

«Оптимизация контроля эффективности лечения пациентов с дорсопатиями»

**Д.М.Н., ДОЦЕНТ, ФИЛАТОВА ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА,
ФГБУ ДПО «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ
ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, МОСКВА**

Определение

Термин «ДОРСОПАТИЯ» употребляется для обозначения «болевого синдрома в области спины невисцеральной этиологии, связанных с дегенеративными заболеваниями позвоночника»

[Рачин А.П., Анисимова С. Ю, 2012; Зиновьева О. Е., Баринов А. Н., 2018].



Боль в спине является **симптомом**, а не нозологической формой. Поэтому при её классификации нередко применяются анатомо-топографические термины, не отражающие сути патологического процесса, а обозначающие область, в которой локализуются болевые ощущения.

- локальная боль в шее обозначается как цервикалгия» ,
- в грудном отделе позвоночника – торакалгия,
- в пояснично-крестцовой области – люмбалгия.
- Для боли, иррадиирующей из шейного отдела позвоночника в руку, применяется термин цервикобрахиалгия,
- в затылочную или иную область головы – цервикокраниалгия,
- боли, распространяющейся из пояснично-крестцовой области в ногу, – люмбоишиалгия.





Более чем у 85% пациентов с острой болью в спине выявляются её скелетно-мышечные причины.

Предположительно микротравматизация и растяжение мышцы при выполнении «неподготовленного движения» являются причиной боли у подавляющего большинства пациентов (> 70% случаев)»

Согласно данным Международной ассоциации по изучению боли (IASP) 30–50% населения земного шара испытывают боль в шее. Чаще страдают женщины среднего возраста.

«Ежегодные расходы на ведение и лечение пациентов с цервикалгиями конкурируют с материальными затратами на лечение пациентов с болями в нижней части спины и головной болью»

Распространенность дорсопатий

«В России распространенность хронической боли в спине

составляет 48,2–56,7% без существенных различий между мужчинами и женщинами, а ежедневная заболеваемость – 5%».

«Хотя эпизод боли в спине часто бывает кратковременным, примерно у 25% пациентов в последующем развивается хроническая боль, которая служит причиной длительной нетрудоспособности.

До 80% затрат на здравоохранение обусловлены материальными потерями, связанными с невыходом на работу, так же затратами на проведение лечебно-диагностических мероприятий, приходится на лечение хронических болей в спине.



ФАКТОРЫ РИСКА

«Факторы, провоцирующие болевой синдром многообразны и кроме возрастных дегенеративных изменений определенную роль играют:

- значительная физическая нагрузка;
- нарушение осанки (искривление позвоночника – сколиоз, выраженный кифоз, кифосколиоз, сутулость при слабости мышечного корсета и нерегулярных физических нагрузках);
- неудобная поза во время работы, монотонный повторяющиеся движения, длительные статические нагрузки (работа на компьютере, а сегодня подавляющее большинство людей используют компьютеры не только на работе, но для отдыха; шитье, вязание, работа на конвейере);
- занятия спортом (чаще у начинающих спортсменов);
- избыточная масса тела;
- высокий рост;
- травмы (ушибы и растяжения);
- переохлаждение, сквозняки, кондиционеры;
- психоэмоциональные перегрузки, повышенная тревожность»

ПАТОГЕНЕЗ ДОРСОПАТИИ.

Механическое раздражение нервных корешков при дорсопатии любого уровня формирует развитие целого каскада защитных реакций: происходит активация симпатoadреналовой системы, мобилизация тропных гормонов, b- липотропина, b-эндорфина, энкефалинов. При болевом стрессе усиливается образование серотонина, который в свою очередь тормозит активность субстанции Р.

[Агасаров Л.Г., Атлас Е.Е., Каменев Л.И. Сочетанное лечение дорсопатий пояснично-крестцового отдела позвоночника. // вестник новых медицинских технологий, электронный журнал. - 2017.- № 4. –с. 216-223.]

Клинические проявления

«Выделяют две основные формы боли: острую и хроническую.

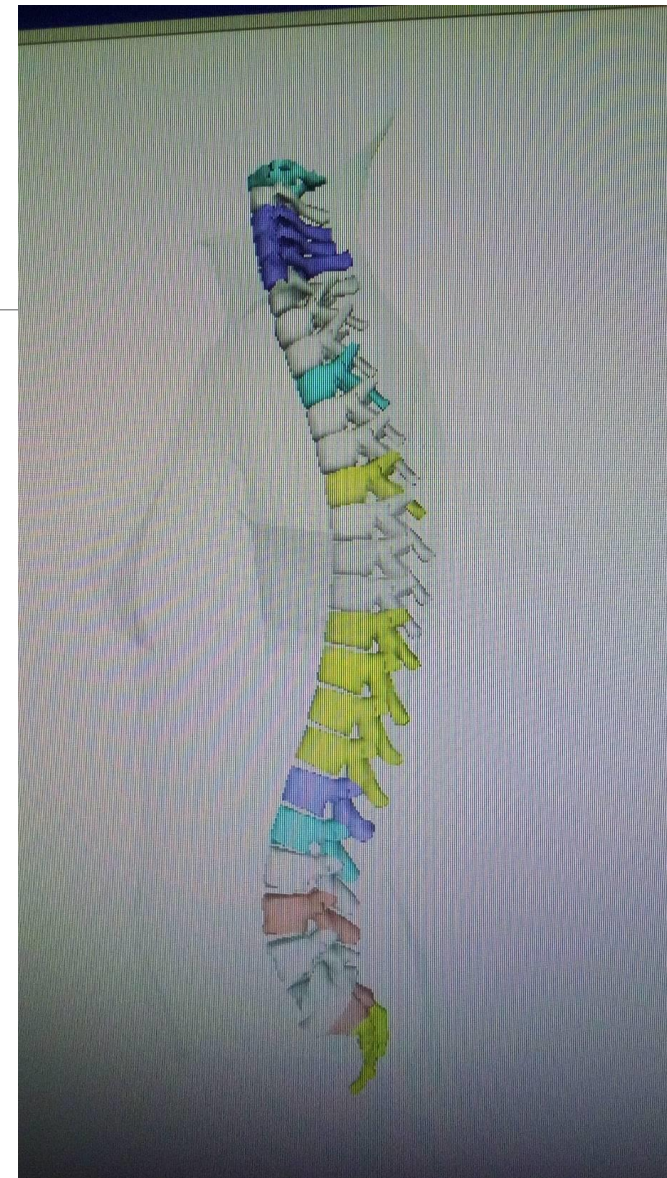
Острая боль длится до 6 недель,

а «хронической считают боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления поврежденных тканей» и длится свыше 12 недель»

У пациентов с хронической болью, в отличие от пациентов с острой болью, развиваются специфические психологические проблемы, которые в свою очередь, провоцируют прогрессирование болевого синдрома и сводят на нет все усилия по восстановлению трудоспособности пациента.

«У пациентов с длительным вертеброгенным анамнезом в ответ на изменение двигательного стереотипа или для иммобилизации поражённого двигательного сегмента нередко формируются рефлекторные скелетно-мышечные нарушения, которые при длительном сохранении сами могут становиться дополнительными источниками болевой импульсации» .

Именно «эта группа больных характеризуется неблагоприятным прогнозом в плане выздоровления».



Мышечно-тонический синдром

Вторым синдромокомплексом проявления дорсопатии можно считать развитие мышечно-тонического (миофасциального) синдрома соответственно проявлению боли или, возможно, как сопутствующий компонент. Мышечно-тонический синдром состояние длительного мышечного спазма, сопровождающегося изменением структуры мышечных волокон. В качестве синонимов нередко используют такие термины как «миозит», «фиброзит», «миалгия», «мышечный ревматизм», «несуставной ревматизм».



Анталгическая поза при боли в пояснице.

Нарушение функции

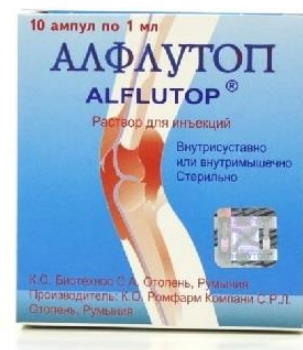


Также к клиническим проявлениям относится нарушение функциональной подвижности соответствующего сегмента позвоночника или всего позвоночника в целом.



Стандартная терапия

нестероидные
противовоспалительные
препараты (основными
препаратами для купирования
болевого синдрома являются
НПВП), миорелаксанты, при
подозрении на отек
спинномозговых корешков
назначают диуретики,
хондропротекторы, препараты,
улучшающие
микроциркуляцию, витамины
группы В



В остром периоде основной задачей является обезболивание.

Комплексное лечение

«После уменьшения болевого синдрома через 5–10 дней подключают немедикаментозные методы лечения, такие как физиотерапевтические методы лечения, лечебную физкультуру, массаж, тракционную терапию, акупунктуру, гирудо- и апитерапию»

В целом, при лечении дорсопатий вертеброгенного генеза наиболее эффективными можно считать комплексные методы и схемы лечения, т. к. причины и механизмы развития дорсопатии могут перекликаться и совмещаться, а также развитие нарушений в одном сегменте часто обуславливает нарушения в других сегментах позвоночного столба.



Выраженность жалоб на боль в спине у пациентов после лечения



ВАШ

По *шкале интенсивности болевого синдрома ВАШ* состоящей из последовательного ряда чисел: от 0 (нет боли) до 10 (максимально возможная боль). «Недостатком ВАШ является ее одномерность, т. е. по этой шкале больной отмечает лишь интенсивность боли. Эмоциональная составляющая болевого синдрома вносит существенные погрешности в показатель ВАШ»

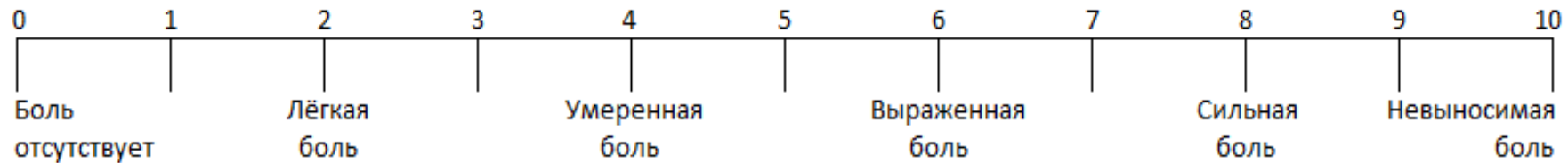
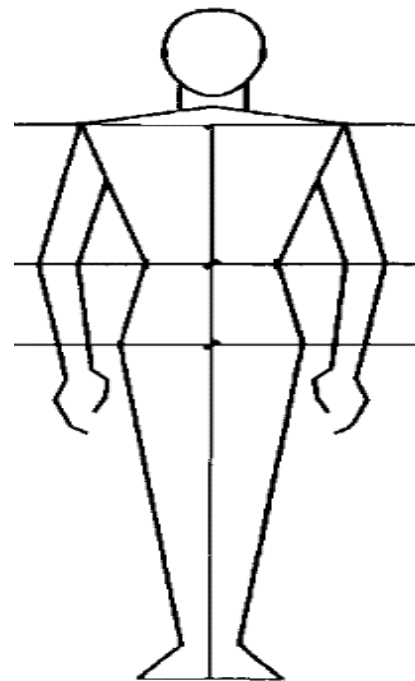


СХЕМА БОЛИ

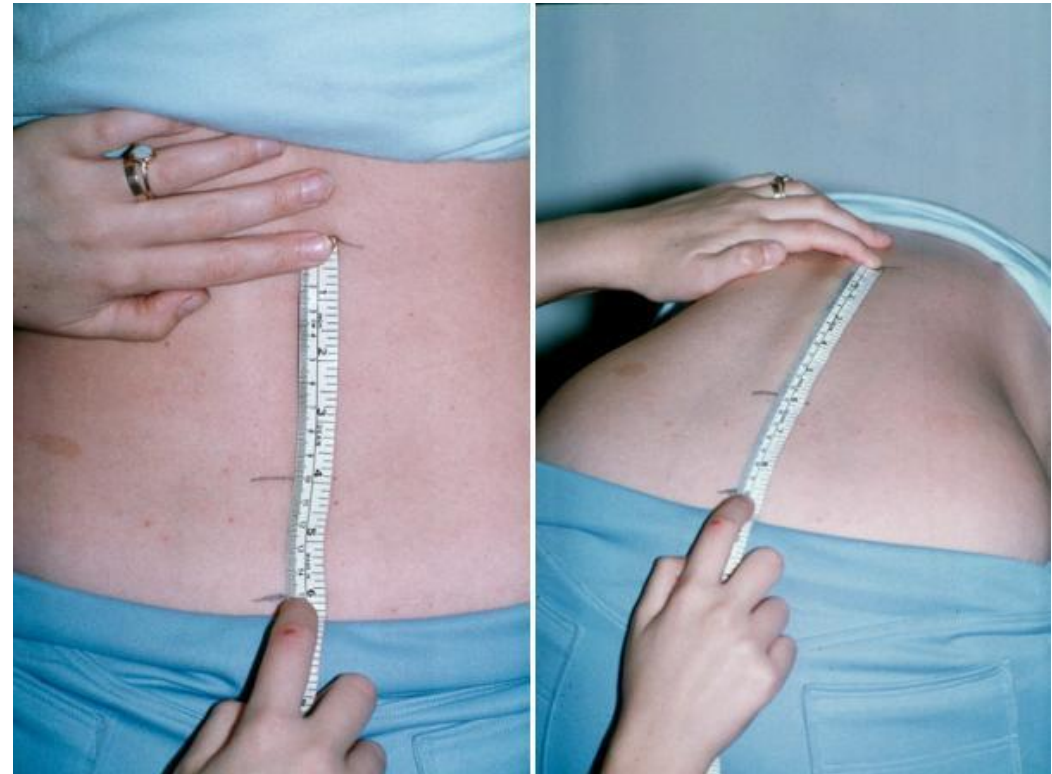
Для уточнения локализации болевого синдрома шкала была дополнена схемой тела человека (голова – шейный – грудной поясничный отделы позвоночника), на которой пациенты отмечали области распространения боли до и после лечения.



тест Шобера

«от остистого отростка L5 отмеряют расстояние в 10 см кверху, помечают его точкой на коже исследуемого. Затем после максимального сгибания спины в поясничном отделе снова измеряют расстояние от остистого отростка L5 до метки на спине.

В норме это расстояние увеличивается на 4–5 см»



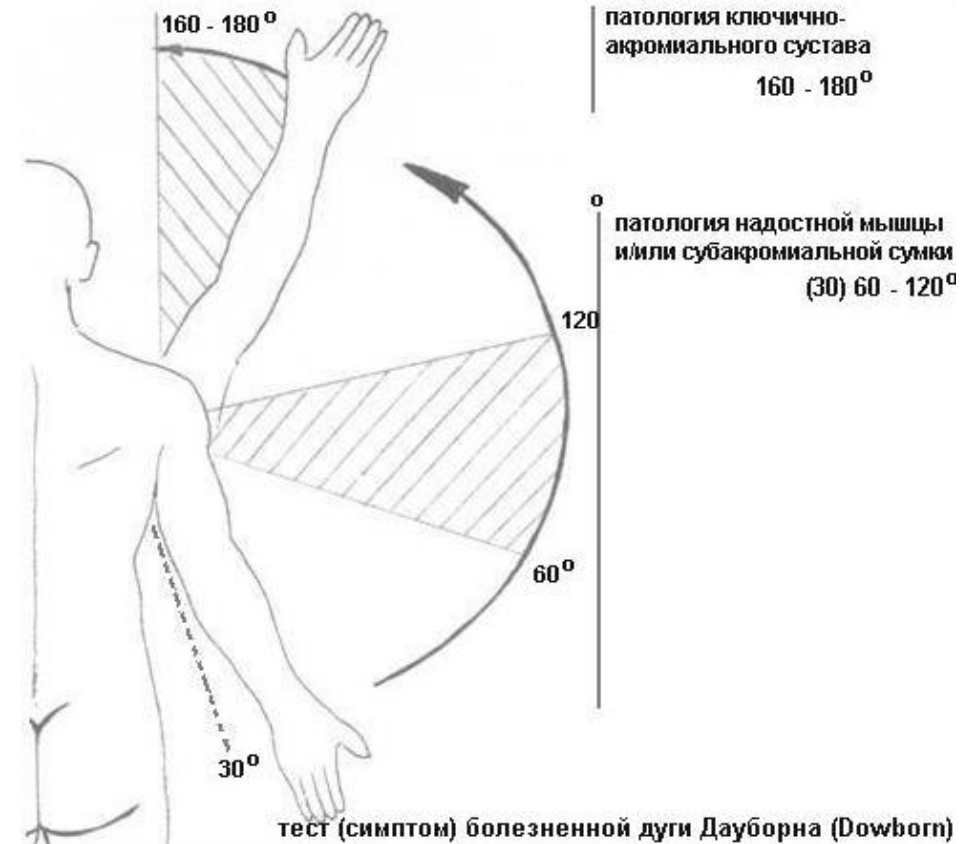
тест Отта

использовали для оценки подвижности грудного отдела позвоночника (в положении стоя нащупывается остистый отросток Th1 и от него отмеряется вниз 30 см. Больному предлагается максимально согнуть спину и в этом положении вновь измеряют расстояние до метки. В норме это расстояние увеличивается на 5 см.



Тест Дауборна

для выявления поражений сухожилия надостной мышцы, субакромиальной сумки (боль в среднем секторе) и ключично-акромиальном суставе (боль в верхнем секторе).



подвижности шейного отдела позвоночника

для оценки использовали измерение сантиметровой лентой расстояние между верхним и нижним шейными позвонками до и после наклона головы вперед (в норме при максимальном наклоне головы вниз расстояние равняется 3 см).



	мужчины		женщины		норма
Отдел позвоночника	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	см
	цервикалгии				
шейный	2,8±0,1	3,0±0,7	2,43±0,75	2,75±0,11	+3
Грудной	2,8 ±0,2	3,3±0,34	1,12±0,02	1,68±0,01	+5
(тест Отта)					
Поясничный (тест Шобера)	0,65±0,01	3,0±0,35 p < 0,05	5,12±0,2	5,43±0,03	+5
	торакалгии				
шейный	2,37±0,5	3,8±0,1	2,10±0,11	2,6±0,22	+3
Грудной (тест Отта)	0,75±0,11	2,05±0,05 p < 0,05	1,91±0,33,	1,8±0,74 p > 0,05	+5
Поясничный (тест Шобера)	3,3±0,45	4,1±0,12 p > 0,05	5,37±0,15	5,3±0,87	+5
	люмбалгии				
шейный	3,17±0,61	3,2 ±0,3	2,43 ±0,18	2,76±0,36	+3
Грудной (тест Отта)	1,07±0,18	1,61±0,36	1,61±0,35	1,76±0,70	+5
Поясничный (тест Шобера)	3,46±0,14	4,3±0,73 p < 0,05	3,7±0,02	5,4±0,04 p< 0,05	+5

тест Томайера

«определение расстояния от кончиков пальцев до пола при максимальном наклоне вперед, не сгибая колен.

В норме это расстояние менее 5 см»



Тест ТОМАЙЕРА

	мужчины		женщины	
	До лечения см	После лечения см	До лечения см	После лечения см
цервикалгии	8,0 ±0,5**	5,75 ± 0,1*	12,65±0,07	4,5±0,14**
торакалгии	10,0±0,25**	4,25±0,02*	15,2±0,08	3,2±0,16*
люмбалгии	20,84 ±0,11**	8,23 ±0,23*	16,92 ±0,01	6,69 ±0,03*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Введение тестовых оценок у пациентов в отделениях реабилитации амбулаторного и стационарного профиля (по удобной для медучреждения методике), а также доступная визуализация двигательных нарушений позволит осуществить правильный выбор тактики лечебных мероприятий с возможным расширением программы реабилитации (санаторно –курортное лечение, реабилитационные центры и т.д.), а также повысит комплаентность пациентов.

Благодарю за внимание

