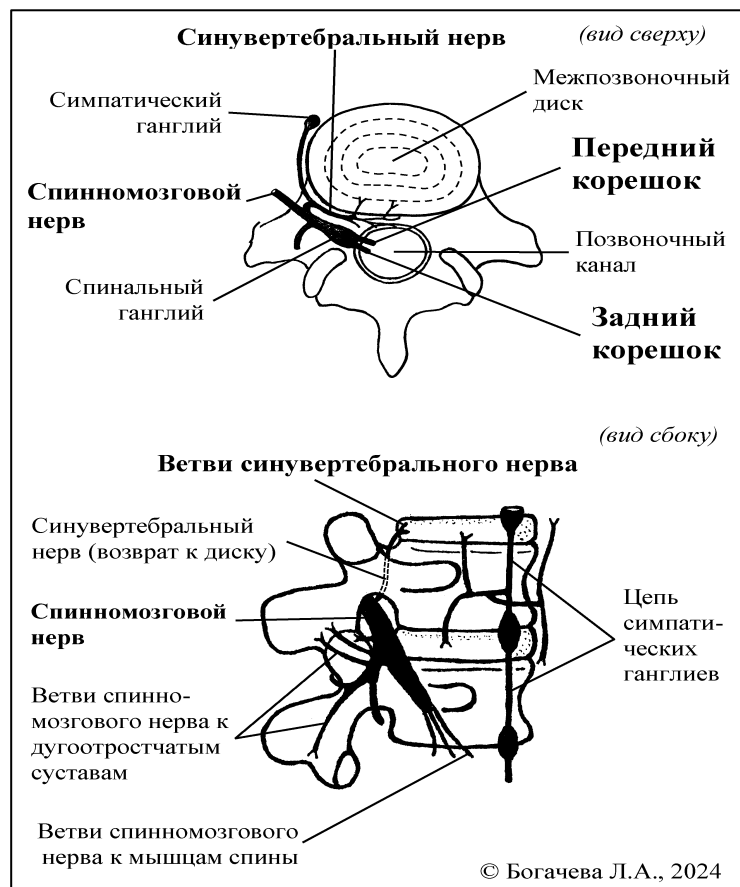


Рис. 1.14

Повреждение диска и появление грыжи, сдавливание нервных корешков (Рис. 1.15). Под влиянием значительной физической нагрузки или некоординированного движения могут возникать радиальные трещины диска: внутренняя грыжа, внешняя грыжа, свободный фрагмент. Секвестр обычно опускается вниз. Боль при повреждении диска локальная, умеренная.

Если острая (наружная или внутренняя) грыжа диска сдавливает расположенный рядом нервного корешка появляется сильная радикулярная боль. Центральная большая грыжа сдавливает корешки конского хвоста в позвоночном канале, что проявляет следующие клинические симптомы: боль и онемение в области обеих ног, мышечная слабость, нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки.

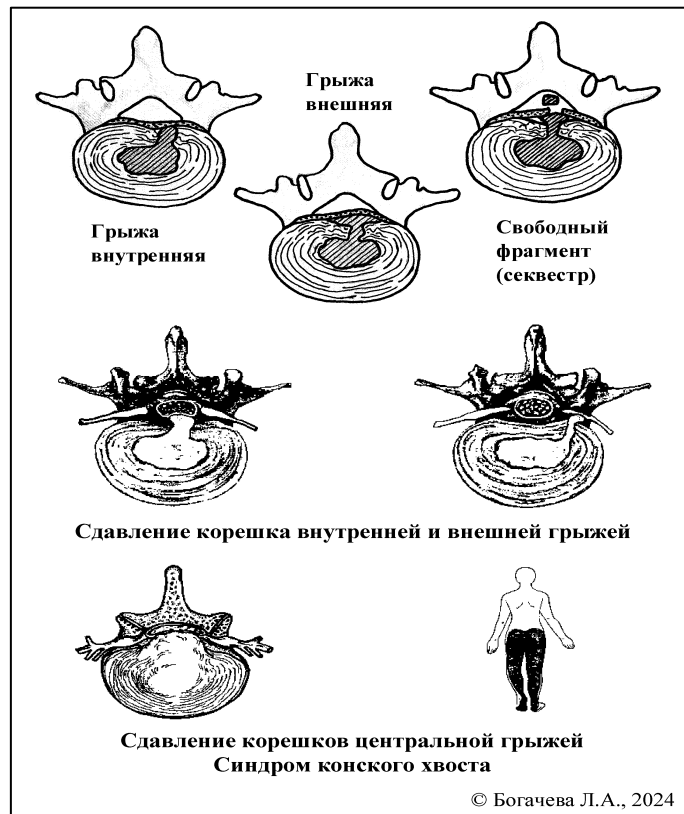


Рис. 1.15

Рисунки боли поврежденных корешков спинного мозга и нервов, задний отдел тела (Рис. 1.16)

Нервные корешки: C1-C8; T1-T12; L1-L5; S1-S5.

Спинномозговые нервы:

1 - Затылочный нерв; 2 – Поперечный нерв шеи; 3 – Латеральный надключичный нерв; 4 – Подмышечный нерв; 5 – Задние ветви грудных нерв (латеральные и медиальные); 6 – Задний кожный нерв плеча; 7 - Задний кожный нерв предплечья; 8 - Медиальный кожный нерв предплечья; 9 – Крестцовые и копчиковые нервы; 10 - Латеральный кожный нерв предплечья; 11 – Лучевой нерв; 12 – Локтевой нерв; 13 – Кожная ветвь подвздошно-подчревного нерва; 14 – Задний кожный нерв бедра; 15 - Подкожный нерв; 16 – Икроножный нерв; 17 – Латеральный подошвенный нерв; 18 – Подошвенная поверхность латеральная; 19 - Подошвенная поверхность медиальная.

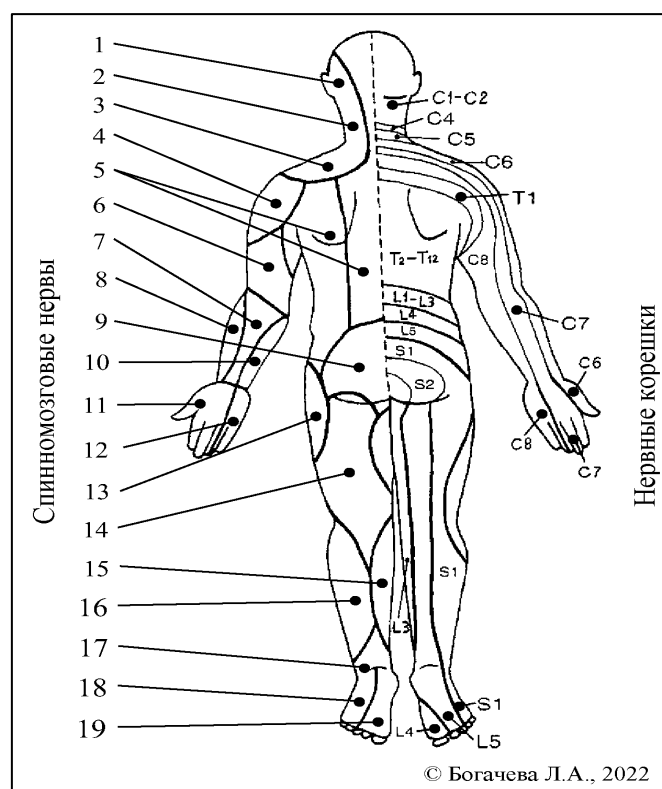


Рис. 1.16

Рисунки боли поврежденных корешков спинного мозга и нервов, передний отдел тела (Рис. 1. 17)

Нервные корешки спинного мозга: C1-C8; T1-T12; L1-L5; S1.

Спинномозговые нервы:

1 – Надключичные нервы; 2 – Подмышечный нерв; 3 – Кожные ветви межреберных нервов; 4 – Ветви плечевого сплетения; 5 - Лучевой нерв; 6 – Срединный нерв; 7 - Локтевой нерв; 8 – Латеральный кожный нерв ребра; 9 – Передние кожные ветви бедренного нерва; 10 – Подкожный нерв бедренного нерва; 11 - Латеральный кожный нерв икры; 12 – Глубокий малоберцовый нерв, мышечные ветви; 13 – Тыльные пальцевые нервы стопы.

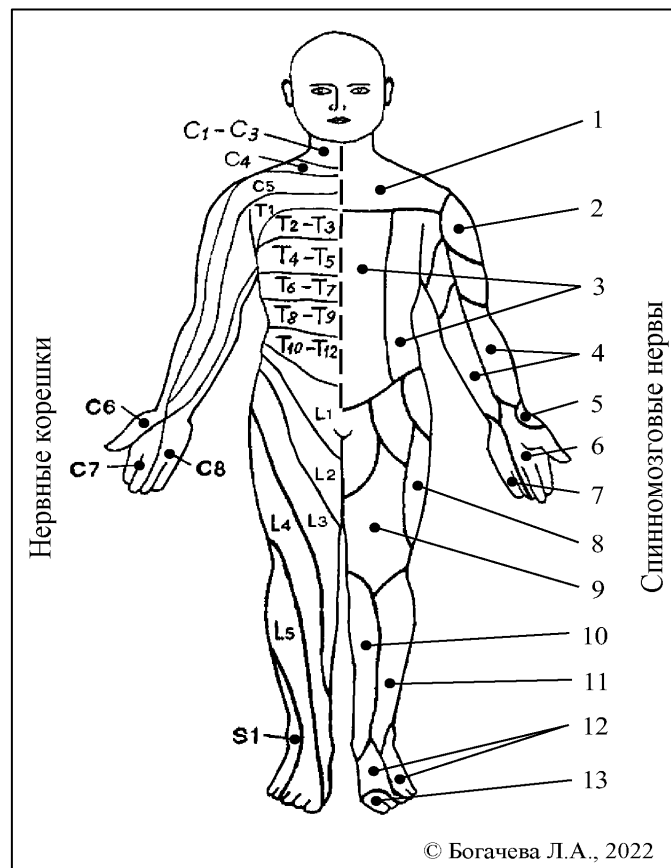


Рис. 1. 17

Глава 8

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬЮ В ОБЛАСТИ ТУЛОВИЩА

8.1 Первичный осмотр больного с болью в спине

После первичного осмотра больного врач должен назвать его **клинический диагноз**. По способу установления выявляют **прямой диагноз**, установленный по наличию патогномоничных для заболевания симптомов, или **дифференциальный диагноз**, основанный на установлении различий в проявлениях данной болезни с проявлениями всех заболеваний, при которых возможна сходная клиническая картина. **Предварительный диагноз** оформляют непосредственно при обращении больного за медпомощью, определяют объем первичного диагностического обследования и начальную терапевтическую тактику. В течение трех дней от начала обследования больного должен быть сформирован **полный клинический диагноз**, на основе которого вырабатывается дальнейшая лечебная тактика.

На начальном этапе обследования пациента с болью в спине необходимо следовать четкому алгоритму поиска для исключения ряда серьезных заболеваний. К ним относятся: перелом позвонка и(или) сразу можно ребер, онкологические заболевания, воспалительные мышечно-скелетные и неврологические поражения, метаболические заболевания костей, патологические процессы во внутренних органах (сердце, легкие, желудочно-кишечный тракт, почки, органы малого таза), радикуломиелопатия. Исключается психогенная боль.

Есть «сигналы опасности» боли в спине (так называемые «красные флаги» или «красные сигналы») по которым сразу можно исключить дорсалгию. **Такие симптомы, как повышение температура тела, одышка, сильная спонтанная боль в туловище или конечностей, отеки в конечностях, прогрессирующая интенсивная боль, отсутствие облегчения боли в покое, хромота, нарушение мочеиспускания, рвота, обычно связаны с тяжелыми заболеваниями.** Дорсалгия же является доброкачественным заболеванием в области спины.

8.2 Дифференциальная диагностика острых болей в спине и грудной клетке

1. ЗАБОЛЕВАНИЕ СЕРДЦА И АОРТЫ

1.1 Приступ стенокардии

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

После физической или эмоциональной нагрузки развивается сжимающая, жгучая боль за грудиной или парастернально, в межлопаточной области, шее, левой лопатке, нижней челюсти; боль приступообразного характера длительностью от 2 до 30 минут

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Приступы стенокардии в анамнезе; ЭКГ в приступе может быть нормальной. Боль купируется приемом нитроглицерина.

1.2 Инфаркт миокарда

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Сходная с приступом стенокардии характеристика и локализация боли, однако более интенсивная и длительная (от 1 до 8 часов и более); сопровождается сильным чувством тревоги и страхом смерти.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Нитроглицерин, как правило, не помогает; нестабильная гемодинамика; отмечаются изменения на ЭКГ, соответствующие ишемии миокарда; повышение ферменты крови

1.3 Перикардит

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Боль за грудиной различной интенсивности, постепенно нарастающая, иногда с иррадиацией в шею, спину, плечи, эпигастральную область

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

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.

1.4 Расслаивающаяся аневризма грудного отдела аорты

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

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.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Общее состояние тяжелое, тошнота, рвота, нестабильная гемодинамика. Возможное отсутствие пульса на лучевых и сонных артериях;

боль снимают только наркотические анальгетики.

2. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

2.1 Плевропневмония

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Интенсивная или умеренная боль в боковых отделах грудной клетки, лопатке, усиливающаяся при глубоком дыхании и кашле.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Общие признаки инфекции: лихорадка, кашель, боли в мышцах, интоксикация, воспалительные изменения крови; аускультативные данные; рентгенографические признаки.

2.2 Плеврит

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

В начале заболевания острая режущая боль в различных областях грудной клетки, затем (по мере накопления жидкости в плевральной полости) интенсивность боли уменьшается. При вовлечении в процесс межреберного нерва боль носит опоясывающий характер; дыхательные движения болезненны, кашель усиливает боль.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Общие признаки инфекции; аускультативные данные; рентгенографические признаки; при поражении межреберного нерва могут обнаруживаться признаки невралгии (гиперестезия или гипестезия в зоне иннервации).

2.3 Пневмоторакс (спонтанный)

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Внезапно развивающаяся острая выраженная боль в грудной клетке с иррадиацией в лопатку.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Одышка; акроцианоз; снижение экскурсии грудной клетки на стороне поражения, тимпанит при перкуссии грудной клетки; отсутствие дыхательных шумов при аускультации; рентгенографические признаки; общие признаки инфекции; аускультативные данные; рентгенографические признаки; при поражении межреберного нерва могут обнаруживаться признаки невралгии (гиперестезия или гипестезия в зоне иннервации).

3. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

3.1 Пенетрирующая язва (в поджелудочную железу, сальник и желчную систему)

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Выраженная постоянная боль в эпигастрии с иррадиацией в спину;

боль в спине тупая, глубокая с возможным опоясывающим характером в нижнегрудной области и мышц живота.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Тошнота, рвота, анорексия, мелена; иногда напряжение паравертебральных мышц в нижнегрудной области и мышц живота.

3.2 Острый холецистит

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

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.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Боль сопровождается тошнотой, рвотой, лихорадкой, желтушностью кожных покровов, болезненностью при пальпации в правом подреберье, напряжением брюшных мышц.

3.3 Острый панкреатит

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Внезапно развивается интенсивная постоянная боль в эпигастральной области с иррадиацией в левую нижнюю часть грудной клетки; иногда боль отдает в спину, опоясывающего характера, иррадируя в правое и левое подреберье, лопатку, надплечье, в область сердца.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Ухудшение общего состояния; больной беспокоен, мечется, стонет; наблюдается повторная рвота, сухой обложенный язык; часто отсутствие пульсации брюшной аорты; ослабление перистальтики.

3.4 Ретроцекальный аппендицит

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Тупая, ноющая постоянная боль в животе часто иррадирует в поясничную область, правое бедро, наружные половые органы.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

При продолжающихся болях ухудшение общего состояния; тошнота; усиление боли при сгибании правого бедра (признак заинтересованности поясничной мышцы).

4. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

4.1 Почечная колика

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Перебегающие 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.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Больные ведут себя беспокойно, мечутся в постели в поисках положения, способного принести облегчение - при дорсалгии больные лежат спокойно. Может отмечаться тошнота, рвота, головокружение; положительный симптом Пастернацкого; в моче повышено содержание эритроцитов и лейкоцитов.

4.2 Тромбоз почечной артерии

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Внезапно развивается интенсивная нарастающая боль в поясничной области.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Боль часто сопровождается внезапным повышением артериального давления (диастолического в большей степени, чем систолического), рвотой, задержкой стула, олигурией; воспалительные изменения крови.

5. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

5.1 Перекрут кисты яичника

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Боль острая, приступообразная, внизу живота с иррадиацией в промежность, бедро, поясничную область. Начало часто после физической нагрузки, резкой перемены положения тела.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Ухудшение общего состояния, беспокойное поведение, часто рвота, болезненность при пальпации нижних отделов живота, иногда прощупывается болезненная опухоль.

5.2 Острое воспаление придатков, матки

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Острая боль внизу живота с иррадиацией в паховую область, в задний проход, внутреннюю поверхность бедра, поясничную область; часто после переохлаждения.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Чаще молодой возраст; облегчение боли при наклоне туловища; болезненность при пальпации в нижних отделах живота; воспалительные изменения крови.

6. МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

6.1 Острая цервикалгия, острая цервикобрахиалгия

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Часто после неловкого движения головой или шеей, физической или поструральной нагрузки развивается умеренная или интенсивная боль в заднебоковых отделах шеи (при цервикобрахиалгии с иррадиацией в область плеча).

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

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 нижнешейных позвонков.

6.2 Острая торакалгия **ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ**

После физической или поструральной нагрузки развивается умеренная или интенсивная боль в задних отделах грудной клетки, иногда опоясывающего характера по типу “прострела” при глубоком вдохе.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

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.

6.3 Острая люмбагия, острая люмбоишиалгия **ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ**

После неловкого движения, физической или поструральной нагрузки развивается умеренная или интенсивная боль в пояснично-крестцовой области (с иррадиацией в верхние отделы бедра при люмбоишиалгии).

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

После неловкого движения, физической или поструральной нагрузки развивается умеренная или интенсивная боль в пояснично-крестцовой области (с иррадиацией в верхние отделы бедра при поясничных позвонках (чаще нижнепоясничных) и крестцово-подвздошных суставов).

6.4 Компрессионный перелом тела позвонка (остеопоротической, метастатической, или травматической природы)

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

У пациентов пожилого и старческого возраста после подъема тяжести или даже простого наклона вперед развивается интенсивная боль в спине, зачастую иррадирующая в переднебоковые отделы грудной клетки, брюшную полость или верхние отделы бедра; иногда сильная боль развивается постепенно в течение 1-2 дней без видимой причины. При травматическом переломе - явное указание на травматический фактор.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

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. В течение первых недель заболевания рентгенограмма может быть в норме, и только через 1-2 месяца проявляются рентгенографические признаки компрессии тела позвонка ("рыбий" позвонок) или нескольких позвонков.

6.5 Перелом ребер (остеопоротической, метастатической, или травматической природы)

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Интенсивная боль в заднебоковых отделах грудной клетки на стороне поражения, которая развилась в результате воздействия умеренного или явного травмирующего фактора или после сильного кашля.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Боль усиливается при глубоком дыхании, кашле, движениях туловища; выраженная болезненность при осторожном сдавлении грудной клетки и при пальпации области боли; рентгенографические признаки.

6.6 Флегмона мышц спины

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Постепенно развившаяся интенсивная боль в задних отделах грудной клетки на стороне поражения.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Определяется болезненность при пальпации пораженных мышц, покраснение над ними кожных покровов, локальное повышение температуры в области поражения и повышение температуры тела, воспалительные изменения крови.

6.7 Ишемический некроз головки бедра

ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛИ

Умеренная боль в пояснице, паховой и ягодичной области с иррадиацией в ногу; боль усиливается при постуральной и физической нагрузке; отмечается хромота.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

В положении пациента на спине определяется ограничение движений пораженного тазобедренного сустава (отведение и внутренняя ротация). Необходима магнитно-резонансная томография тазобедренного сустава, которая сразу выявляет изменения кости головки бедра. Рентгенография тазобедренного сустава в течение первых недель заболевания в норме. Только через несколько месяцев в динамике можно заметить повышенную плотность головки с округлыми тенями пониженной плотности.

7. ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

7.1 Опоясывающий лишай (herpes zoster)

ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛИ

Постоянная интенсивная режущая боль в грудной клетке опоясывающего характера на фоне умеренных проявлений инфекционного заболевания.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Боль усиливается при движениях туловища, движении; 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.

7.2 Радикулопатия (вертеброгенная – компрессия корешка грыжей диска, крупными остеофитами; связанная с новообразованием, при переломе дужки позвонка)

ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛИ

Наиболее часто встречаются поражение корешков С5, С6, С7, Т4-Т9, L4, L5, S1.

При поражении корешка С5 отмечается боль в области заднебоковых отделов шеи, лопатки и надплечья на стороне поражения; при поражении корешка С6 боль иррадирует в руку по наружной поверхности плеча и предплечья до основания большого пальца; при поражении корешка С7 – боль 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.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Болезненность и ограничение движений соответствующего отдела позвоночника; болезненность при пальпации остистых отростков нижнешейных, среднегрудных или нижнепоясничных позвонков, напряжение паравертебральных мышц; признаки радикулопатии (гиперестезия, гипестезия, гипалгезия) могут проявиться не сразу; положительные симптомы натяжения корешка – синдромы Ласега, Вассермана, МРТ и КТ признаки компрессии корешка различными смежными структурами.

8.3 Дифференциальная диагностика хронических болей в спине и грудной клетке

1. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

1.1 Аневризма аорты

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Постоянная умеренная или интенсивная жгучая боль в периодическими «прострелами» в спине, грудной клетке, левом плече, обусловленная компрессией грудных спинальных нервов; эрозия позвонков вызывает сверлящую, нестерпимую некупирующуюся боли в спине.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Одышка, кашель, дисфагия, осиплость голоса, синдром Горнера слева; гиперестезия, гипестезия в зоне пораженного спинального нерва; рентгенографические признаки.

2. БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

2.1 Рак легких и бронхов

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Локализация, характер и выраженность болей зависит от локализации процесса: а) поражение плевры – боль в грудной клетке на стороне поражения, значительно усиливающаяся при дыхании, кашле, движениях туловища; при вовлечении межреберного нерва боль новит опоясывающий характер; б) при поражении верхушки легкого развивается синдром Пенкоста (брахиальная плексопатия) – боль в области плеча, лопатки, медиальной поверхности руки.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Наблюдается потеря веса, паранеопластические синдромы и другие симптомы: а) признаки плеврита, признаки невропатии при вовлечении межреберного нерва; б) синдром Горнера (птоз, миоз и энофтальм) на стороне поражения, осиплость голоса, слабость ульнарной группы мышц верхней конечности на стороне поражения.

3. МЕШЕЧНО-СКЕЛЕТНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

3.1 Хроническая цервикалгия, хроническая цервикобрахиалгия

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Постоянная и перемежающаяся умеренная боль в задне-наружных отделах шеи и надплечьях (с иррадиацией в плечо при цервикобрахиалгии), усиливающая после физической или постуральной нагрузки.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

При пальпации выявляются болевые зоны и участки уплотнения в мышцах шеи и надплечий, болезненные остистые отростки шейных и

верхнегрудных позвонков; рентгенологические признаки дистрофических изменений в позвоночнике.

3.2 Хроническая торакалгия

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Постоянная и перемежающаяся умеренная боль в задних отделах грудной клетки, усиливающаяся после физической или постуральной нагрузки.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

При пальпации выявляются болезненные зоны и участки уплотнения в мышцах задней поверхности грудной клетки, болезненные остистые отростки грудных позвонков (чаще среднегрудных); рентгенологические признаки дистрофических изменений в грудном отделе позвоночника.

3.3 Хроническая люмбалгия, люмбоишиалгия

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Постоянная и перемежающаяся умеренная боль в пояснично-крестцовой области (с иррадиацией в бедро при люмбоишиалгии). Усиливающаяся после физической или постуральной нагрузки.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

При пальпации выявляются триггерные точки и участки уплотнения в мышцах поясницы и ягодицы – миогелоз, эписакроилиакальные липомы, болезненные остистые отростки поясничных позвонков (чаще нижнепоясничных); рентгенологические признаки дистрофических изменений в позвоночнике.

3.4 Метастатические или первичные опухолевые поражения позвонков и ребер

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Постоянная нарастающая в течение нескольких месяцев боль в спине и боковых отделах грудной клетки, усиливающаяся при движениях.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Болезненность при пальпации остистых отростков пораженных позвонков и ребер; рентгенологические и скинтиграфические признаки.

3.5 Поражение реберных хрящей (костохондрит, синдром Титце)

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Односторонняя или двусторонняя боль в передних отделах грудной клетки, обычно в передних отделах грудной клетки, особенно в области 2-7 реберно-хрящевого соединения (синдром Титце – поражение 2,3 реберно-хрящевого соединения), усиливающаяся при глубоком вдохе и кашле.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Определяется болезненность при пальпации реберно-хрящевых соединений; при синдроме Титце – их утолщение; нет рентгенографических признаков патологии.

4. ПОРАЖЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

4.1 Интрамедуллярное поражение (опухоль, сирингомиелия, абсцесс, кровоизлияние)

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Спонтанная жгучая диффузная, плохо локализованная боль в спине, периодически усиливающаяся, к которой позднее присоединяется опоясывающая (радикулярная) боль на стороне поражения.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Атрофические парезы и параличи, чувствительные и сосудисто-вегетативные нарушения в связи с поражением соответствующих сегментов спинного мозга; диссоциация нарушений чувствительности (утрата болевой и температурной чувствительности при сохранности проприоцептивного чувства); центральные парезы и параличи ниже места локализации поражения; МРТ – признаки интрамедуллярного поражения.

4.2 Экстремедуллярное поражение (первичная или метастатическая опухоль, абсцесс, кровоизлияние)

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Постепенно нарастающая по интенсивности боль в спине к которой затем присоединяется простреливающая радикулярная боль на уровне поражения, усиливающаяся при напряжении, чихании и кашле в горизонтальном положении; парестезии.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Паравертебральная болезненность; гиперестезия, гипестезия в зоне радикулярной боли; центральные параличи и парезы ниже уровня поражения; МРТ и КТ признаки экстремедуллярного поражения.

4.3 Поражения спинальных грудных нервов (паравертебральная компрессия аневризмой аорты, паравертебральным абсцессом, метастатической или первичной опухолью позвонка; первичная неврогенная опухоль)

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Постепенная умеренная или выраженная опоясывающая боль в заднебоковых отделах грудной клетки на стороне поражения, усиливающаяся при движениях туловища, парестезии.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Паравертебральная болезненность; гиперестезия, гипестезия в зоне опоясывающей боли; рентгенологические и МРТ признаки поражения.

4.4 Поражение межреберных нервов (раздражение или компрессия первичной или метастатической опухолью ребер, при плеврите)

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Поверхностная, постоянная жгучая боль в зоне поражения межреберного нерва и ребер, парестезии.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Болезненность при поверхностной и глубокой пальпации в области пораженных ребер, гиперестезия, гипестезия в зоне пораженного межреберного нерва; рентгенологические и МРТ признаки поражения.

4.5 Постгерпетическая неврология

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ

Интенсивная, постоянная жгучая зудящая боль. Сочетающаяся с пароксизмами простреливающей боли, которая сохраняется длительное время после острого периода заболевания.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Гипералгезия, гипестезия, гиперпатия; рубцы на коже в области везикул; реактивная депрессия, нарушение сна, анорексия, вялость, запоры, снижение либидо; высокая возможность суицидов у пациентов с некупирующейся постгерпетической невралгии.

8.4 Возможные причины боли и врачебная тактика при симптомах опасности

Таблица 8.1

Показания для консультации профильного специалиста с указанием цели консультации

| Симптомы опасности | Возможные причины Боли | Врачебная тактика |
|--|---------------------------------|---|
| Злокачественное новообразование в анамнезе, необъяснимая потеря веса, возраст старше 50 лет, появление или усиление боли в покое, в ночное время | Злокачественное новообразование | МРТ или КТ позвоночника (один отдел), в части случаев скintiграфия костей всего тела, позитронная эмиссионная томография (ПЭТ) костей, совмещённая с КТ всего тела, консультация врача-онколога |

Продолжение

| Симптомы опасности | Возможные причины Боли | Врачебная тактика |
|---|---|--|
| Лихорадка, недавно перенесенное инфекционное заболевание, парентеральное употребление наркотиков | Инфекционное поражение позвонков или дисков | Рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, МРТ или КТ позвоночника (один отдел), консультация врача-фтизиатра, врача-инфекциониста |
| Тазовые расстройства, парезы нижних конечностей, анестезия промежности | Синдром поражения корешков конского хвоста | МРТ или КТ позвоночника (один отдел), срочная консультация врача нейрохирурга |
| Наличие признаков остеопороза, прием ПС, возраст старше 50 лет, недавняя травма спины | Компрессионный перелом позвонка | Рентгенография поясничного и крестцового отдела позвоночника, рентгенография позвоночника с Функциональными пробами, МРТ или КТ позвоночника (один отдел), ультразвуковая денситометрия, рентгеноденситометрия поясничного отдела позвоночника, консультация врача-ревматолога |
| Утренняя скованность, молодой возраст, пробуждение во второй половине ночи из-за боли, улучшение после физических упражнений и от приёма НПВП | Англизирующий Спондилит (болезнь Бехтерева) | Рентгенография поясничного и крестцового отделов позвоночника, рентгенография позвоночника с функциональными пробами, консультация врача-ревматолога |
| Наличие пульсирующего образования в брюшной полости | Аневризма брюшного отдела аорты | Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное). КТ органов брюшной полости, консультация врача-Хирурга |
| Выраженная или нарастающая слабость в ногах при ходьбе (при отсутствии нервно-мышечного заболевания) | Грыжа диска и (или) поясничный стеноз | МРТ или КТ позвоночника (один отдел), консультация врача Нейрохирурга |

Клинический протокол диагностики и лечения скелетно-мышечной (неспецифической) боли в нижней части спины diseases.medelement.com

Глава 11

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА «ШКОЛА ПРИ БОЛИ В СПИНЕ»

Образовательная программа «Школа при боли в спине» отнюдь не альтернатива медицинской помощи. Тем не менее коррекция ортопедического поведения пациента с дорсалгией является эффективным способом оздоровления. Содержание этой главы поможет врачам и среднему медицинскому персоналу доходчиво и целенаправленно проводить беседы с пациентами о боли в спине.

Эта образовательная программа рассказывает о доброкачественной или простой боли в спине — сейчас врачи это современное заболевание называют **дорсалгией**. Дорсалгия чаще всего связана с небольшим повреждением различных мышечно-скелетных структур в быту и имеет обратимый характер изменений при заживлении тканей. Можно жить активной, полноценной жизнью без боли! Достаточно несколько изменить образ жизни, чтобы облегчить свое состояние и почувствовать себя работоспособным. Устранению боли в спине способствует определенное искусство двигаться, стоять или сидеть без нагрузки. Порой выздоровление в большей степени зависит от пациента, чем от врача.

11.1 Спина – система позвонков, мускулов, сухожилий и связок; нервы

Позвонки призваны защитить спинной мозг и нервные корешки, расположенные внутри. Между позвонками есть небольшие суставы («фасетки»), придающие спине гибкость, и хрящевые диски — своего рода «амортизаторы». Основанием позвоночника является крестец. Мускулатура обеспечивает необходимые движения позвоночника. Здоровая сильная спина у тренированного человека способна выдерживать значительные нагрузки в быту. Тем не менее на протяжении активной жизни восемь из десяти человек сталкиваются с появлением болей в области спины. Наиболее ранима ее нижняя часть: она подвергается основным нагрузкам, и чаще всего проблемы возникают именно здесь.

Боль является для человека важным сигналом травмы или заболевания. Однако 97% случаев боли в спине — это доброкачественная мышечно-скелетная боль, современное заболевание дорсалгия, которое не сопровождается ни повышением температуры тела, ни изменениями в крови, ни переломом костей. Дорсалгия связана с самопроизвольным повреждением мышц, сухожилий, связок, дисков и (или) небольшим

смещением суставов позвоночника в быту, много реже — сдавлением нервного корешка при появлении грыжи диска. Выздоровление происходит заживлением всех поврежденных структур при дорсалгии.

Только в трех случаях из 100 (3%) причиной боли в спине являются серьезные заболевания внутренних органов, переломы, воспалительные заболевания. Важно сразу же их исключить! Поэтому необходимо проконсультироваться с терапевтом, неврологом или травматологом в каждом конкретном случае. Это касается также и тех, кто собирается приступить к выполнению профилактических упражнений, требующих значительных физических усилий.

Острая мышечно-скелетная боль в спине

Острая боль в спине возникает внезапно после физических усилий (поднятие, перенос тяжестей) или после длительного нахождения в неудобной позе (наклонное положение тела, работа с наклоном туловища продолжительное время, сон в неудачной позе). Это приводит к повреждению различных мышечно-скелетных структур (мышцы, связки, суставы и иногда — межпозвоночный диск). Часто смещаются также отдельные суставы позвоночника и крестца. Врач или сам больной часто может найти рукой наиболее болезненное место в пояснице. Именно в данной точке малейшее движение вызывает мучительные ощущения. Это связано с появлением мышечного спазма, который на время «оберегает» мышечно-скелетное повреждение. Человек не может разогнуться, застывает в том же положении, в каком его пронзила острая боль («прострел»). Она может отдаваться в ягодицы или бедра, при этом трудно ходить. При интенсивных болях больной наклоняет туловище в ту сторону, где меньше ощущается боль.

Острая дорсалгия появляется почти у каждого взрослого человека, однако обычно проходит бесследно. Как правило, болезнь продолжается от нескольких дней до 2—3 недель в зависимости от степени тяжести повреждения. При лечении в первую очередь пациентам рекомендуется избегать движений, провоцирующих боль: наклонов туловища вперед и назад, поворотов туловища, длительного сидения. Постельный режим соблюдать не обязательно, но необходимо создать условия, положительно влияющие на заживление. При ходьбе следует надевать ортопедический пояс, который фиксирует поврежденные структуры.

Если его нет под рукой, оденьте обычный пояс пошире или завяжите туго длинное полотенце на талии. Каждый час на 5—7 мин. надо ослаблять пояс, чтобы восстановить кровообращение в области спины и живота. Хорошо в это время полежать, отдохнуть; 2—3 раза в день можно нанести какую-либо раздражающую или согревающую мазь на область

боли. Можно применить иппликатор Кузнецова (игольчатый аппликатор) на 20 мин. (не следует спать на этих иголочках, чтобы не повредить кожу спины!) или прибор короткоимпульсной анальгезии.

В условиях поликлиники рекомендуется физиотерапия, мануальная терапия, иглорефлексотерапия. После 3-4 дня при уменьшении болей начинается лечебная гимнастика под руководством врача ЛФК. Затем, нужно подумать об индивидуальной физической программе для тренировки мышц.

Дискогенная радикулопатия

Острая боль в спине и ноге (радикулопатия) часто провоцируется поднятием значительной тяжести, так же, как и острая мышечно-скелетная боль. Дискогенная радикулопатия возникает в результате надрыва (повреждения) межпозвоночного диска. Образованная при этом грыжа, выпячиваясь назад и в сторону, давит на корешок нерва месте его выхода из спинномозгового канала. Сдавленный корешок нерва посылает в головной мозг болевые импульсы, которые воспринимаются больным так, как будто они идут из ноги. Часть нерва, находящаяся ниже места давления грыжи, почти перестает функционировать. Это приводит к снижению чувствительности и появлению слабости в ноге. При движениях, а также при кашле, чихании или натуживании боли в спине и ноге становятся настолько интенсивными, что больной нуждается в постельном режиме несколько дней. Тем не менее обычно это заболевание проходит за 3-4 месяца — уходит боль, увеличивается объем движений в пояснице, восстанавливается чувствительность. Организм человека обладает мощной способностью к самозаживлению, что относится и к повреждениям межпозвоночных дисков и нервов. Для предупреждения повторных болей в спине проконсультируйтесь с врачом ЛФК, чтобы вам подобрали индивидуальную тренирующую программу.

В особенно тяжелых случаях врачи рекомендуют в течение 3—4 дней соблюдать постельный режим, некоторого облегчения состояния можно добиться в положении лежа, согнув ноги, положив голени на подушку. Используется ортопедический пояс, который существенно облегчает состояние во время ходьбы? Важно избегать движений, провоцирующих боль: наклоны туловища вперед и назад, повороты туловища, длительное сидение. Надо пользоваться «отвлекающими» разогревающими кремами и мазями, иппликатором Кузнецова, приборами короткоимпульсной анальгезии. Врач назначает анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства, уменьшающие мышечный спазм, лечебные блокады, затем иглорефлексотерапию, физиотерапию, массаж, гирудотерапию. Иногда лечение проводится в стационаре.

Мануальная терапия проводится очень осторожно, противопоказана при большой грыже диска. Через 7—10 дней начинается лечебная гимнастика.

Хроническая мышечно-скелетная боль в спине

Хроническая дорсалгия — тупая, ноющая, умеренная, постоянная или эпизодическая. Она может длиться несколько месяцев, а иногда несколько лет. Начало развития этого заболевания обычно проходит незамеченным. Часто болевая зона находится в области нижней части спины и области крестца. Она может распространяться по задней поверхности бедра, но не опускается ниже колена. Наиболее уязвимый возраст — 35 - 60 лет. Дело в том, что с годами при отсутствии регулярных тренировок снижается функциональная способность опорно-двигательной системы, слабеет мышечная ткань, уменьшается эластичность связок. Причиной появления хронической боли в поясничном отделе позвоночника может стать малоподвижный образ жизни, сидячая работа, неудобная постель, избыточный вес тела. Бытовая нагрузка, которая казалась обычной, теперь превышает физические возможности данного человека. Определите, в какой позе вы обычно стоите или сидите. Возможно, вы неправильно поднимаете тяжести. Возможно, вы давно не занимались гимнастикой, плаванием или обычной ходьбой. При этом в неподготовленных зонах спины может возникать перегрузка. В результате здесь появляется микроразрыв тканей и боль в спине.

Получив в спутники жизни хроническую боль в пояснице, ни в коем случае нельзя с этим смиряться! К сожалению, быстро избавиться от болезненных ощущений трудно. Но это возможно! Это заболевание — обратимое. Хорошо помогают мануальная терапия, различные виды массажа, иглорефлексотерапия, гирудотерапия и т.д. Устранению боли в спине способствуют специальные упражнения, которым вас научит врач ЛФК или инструктор, а также искусство двигаться, сидеть или стоять без нагрузки. Ежедневная 10—15-минутная тренировка позвоночника заставит болезнь отступить. Быть может, не сразу, ведь недуг развивался подспудно в течение многих лет, о чем вы даже не подозревали. Поэтому не отчаивайтесь после первых неудач. Особенно следует проявлять осторожность в самом начале занятий, поскольку мышцы и суставы за время болезни отвыкли от необходимых нагрузок. Но и бояться боли в мышцах тоже не стоит: пройдет неделя-другая, и заниматься станет гораздо легче.

Улучшая здоровье, вы не только избежите проблем со спиной, но и улучшите качество своей жизни. Необходимо регулярно заниматься плаванием, танцами, ездой на велосипеде, ходьбой на лыжах, совершать

прогулки на свежем воздухе. Последнее особенно важно! Прогулки в хорошем темпе укрепляют мышцы спины, создают ей запас прочности, так необходимый для профилактики боли. Современные ортопедические подушки и матрацы предупреждает усиление хронических болей после сна. Это позволяет начать новый день свободно.

Серьезные заболевания в области спины

Существует много других серьезных причин, вызывающих боли в спине, например внутренние заболевания, остеопороз, артрит, переломы и др. Есть «сигналы опасности» боли в спине, по которым можно определить последнюю группу:

- повышение температуры;
- постепенное усиление боли;
- отсутствие четкой локализации боли
- местная потеря чувствительности при ощупывании области боли;
- отеки рук или ног;
- отсутствие облегчения боли в покое;
- хромота;
- нарушение мочеиспускания;
- рвота.

При появлении любого из этих симптомов нужно немедленно обращаться к врачу!

11. 2 Помощь пациентам с острой мышечно-скелетной болью или с дискогенной радикулопатией

Боль — признак имеющегося самопроизвольного повреждения тканей спины, поэтому исключайте болезненные движения! Не нагружайте поврежденные области тела, пользуйтесь предложенными приемами, которые облегчают мышечный спазм и положительно влияют на заживление.

При интенсивной боли наденьте ортопедический пояс или туго завяжите длинное полотенце в области талии. Это существенно уменьшит боль при различных движениях.

Как лечь на кровать

Станьте спиной к краю кровати, положите руки на изголовье кровати для поддержки. Напрягите мышцы живота и ягодиц, спина прямая. Сгибайте колени и осторожно садитесь на кровать. Теперь положите руки на край кровати. Далее, сгибая локти, опускайтесь на подушку. В это время согнутые в коленях ноги подтягивайте на кровать.

Либо так: станьте лицом к низкому торцу кровати, напрягите

мышцы живота и ягодиц. Встаньте на кровать на четвереньки и проползите немного вперед. Затем повернитесь на ту сторону, которая вызывает меньше боли.

Как лежать на кровати

Снимите ортопедический пояс или развяжите полотенце (если вы их предварительно надевали).

Для уменьшения боли в спине необходимо принять специальную позу плода — лечь на бок на кровати, колени согнуть и слегка подтянуть кпереди, подбородок наклонить к груди. Под головой — небольшая подушка. Положите другую подушку между ногами. Локти согнуты, предплечья перекрещены под подбородком.

Можно лечь на спину, положив небольшую подушку под голову и большую подушку под колени.

Теперь закройте глаза, медленно вдыхайте и выдыхайте для расслабления. Боль уменьшится или совсем пройдет, когда вы найдете правильное положение и научитесь расслабляться. Если вы лежите долго (даже в правильной позе), то очень важно периодически немного двигать руками, ногами, туловищем.

Как вставать с кровати

Легкое растирание области поясницы и ягодиц перед подъемом поможет вам уменьшить боль. Если боль сильная, наденьте ортопедический пояс или завяжите туго длинное полотенце на талии. Затем:

- приблизьтесь к краю кровати и повернитесь на бок;
- выпрямляя руки, поднимите туловище. Одновременно опустите ноги на пол; напрягите мышцы живота, ягодицы, выпрямляйте колени и вставайте.

Либо так, если есть низкий торец кровати:

- лягте на живот, встаньте на кровати на четвереньки и проползите назад до конца кровати;
- напрягите мышцы живота и ягодиц, выпрямляйте руки, поднимая туловище;
- теперь опускайте на пол сначала одну слегка согнутую ногу, потом - другую и выпрямляйте колени.

Как садиться на кресло и вставать с него

Садитесь на край кресла, а затем соскальзывайте вглубь, а при вставании — наоборот. Руки упираются на кресло или его подлокотники. Мышцы живота, ягодиц при этих приемах обязательно напряжены. Не наклоняйтесь вперед, держите спину прямой. Пусть работают сильные мышцы бедер!

Сохраняйте тепло

Температура вашего тела может понижаться от холодного помещения, сквозняков, холодной воды, во сне. Тепло облегчает работу мышц и позволяет им расслабиться. Старайтесь находиться в теплом доме, теплой одежде, принимайте теплую ванну. Спите в тепле. Спина должна быть полностью укрыта одеялом. Ощущение легкого тепла нейтрализует боль. Можно пользоваться электрогрелкой, электроодеялом, водяной грелкой, но температура их не должна быть горячее температуры руки. Применение горячей грелки может усилить боль, причинить вред. Всегда обертывайте грелку полотенцем.

Переключение внимания

Положительные эмоции помогут вам переключиться от источника боли. Приятный разговор по телефону, просмотр интересной программы по телевизору, важная для вас работа с ноутбуком в удобной позе, посещение родственников — отличный повод для переключения.

Расслабление при помощи дыхания

1. Примите удобную позу на спине, положив небольшую подушку под голову и большую подушку под колени. Ощутите свое тело, его отдельные части и проговорите то, что вы чувствуете: «Я удобно лежу. Я чувствую, как лежу. Я чувствую свои руки, ноги. Чувствую комфорт спины, чувствую свою голову, лежащую на подушке». Говорите только то, что вы на самом деле чувствуете. Теперь можно закрыть глаза и обратить внимание на свое дыхание.

2. Дышать нужно в своем обычном ритме: ровно и спокойно. Не надо ни ускорять темп дыхания, ни замедлять его. И это необходимо проговорить: «Я дышу в своем обычном ритме, ровно и спокойно». Даже если вы еще не дышите в своем обычном ритме, ровно и спокойно, эта фраза будет настраивать вас на равномерное дыхание. А когда человек дышит ровно и спокойно, то он успокаивается, напряжение уменьшается.

3. И главная фраза этого приема расслабления: «Я знаю, что выдох — это всегда расслабление, поэтому с каждым выдохом я буду становиться все более расслабленным, а значит, все более спокойным». Таким образом мы как бы задаем своему организму программу расслабления.

4. Независимо от вашего сознания вы начинаете расслабляться. Если позволяет время, мысленно представьте себя в том месте, с которым у вас связаны приятные воспоминания. Перенеситесь туда, где вам

было хорошо. Представьте, что вы там могли видеть, слышать, чувствовать. Например, спокойное теплое море, шум зеленой листвы деревьев, прохлада бора и запах хвои... Обязательно найдите что-то свое, дорогое...

Совершая такое мысленное путешествие, мы черпаем внутренние ресурсы и возвращаемся отдохнувшими, с чувством свежести и бодрости; в состоянии внутреннего комфорта.

Упражнения на расслабление мышц спины

Цель этих упражнений — понимать разницу между напряжением и расслаблением. Не считайте эти упражнения легкими, главное здесь - качество выполнения. От раза к разу будет достигаться все более полное расслабление мышц, что поможет уменьшить боль. Повторяйте эти упражнения 2 - 3 раза в течение дня.

Исходное положение (и.п.) — лежа на спине на полу (кровати), под коленями — валик, голова — на подушке. Напрягите предплечья, руки сожмите в кулак. Зафиксируйте положение на 5—6 с. Расслабьтесь.

И.п. — то же. Напрячь ягодичы на 5—6 с, потом расслабиться.

И. п. — то же. Теперь напрягите бедра, ягодичы, ступни, направляя их на себя. Зафиксируйте на 5—6 с. Расслабьтесь.

И.п. — то же. Во время вдоха напрягите ягодичы, бедра, кисти сожмите в кулак, руки прижмите к телу. Сохраняем положение 5—6 с. Не отрывайте ягодичы от поверхности пола, не выгибайте спину! На выдохе максимально расслабьтесь, закройте глаза, постарайтесь расслабить мускулатуру лица.

И.п. — то же. Во время вдоха медленно поднимайте руки над головой, затем опускайте. При каждом выдохе расслабляйте руки, голову, лопатки. Делайте тело вялым и расслабленным, насколько это возможно.

Положение на спине. Под головой - подушка, колени согнуты, ноги стоят на полу. Сделайте вдох, а на выдохе втяните живот, прижимая поясничную область к полу. Теперь (сохраняя давление на спину) напрягите и слегка приподнимите ягодичы. Зафиксируйте положение на 5 - 6 сек., затем расслабьтесь.

11.3. Как избежать боли в спине в различных ситуациях

В кровати

Важно иметь широкую комфортабельную кровать, чтобы было удобно в ней поворачиваться во время сна. Поверхность кровати должна быть мягкой, так как при твердой поверхности некоторые участки тела

во время сна станут болезненными. Но и прогибающийся, провисающий матрас не годится. Нужно иметь относительно жесткое ложе, которое не провисает и имеет мягкую поверхность. Обязательно пользуйтесь невысокой подушкой под головой. Хороша кровать, в которой уменьшаются боли!

В какой позе спать

Лежа на боку со слегка согнутыми коленями и бедрами, положите небольшую подушку между бедрами. Голова — на подушке, подбородок направлен к груди, локти согнуты. Эту позу называют позой плода.

Лежа на спине, под голову и колени положить подушки.

Старайтесь чаще спать в той позе, которая вам удобна.

Сон. Как заправлять постель

Полноценный сон не менее 7 - 8 часов необходим человеку для восстановления от усталости и небольших мышечно-скелетных повреждений. При этом устраняется износ мышечно-скелетных структур — мышц, сухожилий, связок, хрящей, диска.

Находясь в постели, лягте на спину и расправьте одеяло, затем выскользните из-под него. Теперь заправляйте края одеяла, поставив одну ногу на деревянную раму кровати, или присядьте на корточках, опустив одно колено.

В положении стоя

Если вы должны одеваться, долго стоять, гладить, разговаривать по телефону, подниматься в лифте, попробуйте следующее, чтобы расслабить мышцы спины:

а) прислонитесь к стене, стопы на некотором расстоянии от нее. Найдите наиболее удобное положение для стоп, чтобы облегчить дискомфорт в пояснице;

б) периодически переносите тяжесть тела с одной ноги на другую (переминайтесь);

в) иногда прерывайте действие — делайте несколько приседаний на корточки или потягиваний за стол.

Позы с наклоном тела

Чтобы уменьшить нагрузку на спину при умывании, чистке зубов, приготовлении пищи, уборке дома, уходе за детьми, попробуйте следующее:

а) поставьте одну ногу на какой-либо предмет, например, невысокую табуретку;

б) поставьте одну ногу на край ванны и опирайтесь туловищем на ногу;

в) при выполнении бытовых работ имейте под свободной рукой

какую-либо опору (например, опирайтесь одной рукой на раковину);

г) работая с пылесосом, удлините трубки и шланг, чтобы не наклоняться;

д) садитесь на корточки (можно опустить одно колено), если нужно поднять что-то с пола или вымыть его.

Если вы недавно перенесли приступ боли в спине, при работе по дому надевайте ортопедический пояс.

Чихание, кашель, смех, рвота

Когда ваше тело непроизвольно наклоняется вперед, сохраняйте эту позу, особенно в конце конвульсивного движения для предупреждения сотрясения спины. Напрягайте мышцы живота и помогайте себе пальцами рук, придавливая живот.

Осанка

Важно выработать правильную осанку, которая уменьшает напряжение спины. Посмотрите на себя в профиль в зеркале — в норме в пояснице есть небольшой изгиб вперед, не позволяйте ему усилиться. Для этого напрягите мышцы живота, плечи слегка отведите назад. Теперь посмотрите на себя в зеркале прямо — подбородок должен быть чуть приподнят, плечи находятся на одном уровне. Запомните такое положение тела — это правильная осанка, постоянно используйте ее.

Поза при ходьбе

Когда вы стоите или идете, не сутультесь, но и не сводите лопатки, выпячивая грудь. Не запрокидывайте голову. Бедренные и коленные суставы слегка согнуты, что позволяет без труда напрягать мышцы живота и ягодиц. Практикуйте как можно чаще ходьбу с напряжением брюшных и ягодичных мышц! С течением времени ходьба в таком положении станет хорошей привычкой. Это облегчит нагрузку на позвоночник. Стопы при ходьбе слегка повернуты кнаружи для улучшения равновесия. Шаги - небольшие. Старайтесь ходить легко, наступая с носка на пятку. Чем меньше шума вы производите при ходьбе, тем меньше сотрясение вашего позвоночника.

Ваша обувь

Целесообразно носить гибкую, мягкую обувь на толстой эластичной подошве. Избегайте пользоваться туфлями на высоких каблуках (не выше 2-3 см), так как при этом вес тела приносится на переднюю часть стопы. Создается чрезмерная нагрузка на все суставы ног и поясницу. А если есть необходимость в туфлях на высоком каблуке? В таком случае высоту каблуков следует менять постепенно в течение нескольких дней.

Это предупредит растяжение связок суставов ног. Наденьте утягивающие бриджи под одежду, уменьшающие нагрузку на поясницу. При обувании не наклоняйтесь, пользуйтесь длинной ложкой или присаживайтесь на корточки. **Если у вас есть возможность, старайтесь ходить босиком - это хороший массаж для мышц стоп!**

За столом

Если вы должны работать за письменным столом, компьютер поставьте прямо перед собой. Центр монитора находится чуть ниже уровня глаз. Телефон расположите рядом. Отрегулируйте высоту сидения кресла так, чтобы локти касались стола, колени находились на том же уровне с тазобедренными суставами. Удобна небольшая скамеечка под ногами. Распределите вес тела на обе стопы. Сидя на стуле, используйте его спинку для поддержки спины. Лучше, если кресло будет вращающимся, при этом удобно выходить из-за стола. Перенесите некоторые необходимые предметы на другой конец комнаты. Это будет для вас поводом во время работы периодически вставать и немного ходить.

Полугоризонтальная поза

Полугоризонтальная поза удобна во время чтения или просмотра телевизора. Опуститесь на крестец, лопатками упритесь в спинку кресла, ноги поставьте на подставку. Положите подушку под спину. Руки — на подлокотниках кресла. Но даже эту позу нельзя сохранять очень долго. Чаще вставайте, потягивайтесь, присаживайтесь на корточки. Сделайте несколько шагов по комнате. Только потом садитесь вновь.

В автомобиле

Прежде чем сесть в автомобиль, повернитесь спиной к сиденью. Напрягите мышцы живота, ягодиц и медленно присаживайтесь на сиденье, сгибая колени. Затем одновременно с поворотом корпуса подтягивайте поочередно ноги в салон. При выходе из машины придерживайтесь обратного порядка. Когда сидите за рулем, положите обе руки на руль. Сидите прямо, не откидывайтесь назад. Колени должны быть чуть выше уровня бедер, не выпрямляйте ноги. Прежде чем пристегнуться ремнем безопасности, положите под поясницу небольшую подушку или сложенное махровое полотенце. Если вы пассажир и вынуждены находиться в машине длительное время, лягте на заднее сиденье.

В самолете

Когда самолет поднимается и приземляется, воздействие на поясничные позвонки возрастает. Перед взлетом и посадкой приведите кресло в вертикальное положение. Ваша спина должна быть прямой, голова - на подголовнике, под поясницу положите небольшую подушку. Старайтесь сесть в первом ряду кресел, где есть пространство для ног. В

самолете, поезде или автобусе лучше сесть у прохода, где легко выйти. Время от времени делайте несложные упражнения для спины. Иногда вам будут предлагать просмотр такой видеопрограммы - не пропускайте его! Прогуливайтесь по салону, периодически напрягайте мышцы живота и ягодиц.

Иные ситуации

Подъем предмета:

- встаньте напротив объекта, стопы - на ширине плеч, одна стопа немного впереди другой;
- сядьте на корточки (можно опустить одно колено);
- обхватите нужный вам предмет и подтащите его к себе;
- теперь напрягите мышцы живота и ягодиц, поднимите предмет и прижмите его плотно к животу;
- выпрямляйте колени, бедра и поднимайте необходимый предмет.

Опускание предмета:

- втяните живот, напрягите ягодицы;
- обхватите предмет по бокам или одной рукой сверху, другой — снизу;
- прижмите предмет плотно к туловищу;
- при опускании предмета садитесь на корточки, спина прямая;
- теперь можно опустить предмет на пол.

Перенос тяжестей. Не следует носить тяжелые предметы, когда у вас болит спина! Но если необходимо работать, наденьте ортопедический пояс или широкий обычный пояс, затяните его потуже.

Старайтесь переносить тяжести в положении:

- когда вес распределен равномерно между руками;
- вес поднят на одном плече;
- вес находится в рюкзаке.

Не носите предметы на боку в одной руке, не наклоняйтесь в сторону. Старайтесь держать мышцы живота напряженными, а колени слегка согнутыми. Носите обувь на низком каблуке. Если вы несете предмет достаточно долго, чаще останавливайтесь и отдыхайте. Укрепляйте мышцы спины, бедер, таза, брюшной пресс. Это позволит вам переносить тяжелые предметы без вреда для позвоночника.

Как правильно толкать предмет. Пользуйтесь тележкой; предварительно правильно положите на нее необходимый предмет (толкать предмет перед собой лучше, чем тащить):

- станьте перед предметом, одна ступня впереди другой;
- ноги слегка согнуты, живот втянут, ягодицы напряжены;
- толкайте за счет силы рук и ног, спина — прямая;
- используйте обе руки, не наклоняйтесь над предметом.

Как правильно тащить предмет. Положите необходимый предмет на тележку:

- станьте перед предметом;
- сохраняйте основную позицию: ноги слегка согнуты, живот втянут, ягодицы напряжены;
- начинайте с передвижения одной ноги назад, спина — прямая;
- тащите за счет силы рук и ног, используйте обе руки, предмет — перед вами;
- не тащите предмет за собой, так как при этом позвоночник подвергается избыточной нагрузке.

Как правильно поднимать предмет на высокую поверхность (антресоли) или снимать его. Два стула, обращенные сиденьями друг к другу, поставьте на резиновый коврик, чтобы они не скользили. Спинки стульев будут служить вам опорой, когда вы будете влезать или слезать со стульев. Ноги слегка согнуты, живот втянут, ягодицы напряжены. Поднимите нужный предмет на стул, потом поднимайтесь сами. Теперь поднимайте предмет на антресоли, он должен скользить от вас или на вас только в горизонтальном направлении усилий. Когда снимаете предмет, сначала опускайте его на стул, затем слезайте со стула и только потом опустите предмет на пол.

Вес тела

Люди, страдающие ожирением, часто жалуются на боли в пояснице и ногах. Это связано с тем, что избыточный вес повреждает многие структуры спины и суставов ног, при этом иногда сдавливаются нервы и сосуды. Кроме того, жировая ткань вокруг суставов существенно ограничивает движения в шее и пояснице. Следите за своим весом — это поможет вам избежать болей в спине и ногах!

Легко рассчитать и знать свой **индекс массы тела (ИМТ)**. Свой вес тела в килограммах делим на свой рост в метрах в квадрате – получаем ИМТ в единицах. **В норме ИМТ составляет 18,5-24,9 ед. Индекс свыше 25 до 29,9 ед. означает избыточный вес тела, свыше 30 ед. - ожирение.**

Например: веса 70 кг, рост 1,6 м человека. Ищем ИМТ: 70 кг делим на рост в квадрате ($1,6 \times 1,6 = 2,56$). Получается 27,3 ед. В данном случае имеется избыток веса и **рекомендуется снижение веса с 70 кг до 63-64 кг.**

Выбирайте для еды чаще фрукты, овощи, неочищенные зерна (каша, хлеб), мясо (куриная грудка, индейка, нежирная баранина), рыбу. Старайтесь, чтобы на вашей тарелке в виде 1/2 всего рациона лежали фрукты и овощи, 1/4 - зерна, еще 1/4 - мясо или рыба. Если вы неспешно

уже все положенное съели, но насыщение еще недостаточное, в дальнейшем пользуйтесь приемом переключения внимания. Например, выпейте стакан воды, почистите зубы, начинайте смотреть хороший фильм, читать интересную книгу, разгадывать кроссворды и т.д. Возможно через 15-20 мин почувствуете насыщение едой.

Избегайте продуктов с повышенным содержанием жира, сахара, соли. Пользуйтесь пароваркой. Поменьше употребляйте консервы. Снижение веса тела должно проводиться постепенно. Проконсультируйтесь с диетологом, если у вас есть избыточный вес.

Не курите

Известно, что курение наносит вред дыхательной и сердечно-сосудистой системам человека. Курение снижает уровень кислорода и других питательных веществ, которые кровь может принести к тканям. У взрослых межпозвоночный диск, хрящ, сухожилие, связка не имеют собственных кровеносных сосудов, поэтому питание этих структур осуществляется только за счет соседних тканей. С возрастом затрудняется проникновение питательных веществ в бессосудистые структуры. Это может быть вызвано также курением, так как доказано, например, что уже через 20-30 мин. курения резко снижается доставка питательных веществ в диск. Этим можно объяснить более высокую частоту поясничной боли у курящих людей по сравнению с некурящими.

Тренировка, спорт, танцы

Все, что связано с контактом тел (борьба), толчками, подскоками (спортивные игры, танцы в быстром темпе), подъемом тяжести (штанга, гири), асимметричными резкими и быстрыми движениями, переразгибанием назад (теннис, бадминтон, кегельбан, городки), не рекомендуется. Регулярная ходьба в медленном и среднем темпе - простейший путь для увеличения физической активности. При этом формируется сила и выносливость мышц спины, ягодиц, живота и ног, снижается вес тела. Появляется хорошее самочувствие, уменьшается внутреннее напряжение, улучшается сон. Занятия ходьбой полезны для сердца, улучшают кровоснабжение тканей спины и позвоночника. Ходьба на работу или с работы (сначала проходите только часть пути), в парке, вдоль набережной у реки, у моря, по торговому центру - отличное занятие: интерес к происходящему, разнообразие, произвольная тренировка.

Профилактика дорсалгии: как уменьшить нагрузку на спину

Чтобы уменьшить нагрузку на спину:

- при необходимости ношения и подъема тяжести надевайте ортопедический пояс;
- исключите переохлаждение;

- избегайте сырости и сквозняков;
- постоянно занимайтесь физической тренировкой;
- укрепляйте мышцы спины и брюшного пресса, поддерживающие позвоночник;
- не переусажайтесь, не набирайте вес - не увеличивайте дополнительную нагрузку на позвоночник и ноги;
- еженедельно при наличии разрешения врача посещайте баню (парную или сауну), позволяющую естественным способом улучшать обмен веществ, активизировать функции позвоночника;
- ежемесячно проводите 7 - 10-дневный профилактический курс самомассажа спины; меньше находите в сидячем положении;
- не ходите более 1 - 2 часа на высоких каблуках (длительная вертикальная нагрузка в положении стоя требует непременно разгрузки в положении лежа);
- выполняйте любую производственную и домашнюю работу с правильной осанкой;
- обращайте внимание на свою позу - ограничивайте время пребывания в вынужденной позе сгибания или разгибания;
- сидите с максимально выпрямленной спиной (для этого необходимо изготовить специальные приспособления для сидения в машине, на работе, дома). Если долго сидите за столом или за рулем, обязательно делайте перерывы каждые 20 - 30 мин, старайтесь потянуться, подвигаться;
- ограничьте до минимума время пребывания в позе сгибания;
- меняйте каждые 10 - 15 мин позу, двигайте руками и ногами, периодически отклоняясь назад, потягивайтесь;
- переключайтесь - вставайте и ходите через каждый час «упорного сидения»;
- разогревайте мышцы перед физической нагрузкой или занятиями спортом;
- не поднимайте больших грузов (более 3 - 5 кг) рывками. Разделите груз на части или используйте подручные средства механизации;
- не поднимайте ничего на вытянутых руках, держите груз как можно ближе к туловищу; избегайте подъема груза в сочетании с резким поворотом туловища.

Заключение

Учитывая современные данные о природе боли в спине, накопленный клинический опыт в России, стало ясно, что давно назрела коренная модернизация в этой медицинской проблеме. Необходимо выработать единые методические подходы к диагностике и тактике ведения пациентов с болью в спине. На основе многолетних наблюдений и лечения этой группы пациентов нами выделено и описано новое заболевание – ДОРСАЛГИЯ (© Богачева Л.А., 1998, 2012).

Дорсалгия - болевой синдром в спине (с возможной иррадиацией в конечности) обусловленный неспецифическими изменениями (дисфункциональными, деструктивными, дистрофическими) в тканях опорно-двигательного аппарата (мышцы, фасции, сухожилия, связки, суставы, диски) с возможным вовлечением смежных структур (корешок, или нерв).

Дорсалгия - деструктивно-дисфункциональная мышечно-скелетная боль в спине (с возможностью вовлечения корешка или нерв).

В это понятие не входят: заболевания внутренних органов; травматические, онкологические, инфекционные, воспалительные, метаболические поражения; первичные неврологические заболевания. Хроническая психогенная боль выступает как самостоятельная нозологическая единица.

Дорсалгия - современное ортопедическое заболевание имеет доброкачественный и обратимый характер; диагностируется, лечится и регистрируется преимущественно в амбулаторных условиях. Подавляющее большинство синдромов дорсалгии успешно купируются, несмотря на стабильность дистрофических изменений в позвоночнике. Клинически описаны локальные синдромокомплексы дорсалгии.

Ключевым моментом патогенеза дорсалгии является:

- несоответствие функционального состояния и анатомических особенностей мышечно-скелетной системы (в том числе позвоночника);
- бытовая или профессиональная нагрузка;
- острая дисфункция приводит к микротравматизации или декомпенсации (при дистрофических изменениях в различные структуры опорно-двигательного аппарата);
- формирование источников боли.

Диагностический алгоритм, включающий изучение рисунка боли и нарушение функции различных структур опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы, направлен на выявление и

дифференциацию источников боли.

Принципиально важно для успешного ведения пациентов с дорсалгией разделять клинические формы на изолированные мышечно-скелетные поражения (острые или хронические) и дорсалгию с наличием корешка или нерва. Эти формы различны по пато- и саногенезу, лечебной тактике и прогнозу. Определяется степень временной нетрудоспособности больного при различных формах дорсалгии. Чаще всего это острый мышечно-скелетный синдромокомплекс или острый мышечно-скелетный синдромокомплекс с наличием корешка или нерва.

Записи врача в первичной медицинской документации должны обосновывать необходимость временного освобождения от работы по заболеванию.

Терапия дорсалгии должна быть комплексной, преимущественно немедикаментозной, адекватной источникам боли на различных стадиях заболевания. В процессе лечения устраняются источники боли и восстанавливаются поврежденные мышечно-скелетные и неврологические ткани. Профилактические мероприятия следует направлять на компенсацию или коррекцию факторов риска.

Дорсалгия является современной нозологической формой, которая имеет все соответствующие признаки заболевания и требует своего лечения:

- новая клиническая морфология спины;
- анатомия и физиология области спины;
- этиология и патогенез дорсалгии;
- термин;
- определение;
- дифференциация дорсалгии от других заболеваний;
- диагностический алгоритм при дорсалгии;
- клинические формы дорсалгии, соответствующие пато- и сано-генезу;
- описание локальных синдромокомплексов;
- классификация синдромокомплексов дорсалгии;
- диагнозы синдромокомплексов при дорсалгии;
- критерии установления нетрудоспособности при дорсалгии;
- тактика и прогноз лечение конкретного больного;
- соответствующее лечение синдромокомплексов;
- специальная подготовка врачей и медицинских сестер;
- профилактическая образовательная программа.

В современной Международной классификации болезней существует неполная, неопределенная, неуточненная классификация синдромов боли в спине - МКБ - 11, которая отнесена в различные Классы - 21 и 8. Вместе с тем признаки, синдромы, клинические данные о мышечно-скелетной системе и вторичные повреждения нервной системы при дорсалгии в МКБ-12 (следующую классификацию) целесообразно отнести в один Класс «Болезни опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани».

Нами идентифицированы физические причины и физические характеристики при дорсалгии. Синдромокомплексы, описанные как место повреждения области в спине, включены в новое заболевание - «дорсалгия». Это необходимо для формирования современного диагноза.

Д.м.н. Л.А. Богачева предлагает в последующий (12) пересмотр МКБ включить новое ортопедическое заболевание «ДОРСАЛГИЯ» в один Класс «Болезни опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани» (сейчас Класс 15). Классификация синдромов нового ортопедического заболевания нами предлагается:

ДОРСАЛГИЯ (имеет локальные синдромокомплексы)

Цервикокраниалгия

Цервикалгия

Цервикоторакалгия

Торакалгия

Люмбалгия

Люмбосакралгия

Кокциалгия

Вторичная (дискогенная, вертеброгенная) радикулопатия (алгия): шейная, грудная, поясничная, пояснично-крестцовая, крестцово-копчиковая.

Данной классификацией будут пользоваться врачи, фельдшера-медицинские сестры, научные исследователи, статисты и кодировщики медицинской информацией. В Национальное российское руководство по ортопедии нужно добавить главу «Дорсалгия – новое ортопедическое заболевание в компетенции амбулаторной помощи ортопеда и семейного врача».

Концепция боли в спине существенно изменилась. Это российский приоритет – иностранных подобных работ нет !

**Национальное Российское руководство по ортопедии (проект)
СОВРЕМЕННАЯ ОРТОПЕДИЯ**

Содержание

Раздел 1. История развития ортопедии в России

Раздел 2. Анатомия и физиология мышечно-скелетных структур туловища и конечностей. Следует акцентировать внимание на изучение мышечно-скелетных структур спины, так как, они в российских учебниках по ортопедии долгие годы не описывались

Раздел 3. Методика обследования пациента с заболеваниями опорно-двигательной системы

Раздел 4. СПИНА И ГРУДНАЯ КЛЕТКА

– дорсалгия – новое ортопедическое заболевание МКБ-11, Классы 21,8; необходимые виды лечения, в т.ч. мануальная терапия (при дискогенной радикулопатии мануальная терапия противопоказана!);

- дифференциация лечебной и профилактической гимнастики при различных клинических формах дорсалгии;

- программа реабилитации пациентов с дорсалгией;

– спондилоартроз;

– спондилолистез;

– кифотические и кифосколиотические деформации;

– амбулаторное лечение заболеваний в области спины и грудной клетки;

– стационарное лечение заболеваний в области спины и грудной клетки (например, лечение постстернотомического синдрома МКБ-11, ВЕ 10).

Раздел 5. Верхняя конечность

– врожденные заболевания;

– приобретенные заболевания;

– амбулаторное и стационарное лечение заболеваний.

Раздел 6. Нижняя конечность и таз

– врожденные заболевания;

– приобретенные заболевания;

– амбулаторное и стационарное лечение заболеваний.

Раздел 7. Эндопротезирование суставов

В МКБ-11 «Остеохондроз или остеохондрит dissecans» FB82.1 – ортопедическое заболевание: небольшой участок хряща со смещением его в полость сустава.

Раздел 8. Поэтапная реабилитация ортопедических заболеваний спины, грудной клетки, конечностей и постхирургических состояний