

# ДОРСОПАТИИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА: ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

Доц. И. А. Говбах

Харьковская медицинская академия последипломного образования

*Рассмотрены основные подходы к диагностике и лечению дорсопатий в амбулаторной практике семейного врача. Представлены ведущие этиологические факторы и патогенетические механизмы развития дорсопатий; их классификация. Изложены основные клинические и современные инструментальные методы диагностики дорсопатий, а также показания для их проведения; принципы подбора рациональной терапии, включающей как медикаментозные, так и немедикаментозные методы.*

**Ключевые слова:** дорсопатии, инструментальная диагностика, дифференциальная диагностика, медикаментозная терапия, немедикаментозная терапия.

## ДОРСОПАТІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ: ОСНОВНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ Й ТЕРАПІЇ

Доц. І. А. Говбах

*Розглянуто основні підходи до діагностики та лікування дорсопатій в амбулаторній практиці сімейного лікаря. Подано провідні етіологічні чинники та патогенетичні механізми розвитку дорсопатій; їх класифікацію. Викладено основні клінічні та сучасні інструментальні методи діагностики дорсопатій, а також показання для їх проведення; принципи підбору раціональної терапії, що включає як медикаментозні, так і немедикаментозні методи.*

**Ключові слова:** дорсопатії, інструментальна діагностика, диференціальна діагностика, медикаментозна терапія, немедикаментозна терапія.

## DORSOPATHIES IN AMBULANCE SITUATION FAMILY DOCTOR'S PRACTICE: BASIC ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND THERAPY

I. A. Govbach

*The main approaches to diagnosis and treatment of dorsopathies in ambulance situation family doctor article describes are described in the article. The leading of dorsopathies etiological factors, pathogenetic mechanisms and they classification are presented. The basic clinical and modern instrumental methods of dorsopathies diagnosis and indications for their implementation; the principles of optimal therapy decision, including both drug and non-drug methods.*

**Keywords:** dorsopathies, instrumental diagnostics, differential diagnostics, drug therapy, non-drug therapy.

Боль в спине является ведущей причиной обращаемости пациентов в амбулаторной практике семейных врачей, занимая второе место после острых респираторных заболеваний. Согласно статистике ВОЗ в течение жизни боль в спине испытывали от 70 до 90 % лиц взрослой популяции. В Украине боль в спине ежегодно регистрируется более чем у 50 % трудоспособного населения. Высокая распространенность данной патологии у лиц трудоспособного возраста переводит эту проблему из сугубо медицинской в экономически значимую. Так, результаты проведенных исследований показали, что в экономически развитых странах затраты на ведение больных с болями в спине стоят вторыми после затрат на ведение онкологических больных. В связи с этим своевременная диагностика и раннее назначение рациональной терапии дорсопатий являются основными факторами снижения сроков нетрудоспособности у пациентов с данной патологией, а также способствуют уменьшению частоты хронизации заболевания [2, 6, 14].

Дорсопатии — группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, ведущим симптомом которых является боль в туловище и конечностях невисцеральной этиологии [12, 20].

В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) дорсопатиям соответствуют рубрики М40–М54. Согласно МКБ-10, выделяют 4 основных вида дорсопатий: 1) деформирующие дорсопатии (М40–М43) — связаны с деформациями позвоночника: кифозом, сколиозом, остеохондрозом; 2) спондилопатии (М45–М49) — связанные с развитием артроза межпозвоноковых суставов); 3) другие дорсопатии (М50–М54) — связанные с дегенерацией межпозвоноковых дисков); 4) дорсалгия (М54) — боль в спине, локализованная в шейном, грудном, поясничном отделах позвоночника [1, 3].

Основной функциональной единицей позвоночного столба является позвоночно-двигательный сегмент, который состоит из межпозвонокового диска, двух смежных позвонков с суставным комплексом, мышечно-связочным аппаратом и нервными элементами на этом уровне.

В настоящее время на основании проведенных исследований доказано, что ведущим механизмом развития дорсопатии являются функциональные и дистрофические изменения в тканях опорно-двигательного аппарата (фасции, мышцы, сухожилия, связки, суставы, диск)

с возможным вовлечением смежных структур периферической нервной системы (корешок, нерв). В связи с прямохождением позвоночник человека подвержен значительным статодинамическим нагрузкам, что приводит к относительно раннему развитию дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночно-двигательном сегменте и, как следствие, нарушению их функционирования, что и является ведущей причиной развития дорсопатий. Наиболее распространенными проявлениями дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника являются такие заболевания как остеохондроз и спондилоартроз [7, 16, 19].

Комплекс обязательного обследования пациента с жалобами на боль в спине включает: 1) физикальное исследование; 2) рентгенологическое исследование позвоночника; 3) по показаниям нейровизуализационное обследование (КТ или МРТ) позвоночника и/или других органов [13, 18].

Для установления причины боли в спине необходимо детальное изучение жалоб больного и тщательно собранный анамнез. Во время сбора жалоб и анамнеза следует выяснить:

- 1) локализацию и иррадиацию боли;
- 2) зависимость боли в позвоночнике от положения тела и движений;
- 3) перенесенные травмы и заболевания (злокачественные новообразования и др.);
- 4) эмоциональное состояние, причины для симуляции или аггравации.

Клинические проявления дорсопатий чаще всего проявляются в виде спондилогенных неврологических синдромов, которые представляют собой группу клинических синдромов, патогенетически обусловленных рефлекторными, компрессионными, миоадаптивными факторами и проявляются в виде чувствительных, двигательных, вегетативно-трофических, сосудистых нарушений и болевых синдромов [8, 23].

К основным патогенетическим вариантам спондилогенных синдромов относятся:

- 1) рефлекторные — вследствие воздействия на рецепторы, иннервирующие пораженные отделы позвоночного сегмента: мышечно-тонические, вазомоторные, нейродистрофические нарушения;
- 2) компрессионные (всегда сочетаются с рефлекторными) — обусловленные воздействием патологических структур (грыжа, остеофит и др.) на корешок (радикулопатия), спинной мозг (миелопатия), сосуд, в частности позвоночную артерию, с соответствующими нарушениями [2, 18].

Основным инструментальным методом диагностики при дорсопатиях является рентгенография позвоночника, которая имеет несомненно важную диагностическую ценность и должна проводиться в прямой и боковой проекциях [15].

Ведущими рентгенологическими признаками дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника являются:

- 1) уменьшение высоты диска;
- 2) субхондральный склероз;
- 3) краевые остеофиты на передних и задних поверхностях тел позвонков;
- 4) деформация унковертебральных отростков, суставных отростков;
- 5) подвывихи тел позвонков;
- 6) изменение статики позвоночника;
- 7) обызвествление выпавшего пульпозного ядра диска [15, 23].

Проведение нейровизуализационных методов исследования, таких как МРТ и/или КТ, является обязательным в следующих клинических случаях:

- выраженный болевой синдром и/или неэффективность консервативной терапии в течение 4 нед.;
- прогрессирующий неврологический дефицит;
- признаки инфекционного или неопластического процесса;
- травма позвоночника [11].

Дополнительными методами инструментальной диагностики при дорсопатиях являются: электромиография (проводится при наличии симптомов радикулопатии и при необходимости определения тяжести поражения нервов или анатомического местонахождения дисков, в том числе перед проведением хирургического вмешательства); радиоизотопная остеосцинтиграфия костей и позвоночника (показана при подозрении на опухолевый или метастатический процесс, деформирующий остит); рентгеновская денситометрия (применяется как основной метод ранней диагностики остеопороза); миелография (используется при подозрении на сдавление спинного мозга или конского хвоста, в том числе при планировании оперативного вмешательства) [13, 16].

Особое внимание следует уделять дифференциации боли в спине вертеброгенной природы от висцеральной патологии [11, 12, 13]. Основные соматические заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику при дорсопатиях: панкреатит, опухоль поджелудочной железы; язвенная болезнь; нефролитиаз, пиелонефрит; тромбоз почечной вены; аневризма брюшной аорты; опухоли яичника, кисты; воспалительные процессы органов брюшной полости и таза [5, 8, 17].

Так как в последние годы значительно увеличилась заболеваемость туберкулезом, не следует забывать об этой патологии как о причине возникновения дорсопатии.

Для туберкулезного спондилита типичны рентгенологические изменения в виде снижения высоты тел позвонков, сужения межпозвоночных щелей, клиновидной деформации позвонков (деструкция двух близлежащих позвонков), появление тени натечника. Туберкулезный абсцесс (натечник) характеризуется скоплением гноя в мышечных и подапоневротических пространствах. В поясничном отделе он может располагаться

в большой поясничной мышце, проникать в подвздошную область и в мышечную бедренную лауну. При этом могут поражаться корешки пояснично-крестцового сплетения. Точная диагностика этого процесса возможна только с помощью КТ. Эпидуральный абсцесс характеризуется корешковым синдромом с постепенным сдавлением спинного мозга на фоне выраженных септических проявлений. В клинической картине туберкулезного спондилита сперва появляются характерные опоясывающие боли, болезненность при перкуссии остистых отростков и осевой нагрузке, ограничение движения на уровне поражения, а также симптомы интоксикации, что является патогномичным признаком [9, 15, 24].

Лечение больных со спондилогенной дорсалгией регламентирует приказ МЗ Украины № 487 от 17.08.2007, в котором представлены основные положения по ведению больных с дорсалгией:

а) создание условий, которые способствуют снижению интенсивности болевых проявлений;

б) уменьшение нагрузки на структуры опорно-двигательной системы;

в) медикаментозное лечение — нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), анальгетики, миорелаксанты, антипароксизмальные средства, транквилизаторы, антидепрессанты, хондропротекторы, нейрометаболиты, венотоники, диуретики;

г) медикаментозные блокады;

д) немедикаментозные методы (физиотерапия, рефлексотерапия, мануальная терапия, лечебная физкультура (ЛФК)).

В острой период заболевания главным лечебным фактором является покой с отсутствием резких движений и избеганием всех ситуаций, которые могут привести к усилению болевого синдрома. При этом сохранение постельного режима рекомендовано только в начальный период заболевания, в первые 2–4 дня, и преимущественно в случаях выраженного болевого синдрома, так как длительный постельный режим способствует замедлению репаративных процессов в позвоночно-двигательном сегменте и негативно сказывается на процессе реабилитации [4, 6, 17].

Согласно рекомендациям доказательной медицины, для купирования острой боли в спине

используют НПВП, которые являются «золотым стандартом» для лечения боли в спине. В зависимости от влияния на фермент циклооксигеназы (ЦОГ), выделяют две группы НПВП: неселективные и селективные (табл. 1) [12, 23].

Купирование болевого синдрома может быть достигнуто также локальным введением лекарственных препаратов за счет блокирования болезненных мышечных групп или триггерных точек. Локальная терапия является эффективным дополнительным методом лечения, воздействуя на периферический источник боли как первичным, так и рефлекторным. Мазевые, кремевые и гелевые формы лекарственных средств обладают противовоспалительным и миорелаксирующим действиями, способны глубоко проникать в кожу и подкожную клетчатку, блокируя болевые рецепторы [22, 25].

В комплексе терапевтического воздействия при дорсопатиях мануальная терапия способствует устранению патобиомеханических расстройств и связанных с ними болевыми синдромами. Все виды мануальной терапии представляют собой применение давящих и растягивающих воздействий на кожу, подкожные ткани и мышцы и использование связанной с этим нормализации регуляции в рефлекторных зонах и их патогенных стартовых структурах [18, 21].

Существуют определенные противопоказания для проведения мануальной терапии, абсолютными из которых являются:

- опухоли позвоночника, злокачественные новообразования любой локализации;
- острые и в фазе обострения хронические инфекционные заболевания, а также воспалительные заболевания спинного мозга и его оболочек;
- травматические поражения позвоночника, состояние после оперативных вмешательств на позвоночнике;
- выраженная нестабильность позвоночного двигательного сегмента (III–IV стадии) с явлениями спондилолистеза, спондилолиза;
- острые нарушения спинномозгового кровообращения [7, 10].

В зависимости от стадии заболевания рекомендовано применение алгоритмов лечения (табл. 2) [3, 4, 12].

Таблица 1

## Классификация НПВП как ингибиторов циклооксигеназ

| Преимущественные ингибиторы ЦОГ-1  | Преимущественные ингибиторы ЦОГ-2   | Высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2                                 |
|--|-------------------------------------|--|
| Ацетилсалициловая кислота<br>Ибупрофен<br>Индометацин<br>Диклофенак натрия<br>Кетопрофен<br>Пироксикам | Мелоксикам<br>Нимесулид<br>Этодолак | Целекоксиб<br>Рофекоксиб<br>Вальдекоксиб<br>Паракоксиб<br>Флосулид |

Алгоритмы лечения дорсопатий в зависимости от стадии заболевания

| Острая дорсалгия   | Дорсалгия в подостром периоде  |
|--|--|
| Ограничение физической активности в течение всего острого периода.<br>Постельный режим (полужесткая поверхность) — 1–3 дня.<br>Сухое тепло.<br>НПВП — 7–10 дней.<br>Миорелаксанты — 10–14 дней.<br>Витамины группы В — 10–30 дней.<br>Локальная терапия — гели, содержащие НПВП; блокада местными анестетиками — в течение всего острого периода.<br>Хондропротекторы — 30–60 дней | Лечебная физкультура.<br>Физиотерапия: чрескожная электронейростимуляция, синусоидальные модулированные токи, низкочастотная магнитотерапия; фонофорез с гидрокортизоном; электрофорез с лекарственными препаратами (НПВП, карипазим).<br>При отсутствии противопоказаний — мануальная терапия, массаж.<br>Хондропротекторы — в течение 30–60 дней |

**ВЫВОДЫ**

Основой успешной терапии дорсопатий в амбулаторной практике семейного врача является комплексный подход с использованием

как медикаментозных методов лечения с назначением фармакологических препаратов различных групп, воздействующих на все звенья патогенеза заболевания, так и немедикаментозных.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Антонов И. П. Поясничные боли / И. П. Антонов, Г. Г. Шанько. — Минск : Беларусь, 1989. — 143 с.
2. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. А. М. Вейна. — М. : МЕДпресс-информ, 2001. — С. 13–17.
3. Болезни нервной системы : руководство для врачей. — В 2 т. / Под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. — М. : Медицина, 2001. — Т. 1. — 743 с.
4. Боллз Э. Б. Хроническая боль в спине и пути ее преодоления / Пер. с англ. О. Т. Тумановой, С. Ю. Богдановой. — М. : КРОН-ПРЕСС, 1995. — 144 с.
5. Боренштейн Д. Эпидемиология, этиология, диагностическая оценка и лечение поясничной боли / Д. Боренштейн // Международный мед. журнал. — 2000. — № 1. — С. 28–36.
6. Бронштейн А. С. Изучение и лечение боли (обзор литературы и постановка задач) / А. С. Бронштейн, В. Л. Ривкин // Международный мед. журнал. — 2001. — № 3. — С. 267–271.
7. Веселовский В. П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. — Рига : Медицина, 1991. — 341 с.
8. Вознесенская Т. Г. Боли в спине и конечностях // Болевые синдромы в неврологической практике / Т. Г. Вознесенская ; под. ред. чл.-корр. РАМН. А. М. Вейна. — М. : МЕДпресс-информ, 2001. — 368 с.
9. Зиятдинов К. М. Диагностика и оперативное лечение туберкулезного спондилита / К. М. Зиятдинов, В. Н. Лавров, А. Б. Кожевников. — Сб. науч. тр. — М. : МНИИТ, 1998. — С. 86–89.
10. Иваничев Г. А. Мануальная медицина / Г. А. Иваничев. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — 488 с.
11. Кармазановский Г. Г. Магнитно-резонансная томографическая диагностика остеомиелита / Г. Г. Кармазановский, А. В. Шуракова. — М. : ВИДАР, 2011. — 72 с.
12. Кузнецов В. Ф. Вертеброневрология: клиника, диагностика, лечение заболеваний позвоночника / В. Ф. Кузнецов. — Минск : Минск. кн. дом, 2004. — 640 с.
13. Левин О. С. Диагностика и лечение неврологических проявлений остеохондроза позвоночника / О. С. Левин // Consilium medicum. — 2004. — Т. 6. — № 8. — С. 547–555.
14. Лиманский Ю. П. Проблема боли в современной медицине / Ю. П. Лиманский, Л. И. Лиманская // Журнал практического врача. — 2001. — № 2. — С. 37–39.
15. Михайлов А. Н. Средства и методы современной рентгенографии / А. Н. Михайлов. — Минск : Бел. наука, 2000. — 242 с.
16. Михайлов В. П. Боль в спине: механизмы патогенеза и саногенеза / В. П. Михайлов. — Новосибирск, 1999. — 208 с.
17. Нордермар Р. Боль в спине: причины, лечение, предупреждение / Р. Нордермар ; пер. с швед. — 2-е изд. — М. : Медицина, 1991. — 144 с.
18. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология) : руководство для врачей / Я. Ю. Попелянский. — М. : МЕДпресс-информ, 2011. — 34 с.

19. Тещук В. Й. Причинно-наслідкові зіставлення виникнення і розвитку больових синдромів хребтового походження / В. Й. Тещук, О. О. Ярош // Лікарська справа. — 1999. — № 6. — С. 82–87.
20. Федін А. І. Дорсопатії (класифікація і діагностика) / А. І. Федін // Атмосфера. Нервныя болезні. — 2002. — № 2. — С. 2–8.
21. Чикуров Ю. В. Мягкие мануальные техники / Ю. В. Чикуров. — М. : Триада-Х, 2011. — 176 с.
22. Чичасова Н. В. Локальная терапия хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата / Н. В. Чичасова // РМЖ. — 2001. — № 9. — С. 286–288.
23. Штульман Д. Р. Неврология : справочник практического врача / Д. Р. Штульман, О. С. Левин. — М. : МЕДпресс-информ, 2008. — 1025 с.
24. Hidalgo J. A. Potts disease (tuberculous spondylitis) / J. A. Hidalgo, G. Alangaden // Last updates. — 2004. — P. 2.
25. The treatment of acute low back pain — bed rest, exercises, or ordinary activity? / A. Malmivaara, U. Hakkinen, T. Aro [et al.] / N. Engl. J. Med. — 1995. — Vol. 332. — P. 351–355.

## КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ХМАПО ПЛАТНИХ ЦИКЛІВ СПЕЦІАЛІЗАЦІЙ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКАРІВ НА 2015 РІК

### СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ, УПРАВЛІННЯ ТА БІЗНЕСУ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Зав. кафедри проф. Сердюк О. І. тел. 700-36-39

|   |             |
|---|-------------|
| Організація і управління охороною здоров'я<br>(для лікарів, які закінчили інтернатуру за будь-якою спеціальністю мед. профілю, керівників органів охорони здоров'я їх заступників, або зарахованих у їх резерв лікарів-методистів, лікарів-статистиків) | 19.10–17.12 |
|---|-------------|

### ЗАГАЛЬНОЇ ГІГІЄНИ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЇ

Зав. кафедри проф. Карaban О. М. тел. 310-01-73; 711-80-36

|   |             |
|---|-------------|
| Загальна гігієна (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію)  | 21.05–22.06 |
| Загальна гігієна (для лікарів медико-профілактичного профілю)   | 27.08–25.12 |
| Гігієна дітей та підлітків<br>(для лікарів, які підтверджують звання лікар-спеціаліст)  | 21.10–19.11 |
| Лабораторні дослідження факторів навколишнього середовища<br>(для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію)  | 02.11–01.12 |
| Гігієна харчування (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорію)  | 20.11–18.12 |
| Профілактика ВІЛ/СНІДу і парентеральних вірусних гепатитів<br>(для лікарів терапевтичного, хірургічного, педіатричного, стоматологічного, медико-профілактичного профілю) | 12.10–26.10 |
| Профілактика ВІЛ/СНІДу і парентеральних вірусних гепатитів<br>(для лікарів терапевтичного, хірургічного, педіатричного, стоматологічного, медико-профілактичного профілю) | 09.11–23.11 |

### КЛІНІЧНОЇ БІОХІМІЇ, СУДОВО-МЕДИЧНОЇ ТОКСИКОЛОГІЇ ТА ФАРМАЦІЇ

Зав. кафедри проф. Петюнін Г. П. тел. 711-79-97; 711-80-41

|  |             |
|--|-------------|
| Сучасні проблеми організації та проведення контролю якості лікарських засобів під час оптової та роздрібною торгівлі<br>(для керівників фармпідприємств та їх заступників керівників структурних підрозділів фармпідприємств та їх заступників керівників контрольних-аналітичних лабораторій та їх заступників старших провізорів, провізорів аптек і аптечних пунктів, провізорів-аналітиків та уповноважених осіб, які відповідальні за вхідний контроль якості лікарських засобів) | 14.09–13.10 |
| Організація та управління фармацією<br>(для фахівців, які атестуються на II, I, вищу категорію)  | 05.10–03.11 |
| Загальна фармація (для старших провізорів, які атестуються на II, I, вищу категорію)   | 09.11–08.12 |