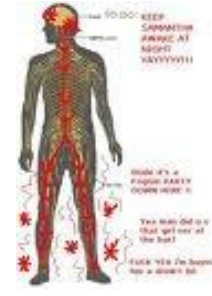




Боль в спине. Особенности диагностики и терапии

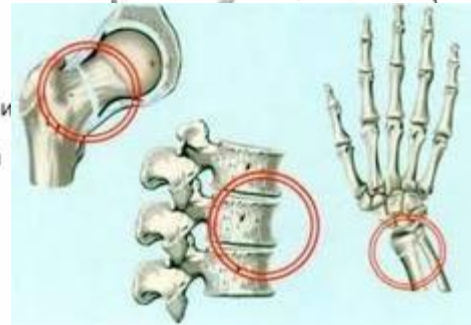
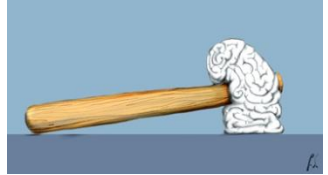
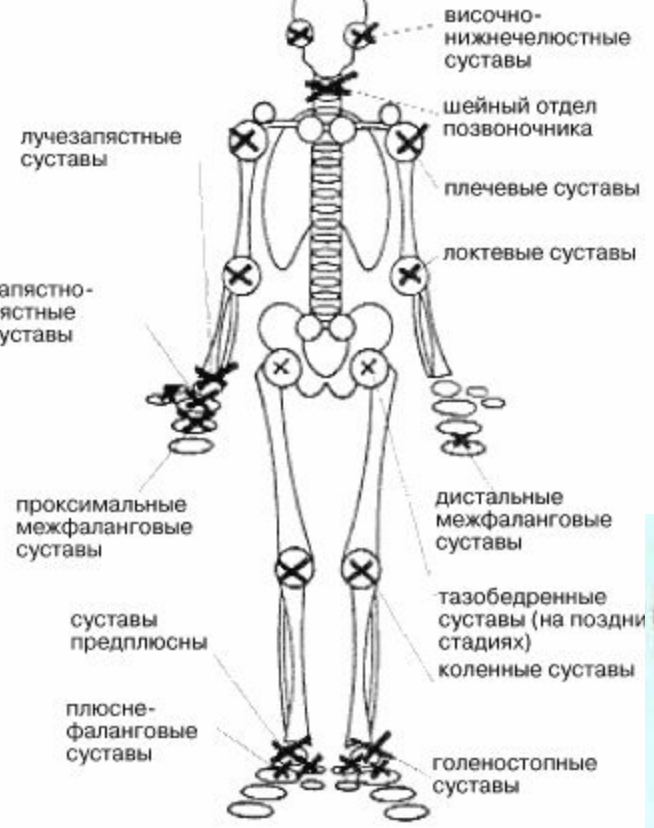
Ларикова Т.И.
Кафедра неврологии ФПК и ППС



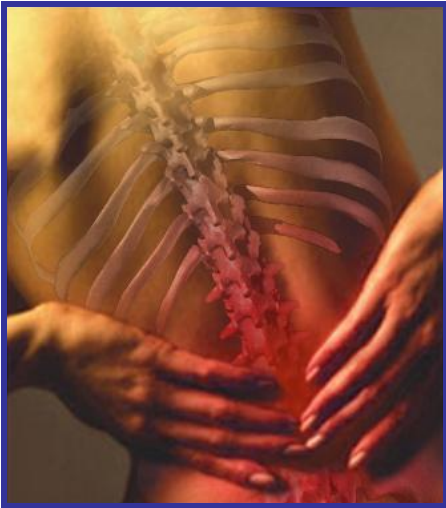
Боли в спине над

Самая частая локализация

Другие суставы



Боли в спине = Остеохондроз ?



нет жалоб на боли в спине

нет жалоб на боли в спине



МРТ

нет жалоб на боли в спине



МРТ

дегенеративно-дистрофические
изменения в позвоночнике !

нет жалоб на боли в спине



Возраст от 60 лет
старше 60 лет

60%

MPT

дегенеративно-дистрофические
изменения в позвоночнике !

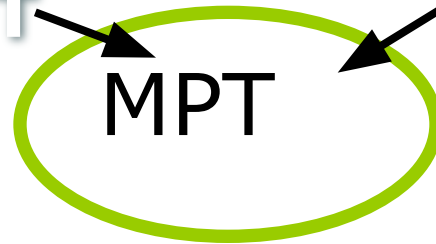
нет жалоб на боли в спине



Возраст от 60 лет
старше 60 лет

возраст 25-39 лет

60%



35%

дегенеративно-дистрофические
изменения в позвоночнике !

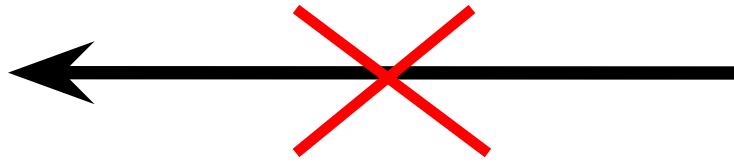
нет жалоб на боли в спине



КТ, МРТ, миелография

30-40%

ГРЫЖИ ДИСКОВ



Нет прямой корреляции

При ОА наблюдается слабая связь между рентгенологическими изменениями, болями и нарушением функции суставов

Болезнь

«Рентгенологический» ОА
30% взрослого населения

Страдание

Боль
10%

Вертеброгенные боли в спине

1. Неспецифические боли в спине – 85%

А 15% - это что?

Вертеброгенные боли в спине

1. **Неспецифические боли в спине – 85%**
2. **Радикулопатия – 7%**
3. **Специфические боли - 8%**

Вертеброгенные боли в спине

1. **Неспецифические боли в спине – 85%**
2. **Радикулопатия – 7%**
3. **Специфические боли - 8%**
(что это?)

«ДОРСОПАТИИ» (M40-M54)

Деформирующие дорсопатии (M40-M42):

- кифоз и лордоз;
- сколиоз;
- остеохондроз позвоночника (болезни Кальве - асептический некроз тела нижнегрудного или верхнепоясничного позвонка и болезнь Шейермана-Мау - безболезненное врожденное снижение высоты среднегрудных позвонков).

Деформирующие и воспалительные дорсопатии (M43-M48):

- спондилолиз;
- спондилолистез;
- спондилез;
- анкилозирующие и другие воспалительные спондилопатии.

Спондилопатии (M49):

- туберкулез позвоночника (A18);
- бруцеллезный спондилит (A23);

«Красные флаги»

Факторы, настораживающие в отношении специфической патологии

- **Усиление боли ночью**
- **Лихорадка и необъяснимая потеря веса**
- **Возраст моложе 20 лет или старше 50 лет**
- **Недавняя травма**
- **Онкологический процесс в анамнезе**
- **Тазовые нарушения**
- **Прогрессирующий неврологический дефицит**
- **Нарушение походки**
- **Факторы риска спинальной инфекции**

Диагностический клинический процесс

самооценка боли пациентом
(анкетирование),

уточнение анамнеза,

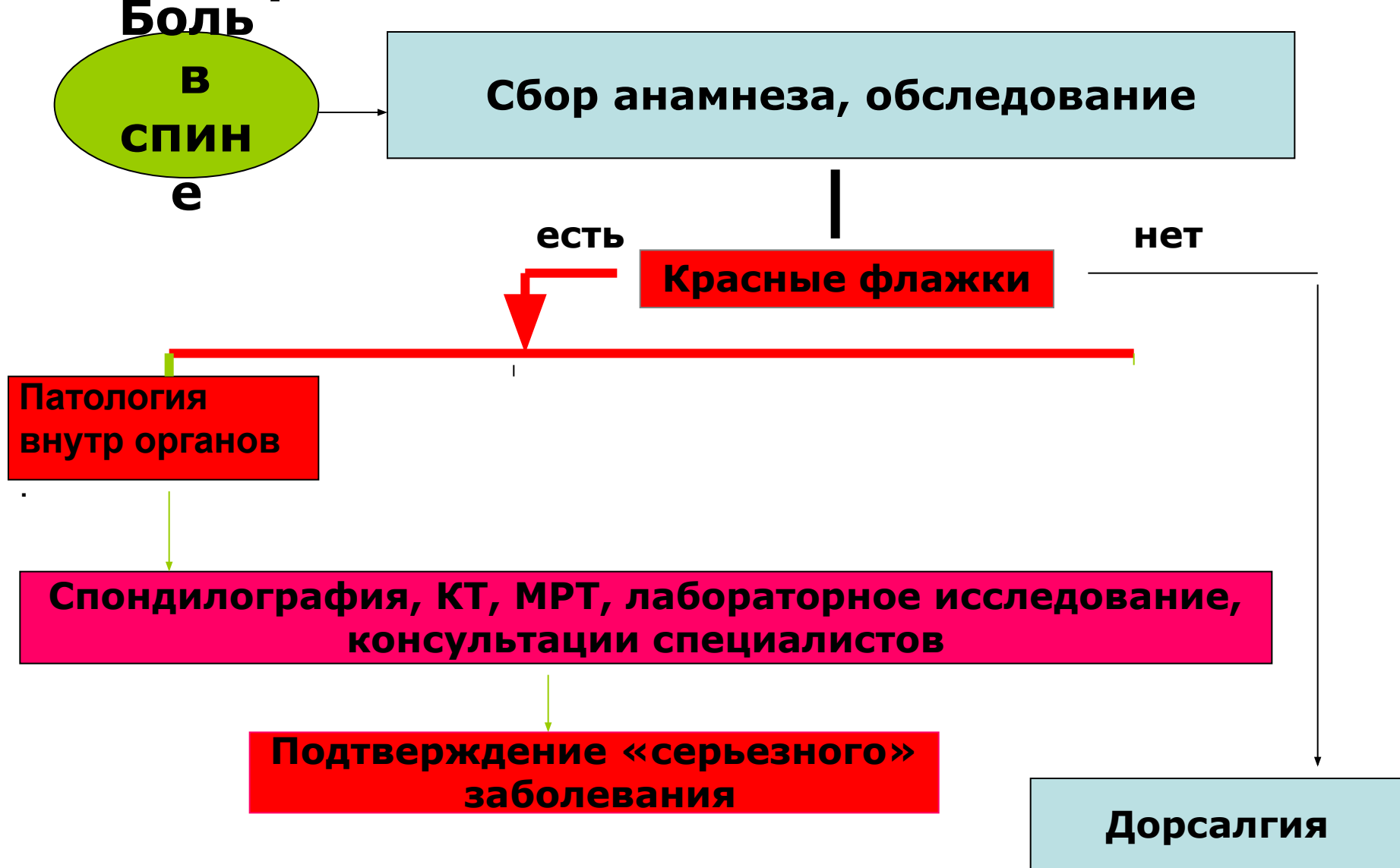
осмотр пациента:

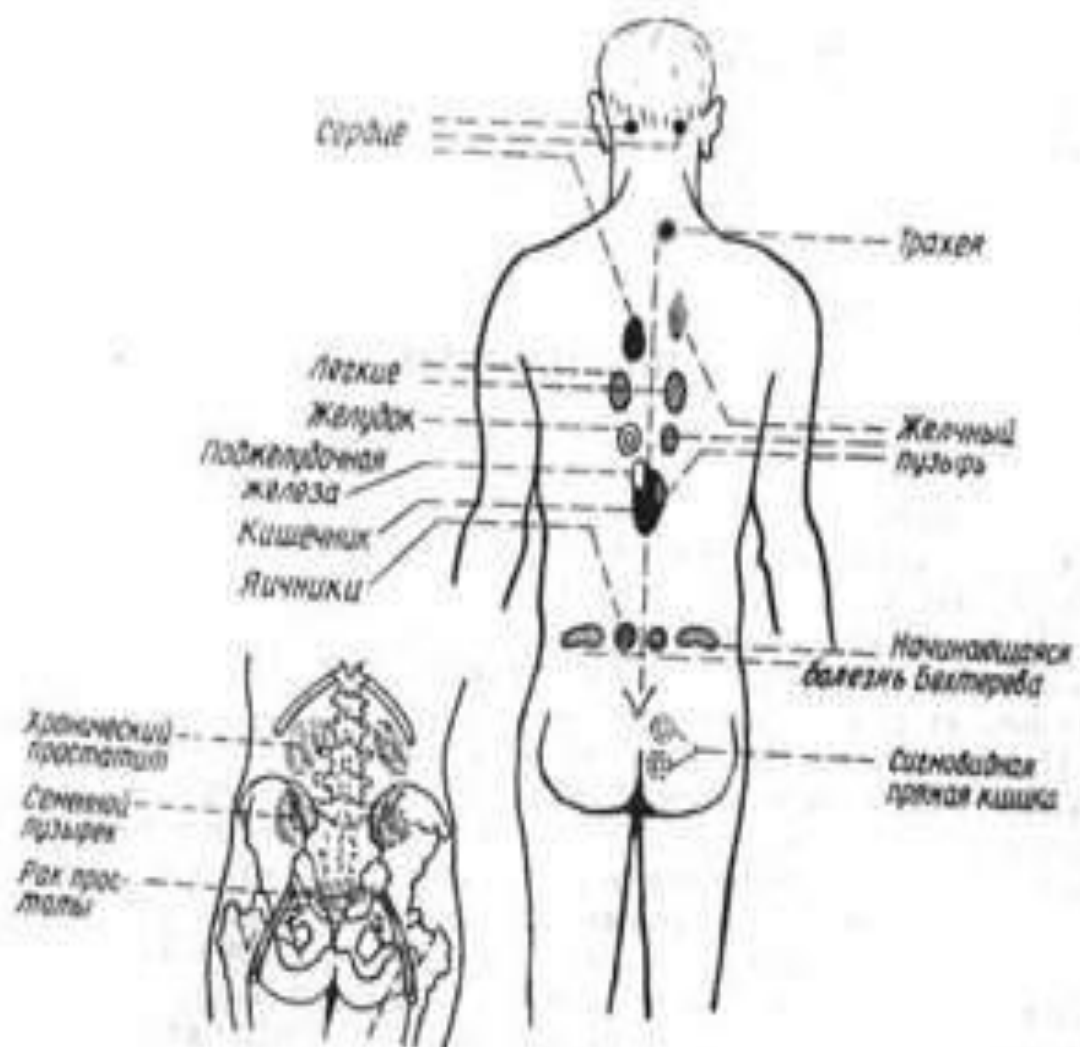
- исследование функции мышц,
- суставно-связочного аппарата позвоночника и таза,
- корешков спинного мозга и нервов.

1 шаг

- Исключить заболевания внутренних органов.

Алгоритм диагностики боли в спине





аневризма нисходящего отдела аорты

*Разница АД на верхних конечностях
Бледность кожи*

*Пальпация,
аускультация,
УЗИ-диагностика*

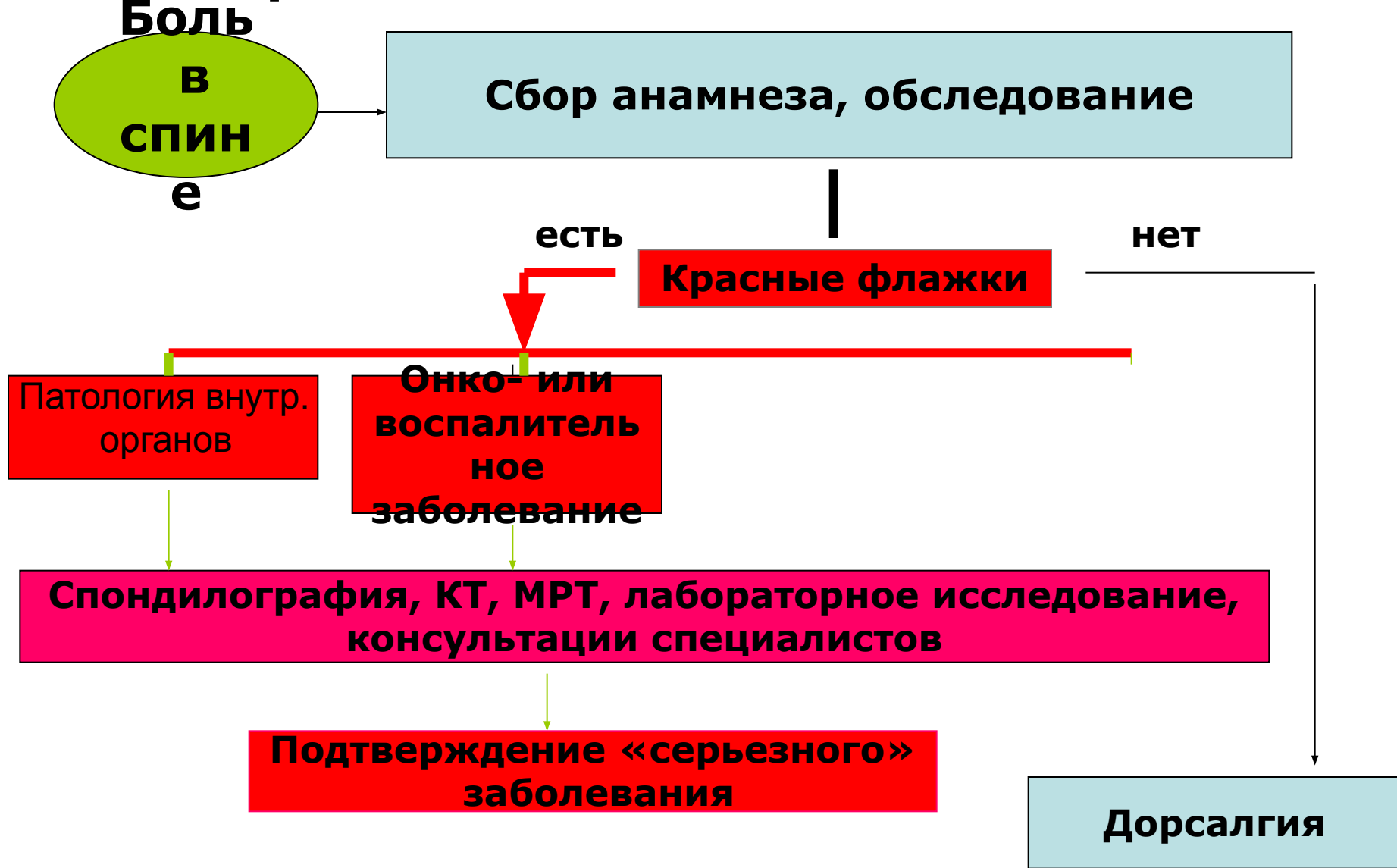


*Требует ургентной
хирургической помощи*

2 шаг

- Исключить специфические причины вертеброгенной патологии.

Алгоритм диагностики боли в спине



- Что нас насторожило в анамнезе?

Воспалительное, опухолевое поражение

Симптомы

- **Боль не связана с движением**
- **Боль в ночное время**
- **Беспричинное снижение веса**
- **Лихорадка**
- **Ночной пот**



Воспалительное, опухолевое поражение

Рекомендации

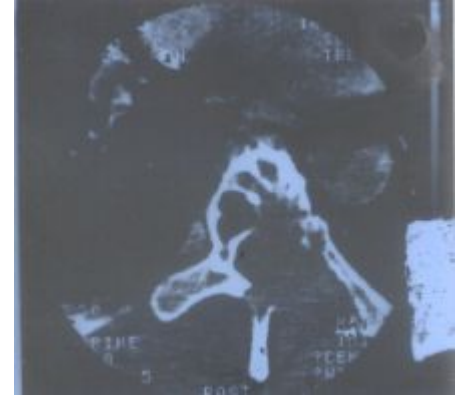
- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- PSA (при необходимости)
- Рентгенография в 2 проекциях
- КТ, МРТ
- **Пальпация регионарных лимфоузлов**
- Консультация гинеколога, уролога



Миеломная болезнь

Обследование:

- Белок Бен-Джонса (моча)
- Форез белков (кровь)



Туберкулезный спондилит

Стадии

- ❖ Спондилитическая
- ❖ Корешковая
- ❖ Паралитическая



Первичные опухоли

Статистика – 1% *всех БНОС*

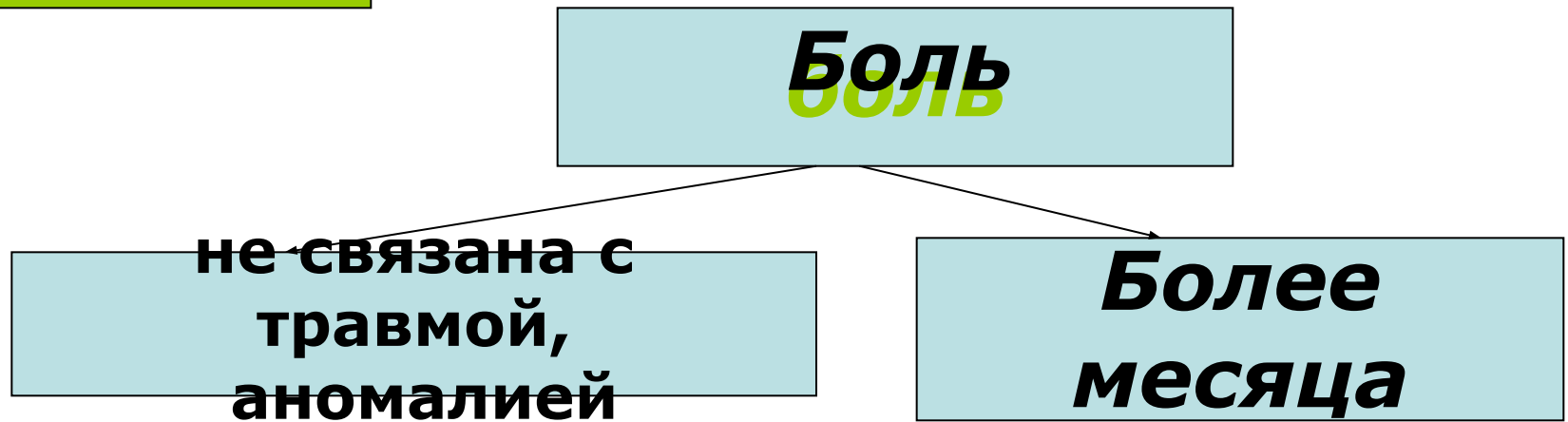
злокачественны
е

доброкачественны
е

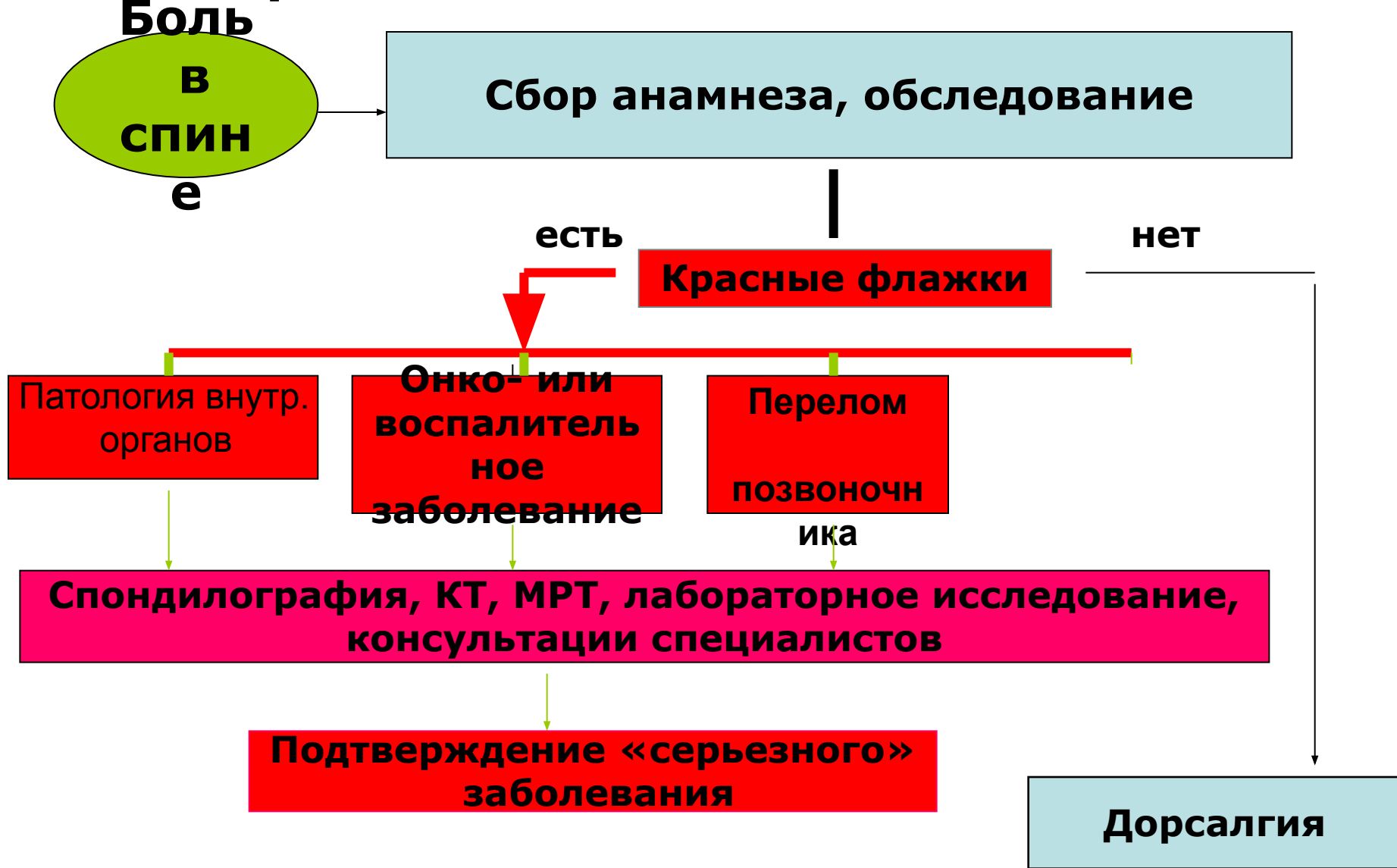
Анкилозирующий спондилоартрит

Критерии диагноза:

Возраст до 30 лет

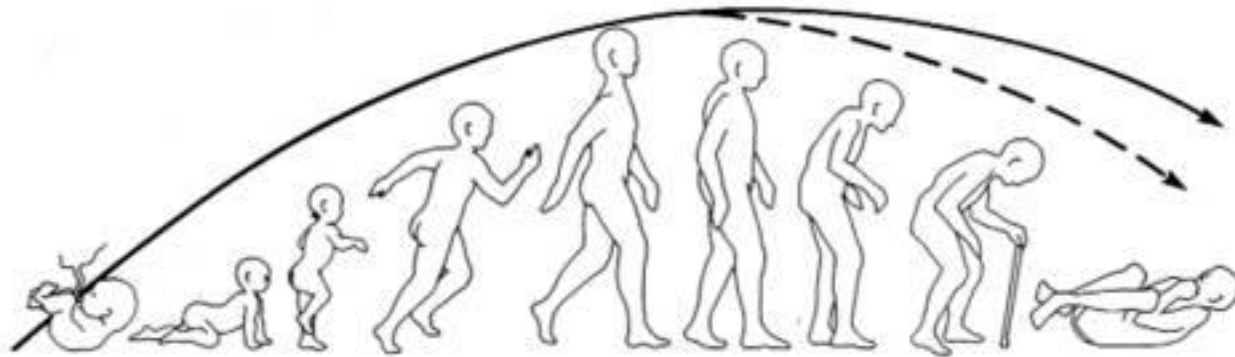


Алгоритм диагностики боли в спине

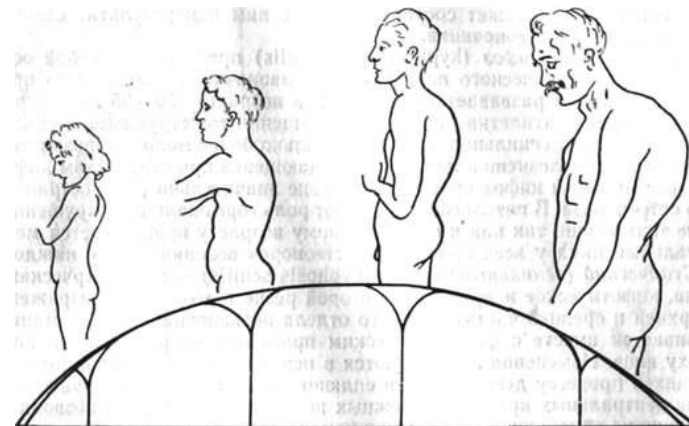


- Что нас насторожило в анамнезе?

Возрастные двигательные расстройства. Теория ретрогенеза



ДОРСАЛГИЯ при остеопорозе



Компрессионный перелом

Надлом периоста с кровоизлиянием

Механическое сдавление связок, мышц

Грудной кифоз.

- **Переломы**
- **Боль в спине**
- **Уменьшение роста**
- **Возраст**
- **Видимая деформация поз**

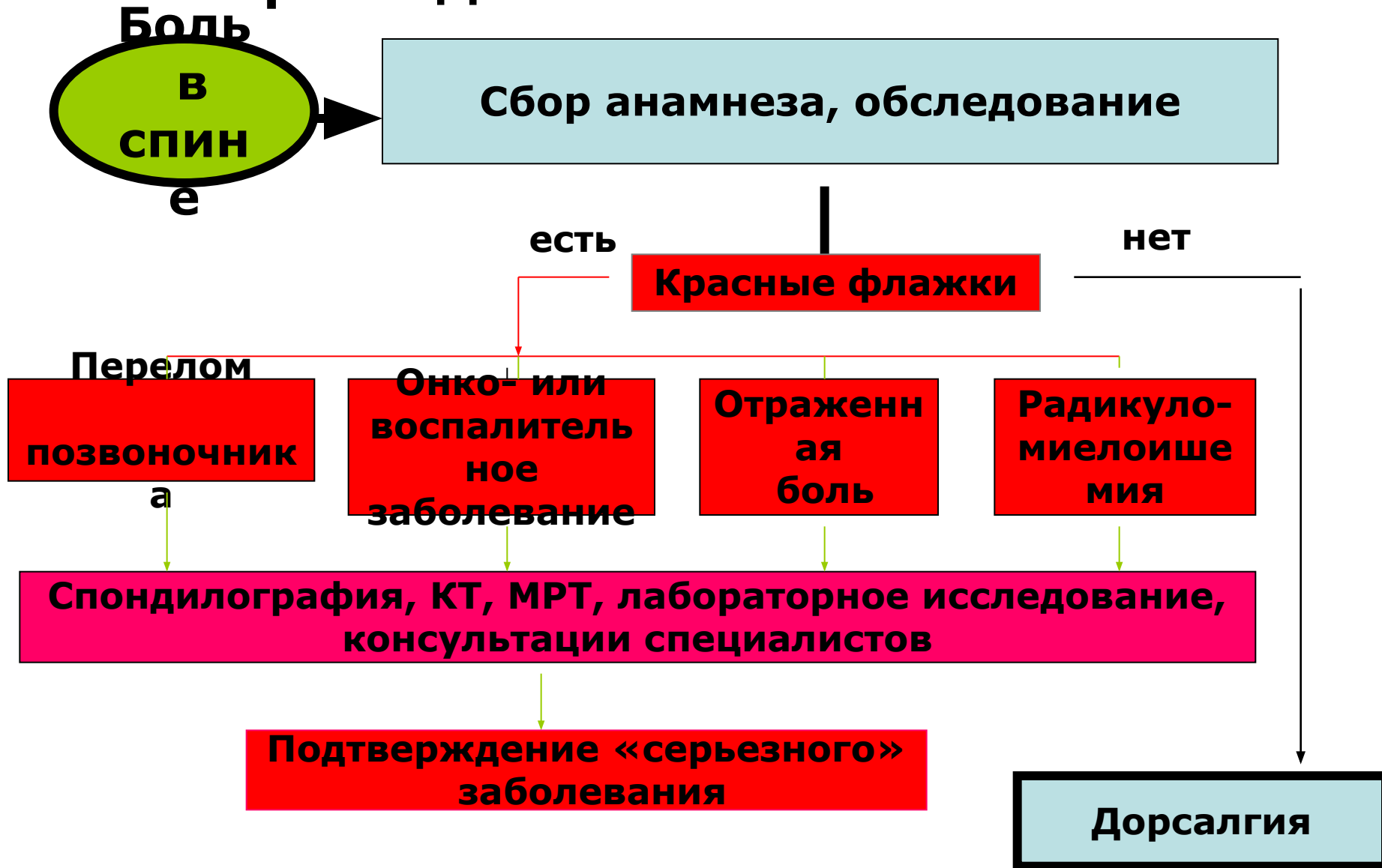


Рекомендации

- Необходима денситометрия позвоночника
- При **невозможности** обследования **поясничного отдела** позвоночника и проксимальных отделов **бедренных** костей **можно** использовать данные **МПК предплечья**



Алгоритм диагностики боли в спине



Синдром радикуломиелоишемии



Симптомы

***двигательны
е***

чувствительные

тазовые

Рекомендации

***Немедленное проведение
КТ, МРТ***

***Срочная консультация
нейрохирурга***

Боли в спине

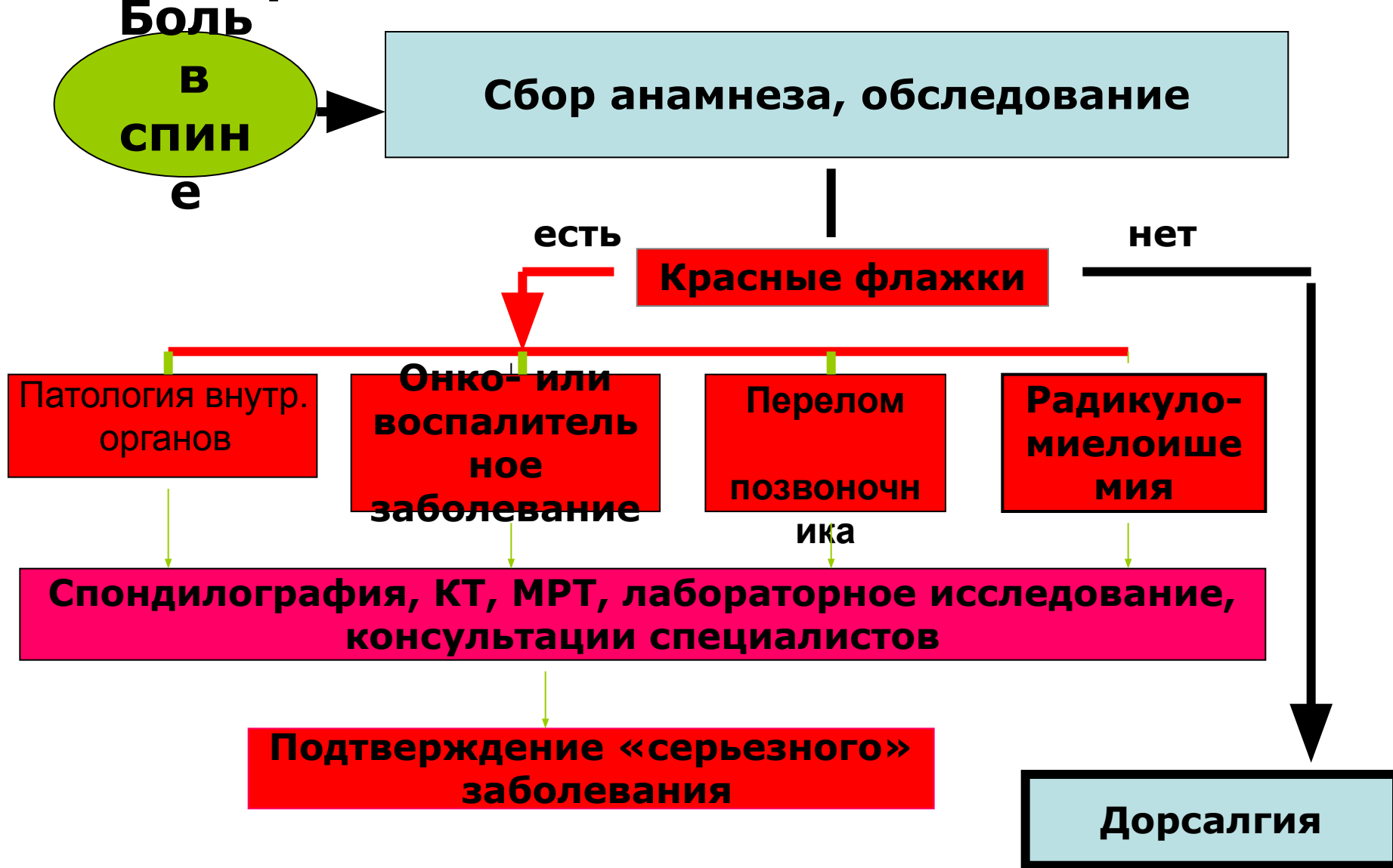


поиск специфической причины

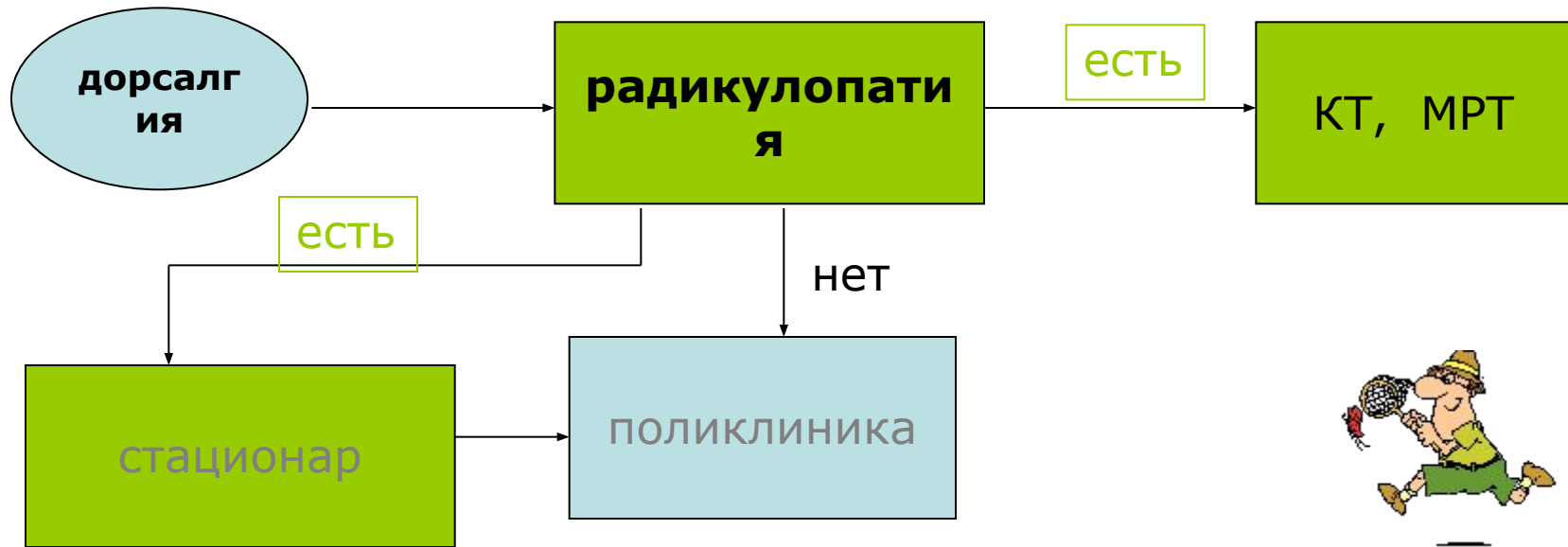
- Анамнез
- Общий осмотр
- Неврологический осмотр
- Лабораторная диагностика
- Визуализация (КТ, МРТ)
- Нейрофизиологическое исследование (ЭНМГ,ВП)
- Соматическое исследование (УЗИ)

- Наиболее часто встречающимися в клинической практике дорсалгическими синдромами являются люмбалгия и люмбоишиалгия, что объясняется особенностями функциональной анатомии поясничной области (рис. 16).
- Важной в функциональном плане является тораколумбальная фасция спины (рис. 16б), осуществляющая связь между поясом верхних конечностей (через длиннейшую мышцу) и поясом нижних конечностей.
- Фасция стабилизирует с внешней стороны позвонки и активно участвует в акте ходьбы. Экстензию позвоночника (рис. 16в) осуществляют подвздошнореберная, длиннейшая и многораздельная мышцы.
- Флексию позвоночника (рис. 16г) производят прямая и косые мышцы живота, частично подвздошнопоясничная мышца.
- Поперечная мышца живота, прикрепляясь к тораколумбальной фасции, обеспечивает сбалансированную функцию задних и передних мышц, замыкает мышечный корсет и поддерживает осанку.
- Подвздошнопоясничная и квадратная мышцы поддерживают связь с диафрагмой и через нее с перикардом и брюшной полостью.
- Ротацию производят самые глубокие и короткие мышцы – ротаторы, идущие в косом направлении от поперечного отростка к остистому отростку вышерасположенного позвонка, и многораздельные мышцы.

Алгоритм диагностики боли в спине



Шаг 4

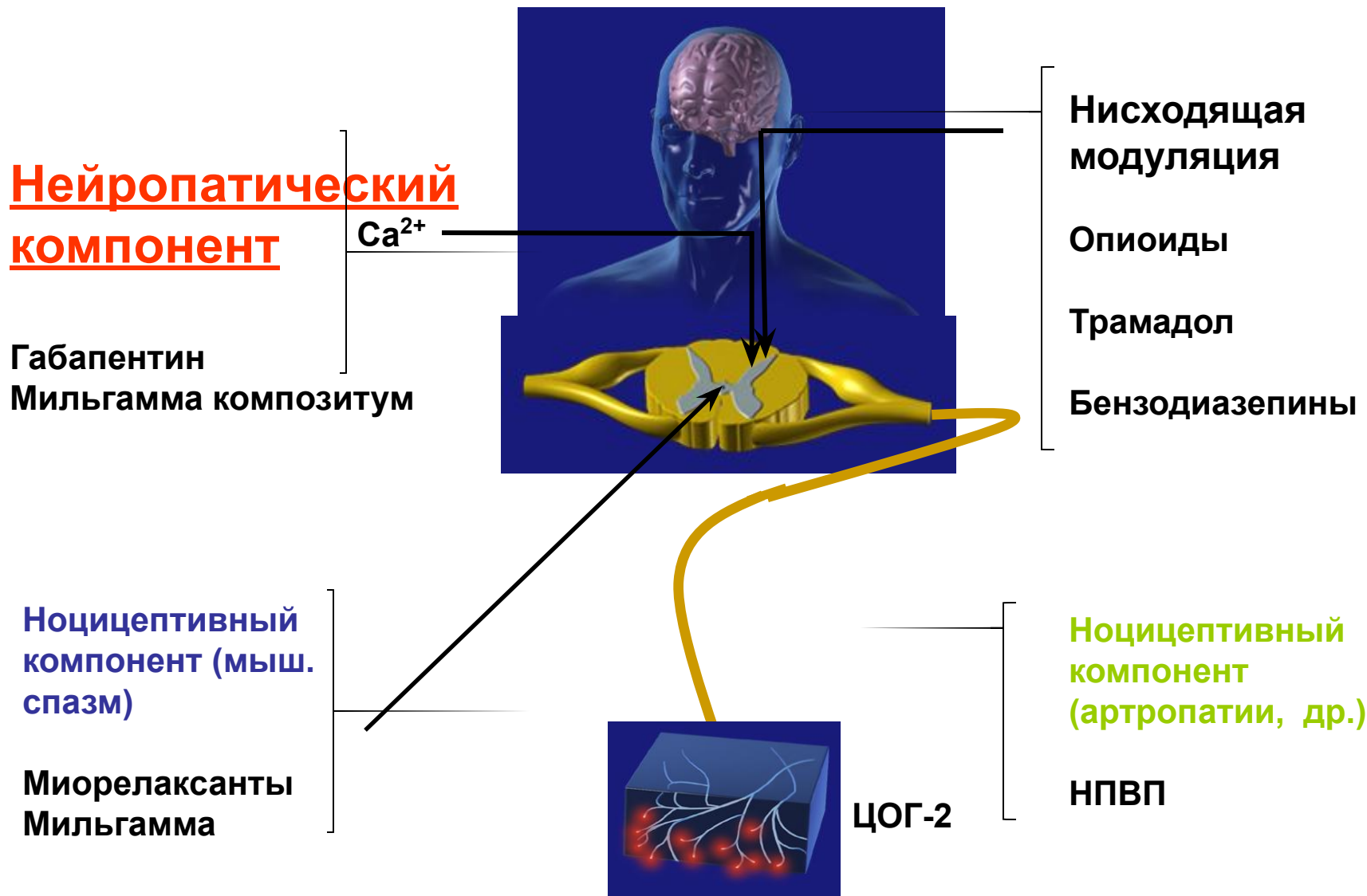


ИСХОДЫ

- радикулопатия приводит к инвалидизации,
- рефлекторные болевые синдромы ухудшают качество жизни пациентов.



Фармакотерапия острой боли в спине



Мильгамма® (раствор для инъекций)



1 ампула – 2 мл содержит:

100 мг тиамина

100 мг пиридоксина

1000 мкг цианокобаламина

И

20 мг лидокаина

Радикулопатия

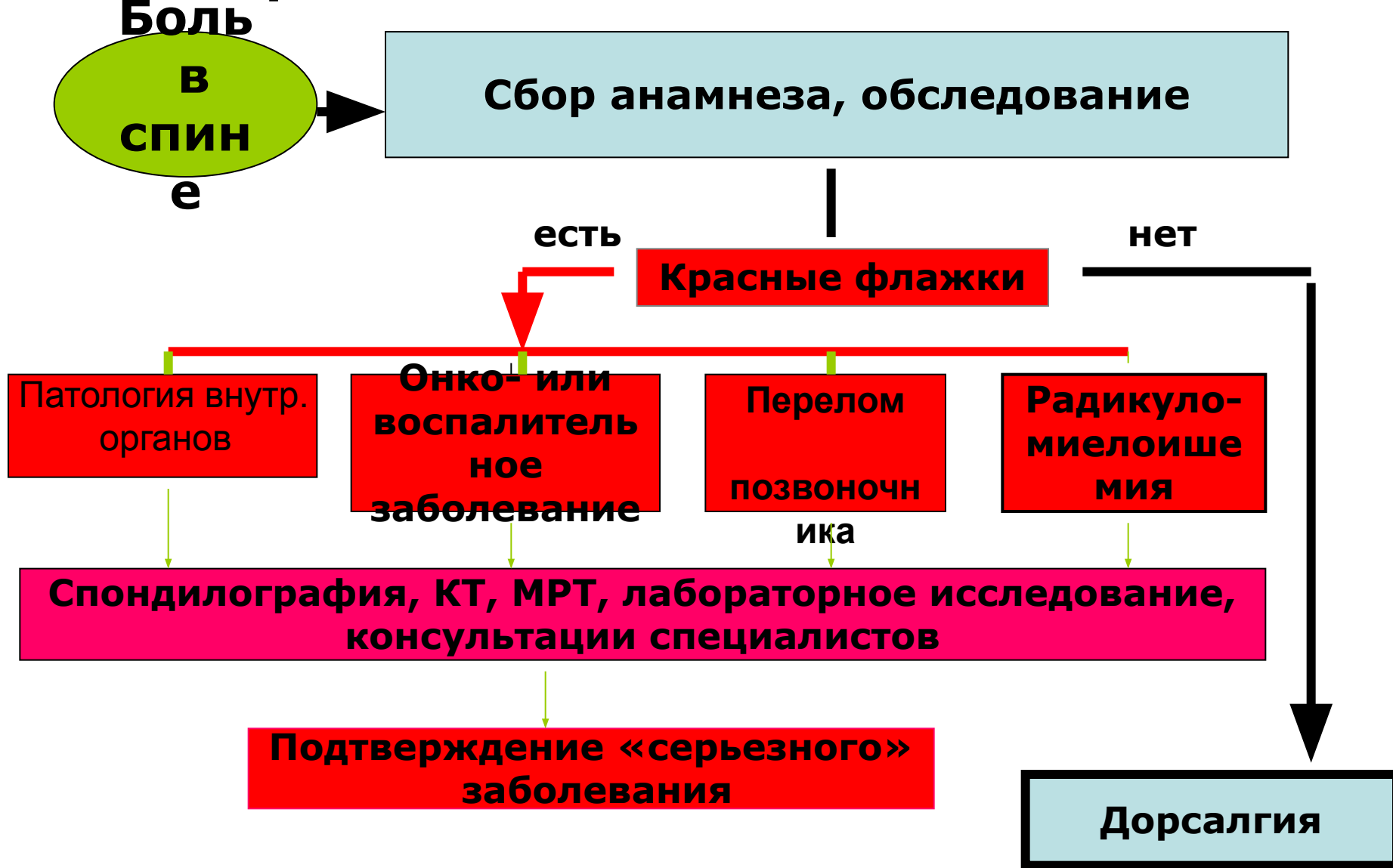
ампулы №10, затем по 1 драже 3 раза в день 2 недели

(при хронической форме –повтор 2 раза в год)

Показания

- невриты,
 - невралгии,
 - полинейропатии (диабетическая, алкогольная и др),
 - миалгии,
 - корешковые синдромы,
 - ретробульбарные невриты,
 - опоясывающий герпес,
 - парезы лицевого нерва.
- При системных неврологических заболеваниях, обусловленных доказанным дефицитом витаминов В1 и В6

Алгоритм диагностики боли в спине



Дорсалгия

Дорсалгия –

- **деструктивно-дисфункциональная**
- **мышечно-скелетная**

боль в спине

Дорсалгия

Дорсалгия –

- **деструктивно-дисфункциональная**
- **мышечно-скелетная**

боль в спине

Факторы риска: демографические

- **возраст,**
- пол,
- социально-экономический статус
- уровень образования.



Возрастные факторы риска

Первый эпизод боли в спине чаще возникает **на третьем десятилетии** жизни

Высокая заболеваемость сохраняется с третьего до шестого десятилетия.



Факторы риска

- Ожирение (индекс массы тела > 30) является **независимым фактором риска** боли в спине.



Факторы риска

- Более **низкий социальный статус и уровень образования** статистически связаны с более высокой инвалидизацией при боли в спине

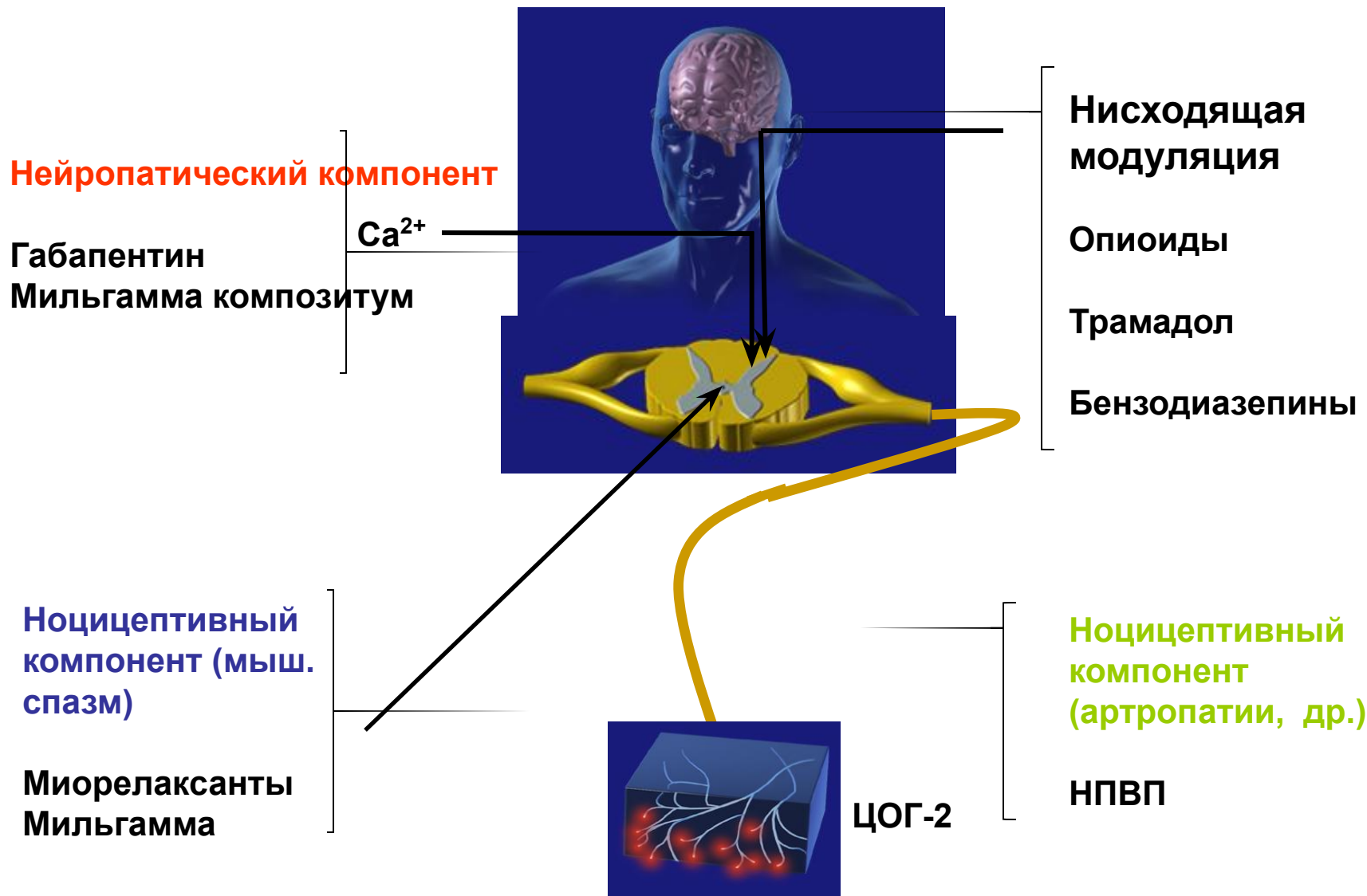
Факторы риска

Курение:

- непосредственно курение?
- связанные с ним состояния (например, частый кашель)?



Фармакотерапия острой боли в спине



Рекомендация

препараты первого ряда

- **парацетамол**
- **НПВС.**

При неэффективности парацетамола и НПВС показано применение короткого курса миорелаксантов в виде монотерапии или в комбинации с НПВС.

Европейские рекомендации, 2005

НПВС

- Все НПВС равны по своей эффективности

Рациональная и разъяснительная беседы врача с пациентом

- информация о заболевании и его доброкачественности;
- интерпретация рентгеновских или МРТ/КТ снимков;
- приблизительные сроки выздоровления;
- план лечения;
- выбор лечебных воздействий;

Рациональная и разъяснительная беседы врача с пациентом

- информация о заболевании и его доброкачественности;
- интерпретация рентгеновских или МРТ/КТ снимков;
- приблизительные сроки выздоровления;
- план лечения;
- выбор лечебных воздействий;
- **необходимые меры профилактики после выздоровления данного эпизода дорсалгии.**

Рекомендация

- Назначать постельный режим при неспецифической боли не следует.
- Необходимо рекомендовать пациенту вести обычный образ жизни и заниматься, по возможности, повседневной деятельностью, включая профессиональную.

Европейские рекомендации, 2005

Рекомендация

Без конкретного диагноза врач не должен рекомендовать больному с болью в спине

- **анальгетики,**
- **НПВС,**
- **местные анестетики,**
- **физическую гимнастику,**
- **мануальную терапию и т.д.,**

которые могут усугубить возможное серьезное состояние!

Европейские рекомендации, 2005

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

- **M54.5 Острая люмбалгия. Умеренные болевые ощущения. Миофасциальная дисфункция выпрямителя туловища справа.**
- **M54.5 Острая люмбалгия. Выраженные болевые ощущения. Растяжение (надрыв?) Межкостистой связки L5-S1.**
- **M54.4 Острая люмбосакралгия слева. Резко выраженные болевые ощущения. Подвывих крестцово-подвздошного сустава слева. Спазм подвздошно-поясничной мышцы слева.**

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

- **M54.2 Острая цервикоторакалгия.
Умеренные болевые ощущения.
Миофасциальная дисфункция мышцы,
поднимающей лопатку справа.**
- **M54.6 Острая торакалгия. Легкие болевые
ощущения. Миофасциальная дисфункция
длинной мышцы груди справа.**

Как правильно поднимать тяжести



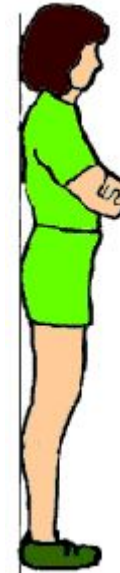
Как правильно поднимать тяжести



Как правильно переносить тяжести



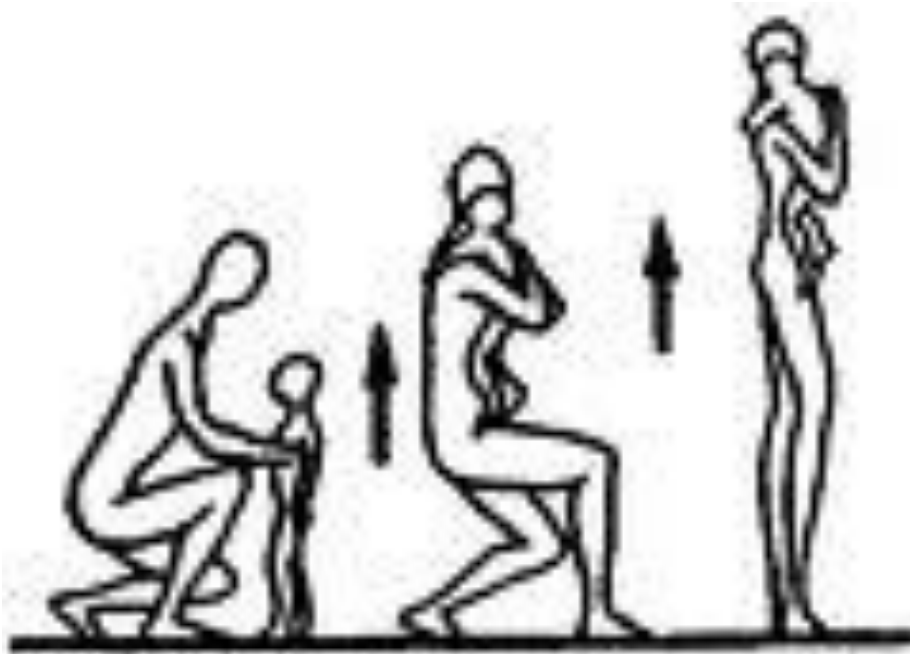
Как правильно стоять



Как правильно трудиться стоя



Как правильно поднимать ребенка

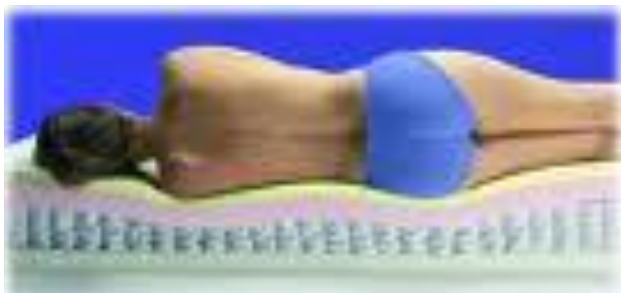




- ношение обуви на эластичной подошве, т.к. при этом снижается амортизационная перегрузка суставов.



Нужно научиться правильно спать



- **матрас** повторяет контуры тела и обеспечивает максимальную поддержку плечам, бедрам и ногам.





***Не всё, что с нами
происходит,
происходит от
судьбы.
Кое-что находится
и в нашей власти***

***Карнеад из
Кирены,
древнегреческий
философ***

**Пока есть болезни, будет не только страх,
но и
надежда**

(Николас Мари Батлер)



Факторы риска

Психологические факторы:

- стресс,
- тревожность,
- депрессия,
- пассивные стратегии преодоления боли,
- страх, связанный с болью.
- **Психологические факторы** вносят **большой вклад** в развитие инвалидизации, связанной с болью в спине, чем **биомеханические нарушения** позвоночника и суставов конечностей.

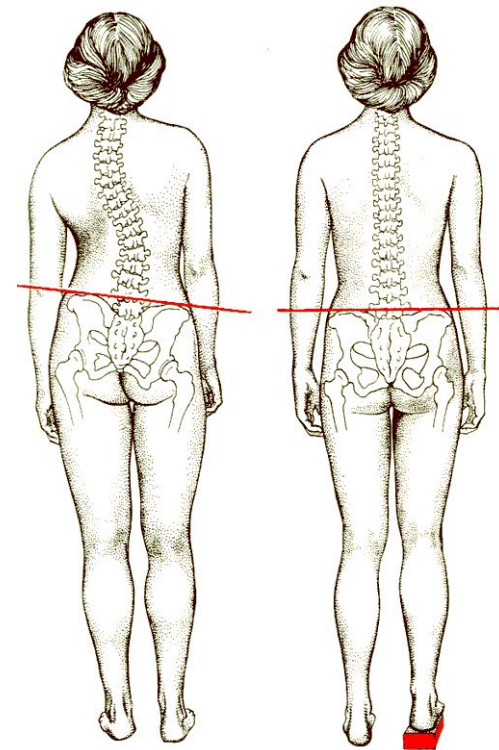
Факторы риска

Аномалии развития костно-мышечного скелета

укороченная нога;

плоскостопие;

"греческая ступня".



Факторы риска

Аномалии развития костно-мышечного скелета

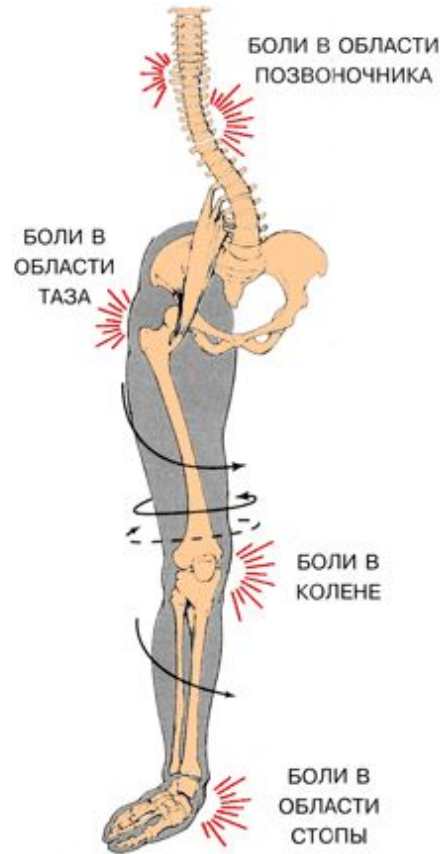
- укороченная нога;
- **плоскостопие;**
- "греческая ступня".



ПЛОСКОСТОПИЕ



НОРМА



БОЛИ В ОБЛАСТИ
ПОЗВОНОЧНИКА

БОЛИ В
ОБЛАСТИ
ТАЗА

БОЛИ В
КОЛЕНЕ

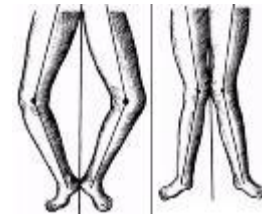
БОЛИ В
ОБЛАСТИ
СТОПЫ

ПЛОСКОСТОПИЕ

Факторы риска

Аномалии развития
костно-мышечного
скелета

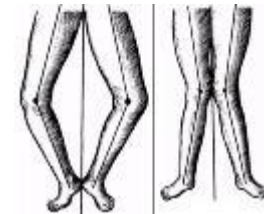
- укороченная нога;
- плоскостопие;
- **"греческая ступня"**.



Факторы риска

Аномалии развития костно-мышечного скелета

- укороченная нога;
- плоскостопие;
- **"греческая ступня"**.



Факторы риска

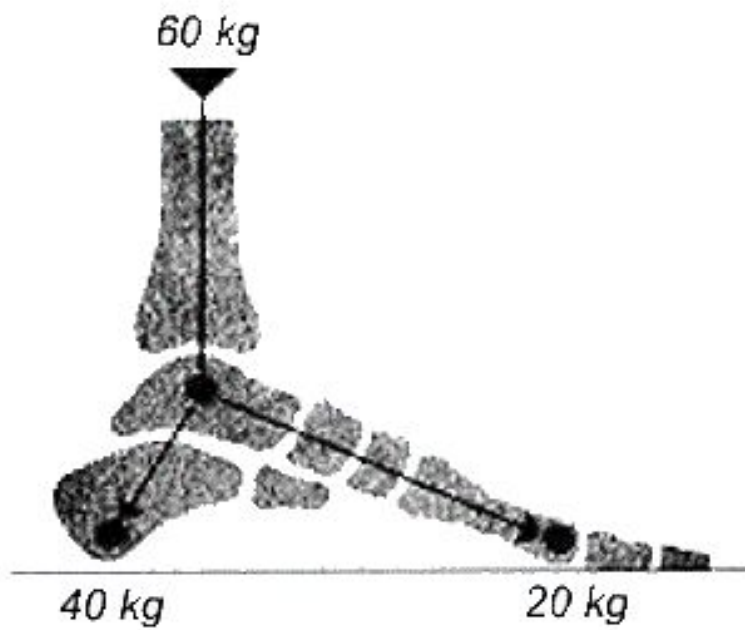
- **длительное пребывание на высоких каблуках.**



- один сантиметр каблука увеличивает нагрузку на позвоночник на 10-15 кг (в зависимости от вашего веса).



высокие каблуки



Факторы риска

Ношение неудобной
обуви



Чем лечить ?

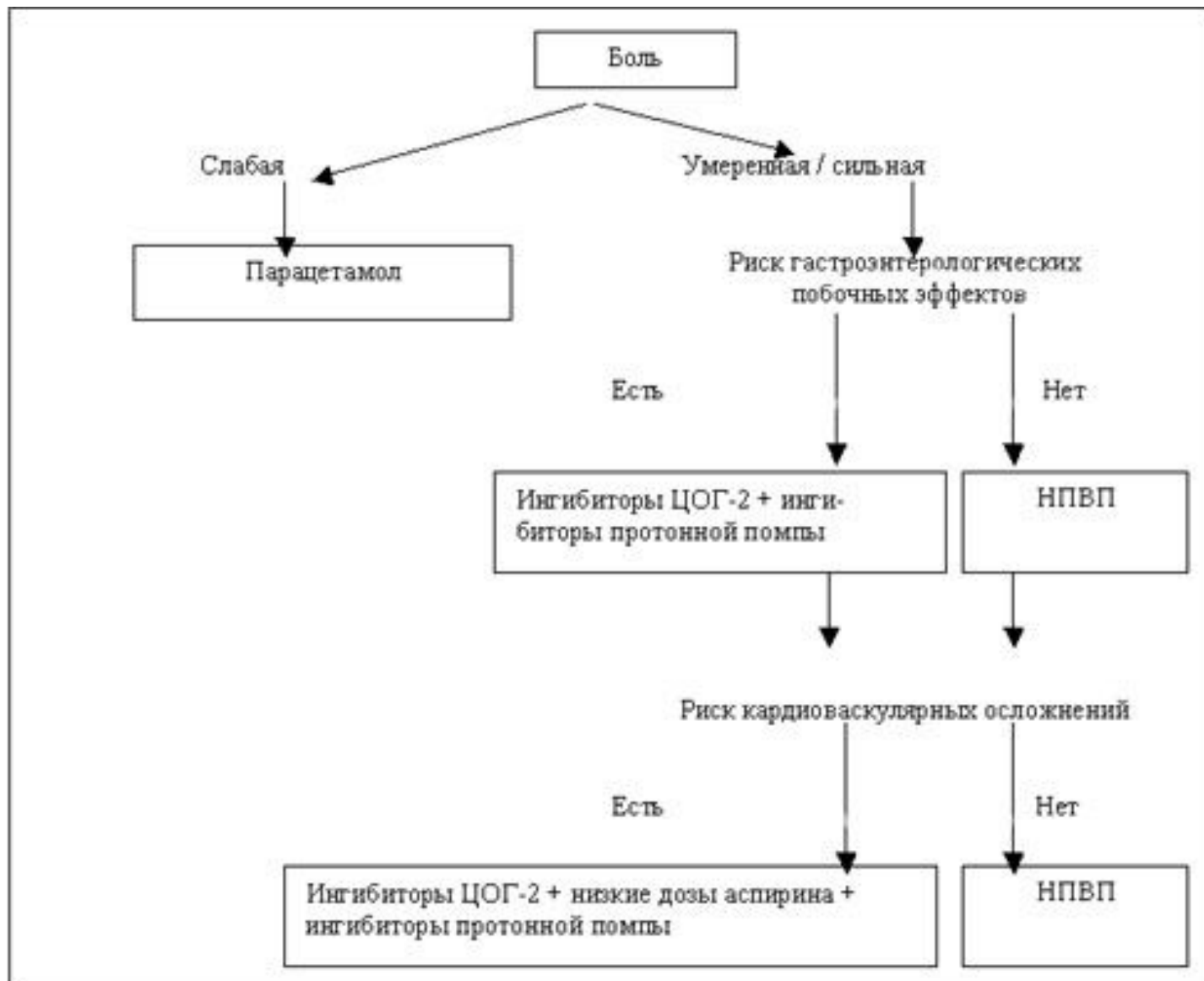




Divinum opus sedare dolorem

**«Обезболивание –
дело Божественное»**

Алгоритм лечения боли и ревматологической практике



Невропатическая боль

- прямое следствие заболевания или повреждения соматосенсорной системы.
- часто является хроническая, сохраняется или появляется уже после заживления тканей и в случае хронизации не несет защитной функции.
- в шее и спине обычно связана с поражением корешков при формировании грыжи межпозвоночного диска.
- может возникать при стенозе позвоночного канала, спондилолистезе, компрессии корешков спинно-мозговых нервов остеофитами и гипертрофированными фасеточными суставами.
- боли иррадиируют в конечности и сопровождаются другими симптомами поражения корешков.
- Во всех диагностически сомнительных случаях необходимо проведение нейровизуализации.
- Наиболее часто пациенты описывают невропатическую боль как «стреляющую», «подобную удару тока», «режущую», «прокалывающую», «жгучую», «зудящую» и «щиплющую».
- Невропатические болевые синдромы обычно сопровождаются изменениями поверхностной чувствительности.
- Характерно наличие двигательных нарушений и изменение сухожильных рефлексов, возможно формирование трофических расстройств.
- В ряде случаев выявляются симптомы натяжения.

Боль – ведущая жалоба в 40% всех первичных обращений к врачу¹

Острая боль (80%)

- Сохраняется менее 3 мес
- Возникает в результате повреждения тканей²

- Имеет защитное значение
 - Разрешается по мере заживления
 - Купируется анальгетиками

Хроническая боль (20%)²

- Сохраняется более 3 мес
- Продолжается после заживления первоначального повреждения
- Не имеет защитного значения
- Существует вне зависимости
 - от повреждения
 - Не купируется анальгетиками



НУЖНА



НЕ НУЖНА

1 - Turk and Okifuji. *Bonica's Management of Pain*. 2001

2- Болевые синдромы в неврологической практике. Под ред А.М.. Вейна, Москва , 2001

Дорсалгия

- 50% - боль уменьшается через 1 неделю
- 40% - улучшение через 1 месяц
- 10% - острая боль переходит в хроническую

Контроль массы тела

- уменьшение веса тела на 1 килограмм снижает нагрузку на сустав на 4 килограмма



Как правильно спать

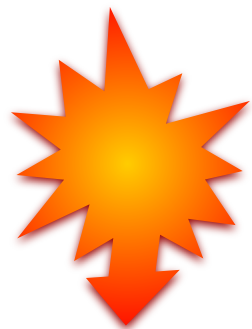


Нужно научиться правильно спать

- **матрас** и **подушка** повторяет контуры тела и обеспечивает максимальную поддержку плечам, бедрам и ногам.



Острая боль переходит в хроническую у 10-20%



ОСТРАЯ
До 3 месяцев

ПОДОСТРАЯ

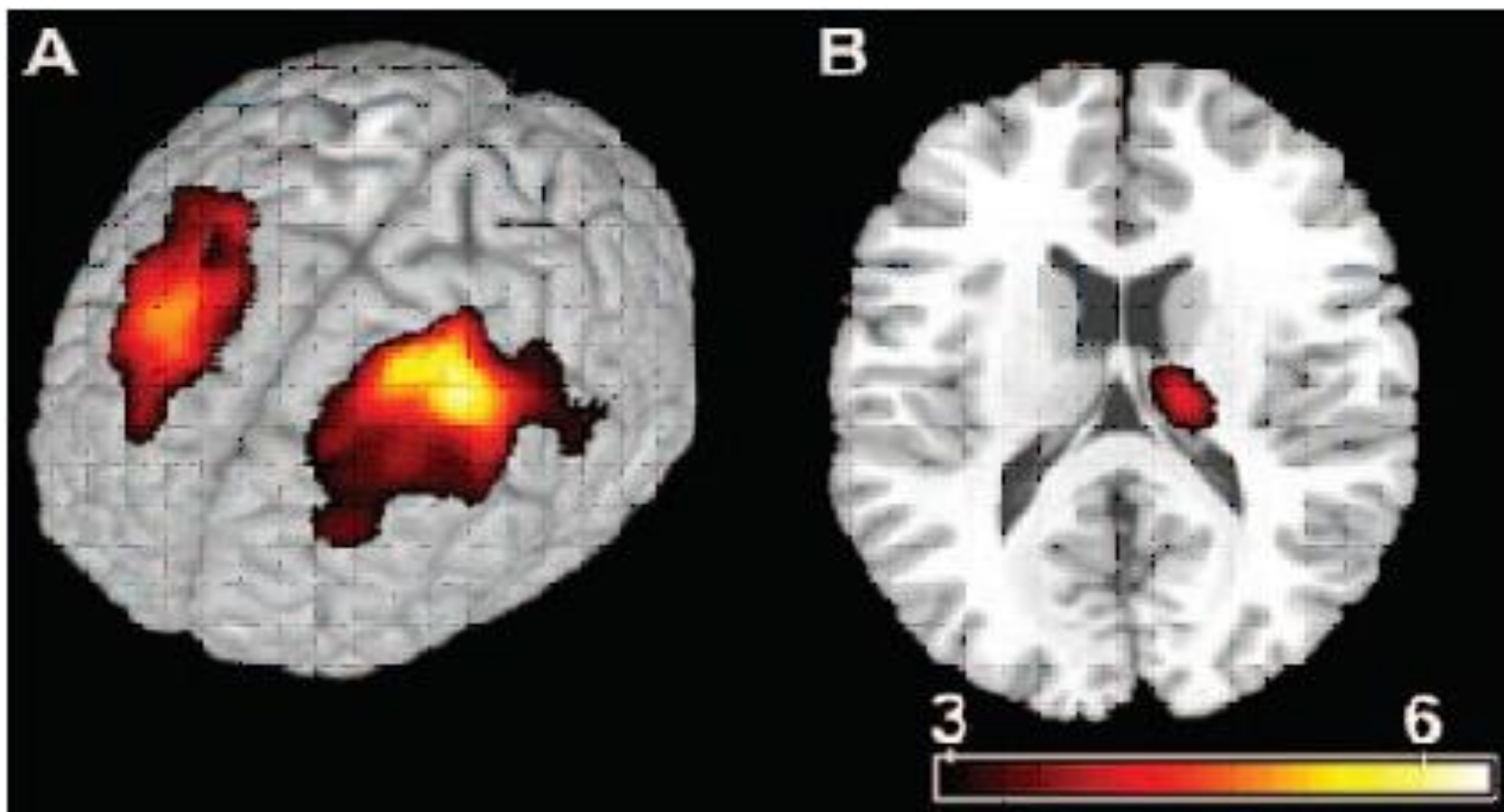
ХРОНИЧЕСКАЯ
Более 3 месяцев

**Адекватное лечение острой боли –
эффективная профилактика хронической боли**

Болевые синдромы в неврологической практике. Под ред А.М.. Вейна, Москва , 2001

Merskey H and Bogduk N. *Classification of Chronic Pain*. 1994

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ В СПИНЕ



1 год хронической боли уносит 1,3 куб см неокортекса; его объем на 10-15% менее, чем у лиц без боли

Максимальное повреждение – таламус и дорсолатеральная префронтальная кора



Европейские клинические
рекомендации:
кто и как должен лечить
неспецифическую боль в
спине?

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

- M54.5 Хроническая люмбалгия. Умеренные болевые ощущения. Прогрессирующее течение. Нестабильность позвоночного сегмента L4-L5. Ипохондрический синдром.
- M53.3 Хроническая кокцигалгия. Умеренные болевые ощущения. Рецидивирующее течение. Подвывих крестцово-копчикового сустава.
- M54.4 Хроническая люмбосакралгия. Умеренные болевые ощущения. Рецидивирующее течение в стадии обострения. Подвывих крестцово-подвздошного сустава справа. Энтезопатия средней ягодичной и грушевидной мышц справа.

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

- M54.2 Хроническая цервикоторакалгия. Умеренные болевые ощущения. Стабильное течение. Миогелез мышцы, поднимающей лопатку слева. Подвывих С6-С7, С7-Т1 суставов слева. Астено-депрессивный синдром.
- M53.0 Хроническая цервикокраниалгия. Выраженные часто рецидивирующие болевые ощущения. Подвывих атлантозатылочного сустава слева.
- M54.6 Хроническая торакалгия. Выраженные болевые ощущения. Прогрессирующее течение. Миогелез длиннейшей мышцы спины и ромбовидных мышц с двух сторон. Спондилоартроз.
- M54.2 Хроническая цервикоторакалгия, хроническая люмбосакралгия. Умеренные болевые ощущения. Часто рецидивирующее течение. Энтезопатия мышцы поднимающей лопатку слева. Спондилоартроз шейного и поясничного отделов. Остаточные явления перенесенной ламинэктомии L5-S1 1975 году. Болевое поведение.

Хроническая боль

- Согласно современным представлениям, обсуждение проблемы хронической боли в спине тесно связано с такими понятиями, как
- инвалидизация,
- стресс,
- дистресс,
- стратегии преодоления,
- болезненное и
- болевое поведение.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЗАЦИИ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

- Продолжительность боли >8 суток
- Перенесенный ранее болевой синдром
- Наличие проявлений депрессии
- **Положительный эффект от массажа**
- Низкий уровень образования
- Риск выше у женщин

ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЗАЦИИ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

- Наличие корешковых нарушений
- Длительное **пребывание на постельном режиме**
- Избыточные физические нагрузки
- Психосоциальные факторы (эмоциональные) (ощущение беспомощности, безвыходности)

ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ХРОНИЗАЦИИ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ (ПОДРОСТКИ)

Предикторами как хронизации, так и повторных обострений (период наблюдения – 2 года) являются:

- **освобождение от занятий** В СВЯЗИ С болезнью
- **освобождение от занятий физкультурой**
- посещение врача

признаки болевого поведения

- 1) использование вспомогательных средств для передвижения - палки, костыли и даже кресла;
- 2) нахождение значительной части дня в положении лежа;
- 3) необходимость в посторонней помощи (одевание, обувание, мытье головы и т. д.).

Неверной является позиция, согласно которой, если у пациента имеются признаки болевого поведения, значит, у него отсутствует органическая основа для болевых ощущений.

Лечение хронической боли в спине (мультидисциплинарный подход)

- **Физическая реабилитация**
 - комплекс физических упражнений
 - кинезиотерапия (плавание, лыжи, прогулки)
 - мануальная терапия, массаж
 - рефлексотерапия , физиотерапия
 - йога, релаксационные техники
 - диета, снижение веса

Задачи ЛФК

аэробная
тренировка

увеличение силы
и выносливости мышц

восстановление
подвижности

Лечение хронической боли в спине (мультидисциплинарный подход)

- **Психологическая реабилитация**
 - поведенческая терапия
 - когнитивная терапия
 - аутогенная тренировка
 - коррекция аффективных нарушений
- **Социальная адаптация пациента**
- **Медикаментозное лечение**

Ограничения ЛФК

Многочисленные исследования: благоприятный прогноз в лечении суставов зависит от **образования больного и уровня его интеллекта.**

Понимание, что с больным суставом

- надо жить,
- работать,
- считаться.

Для этого **изменение образа жизни:**

- высокая двигательная активность
- в сочетании со строгим режимом разгрузки сустава.

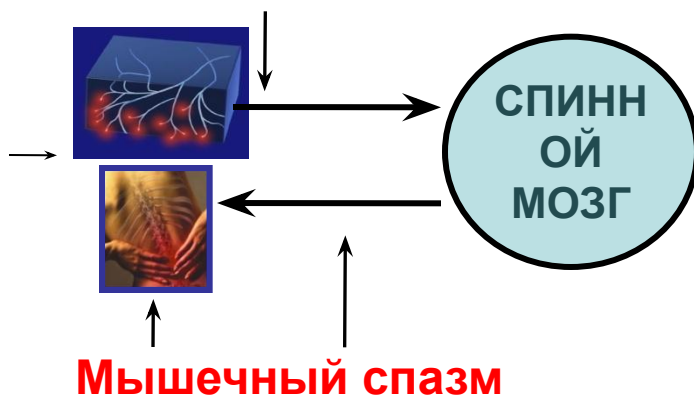
ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧ – СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ

- Израиль, около 400 врачей общей практики и хирургов ортопедов
- Оценивалась лечебная тактика соответствии Национальным стандартам
- Отмечено низкое соответствие реальной практики и стандартов лечения

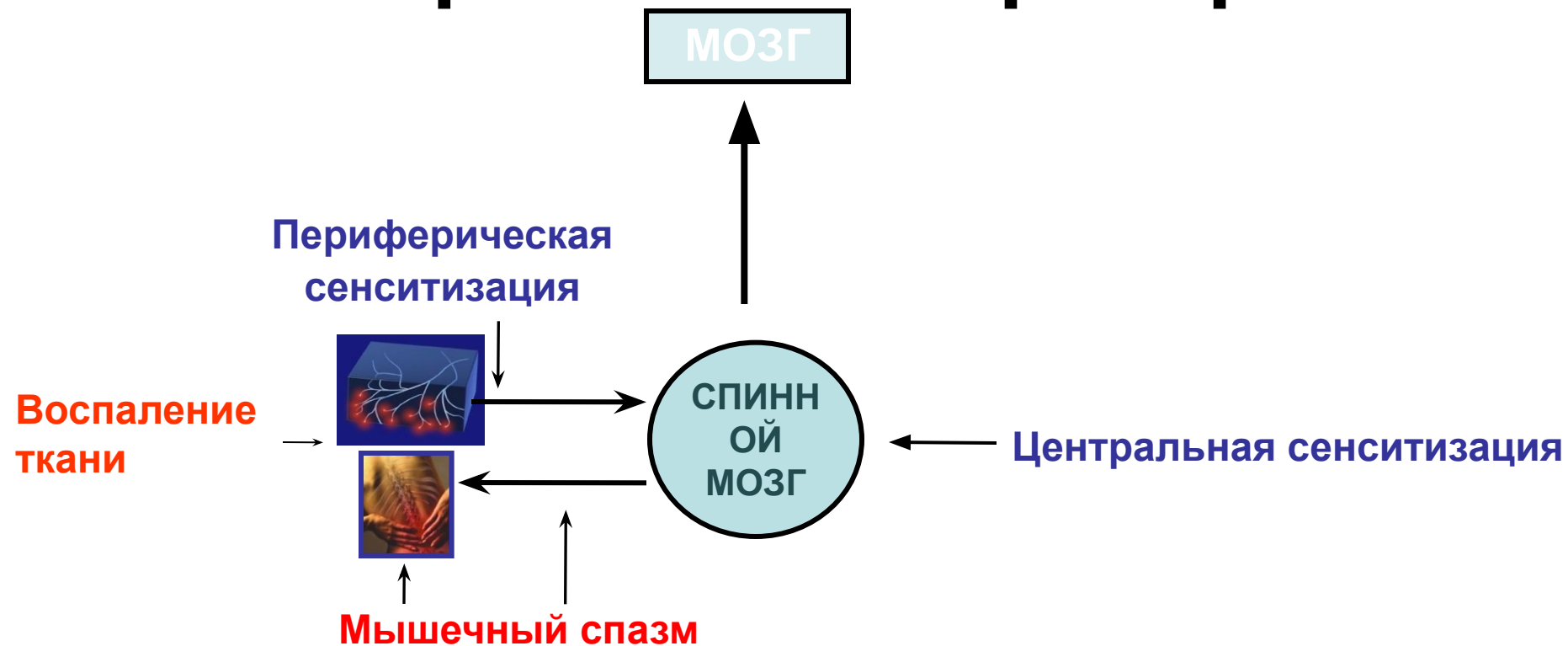
Механизмы боли и действие лекарственных препаратов

Периферическая
сенситизация

Воспаление
ткани



Механизмы боли и действие лекарственных препаратов



обострение хронической боли

- **НПВС и**
- **слабые наркотические анальгетики.**
- **На непродолжительное время можно назначать миорелаксанты и пластырь с капсаицином.**
- **СИОЗСН.**



ветеринария

Хроническая боль

- инвалидизация в значительной степени связаны с эмоциональным дистрессом, депрессией, неудачным лечением и "адаптацией к роли больного".

Болевое поведение

включает в себя все действия, по которым обычно можно понять, что у индивида имеется боль.

Болезненное поведение, с точки зрения медицинской социологии, - "способ восприятия, оценки проявлений болезни и соответствующего им действия (или бездействия) различных индивидов в разных социальных ситуациях"

- [Waddell G., Main C. J. Illnes behavior // The Back Pain Revolution/ Ed. G. Waddell. - Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999. - P. 155-173. 24].
- Дистресс - результат чрезмерного стресса, когда наступает исчерпание адаптационных резервов и оказывается деструктивное воздействие на организм.
- Термин "дистресс" рекомендуется для обозначения избыточного или патологического стрессорного ответа [5, Waddell G., Main C. J. Psychologic distress // Ibid. -P. 173-187. 25].
- Психологический дистресс определяется как нарушение эмоций и настроения, при котором появляются психологические и физические симптомы.
- Стратегии преодоления - внутренние усилия, направленные на разрешение или уменьшение стрессорного воздействия.

Стратегии преодоления

- внутренние усилия, направленные на разрешение или уменьшение стрессорного воздействия.

"неанатомические", или поведенческие, симптомы

основанные на данных обследования пациента:

- 1) распространенная поверхностная болезненность;
- 2) боль в поясничном отделе при осевой нагрузке на область макушки;
- 3) боль в поясничной области при имитации ротации;
- 4) значительное улучшение угла подъема ноги при исследовании симптома Ласега с отвлечением внимания;
- 5) неанатомическое (регионарное) распределение чувствительных, двигательных нарушений.

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

- M54.1 Острая дискогенная радикулопатия L5 справа. Резко выраженные болевые ощущения.
- M51.1 Хроническая вертеброгенная радикулопатия L5-S1 слева. Умеренные болевые ощущения. Парез левой стопы.
- M50.1 Острая дискогенная радикулалгия C5-C6 справа. Выраженные болевые ощущения.

Рациональная и разъяснительная беседы врача с пациентом

- информация о заболевании и его доброкачественности;
- интерпретация рентгеновских или МРТ/КТ снимков;
- приблизительные сроки выздоровления;
- план лечения;
- выбор лечебных воздействий;
- необходимые меры профилактики после выздоровления данного эпизода дорсалгии.

Хроническая боль: стратегии преодоления

- Для противостояния стрессу
- формируется путем "проб и ошибок", основывается на советах друзей, родственников, врачей.
- Выбор зависит от взгляда пациента на проблему.
- активные стратегии преодоления: усилия на преодоление боли: упражнения, сохранение двигательной активности, игнорирование боли.
- Пассивные стратегии: подчинение боли: ограничение активности, прием анальгетиков.

WHO International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. - Geneva: World Health Organization, 1980.

СБР

Среди психиатрических диагнозов с понятием психогенной боли наиболее тесно связано соматоформное болевое расстройство.

- Устойчивое СБР, согласно критериям МКБ-10, диагностируется на основании следующих признаков:
- 1) наличие выраженной боли, вызывающей дистресс и отмечающейся почти постоянно на протяжении не менее 6 мес, которая не может быть адекватно объяснена физиологическими причинами процесса или соматическим заболеванием и на которую постоянно обращено внимание пациента;
- 2) данное состояние не диагностируется при шизофрении или связанных с ней состояниях (F20-29);
- 3) указанные выше симптомы возникают исключительно на фоне аффективных расстройств (F30-39), расстройства соматизации, недифференцированного соматоформного или ипохондрического расстройства.

- качества жизни у пациентов с корешковой компрессией по данным МРТ выявлено меньшее снижение качества жизни у пациентов в группе радикулопатий по сравнению с больными с люмбаишиалгией без компрессии корешка.
- Hollingworth W., Dixon A. K., Todd C. J. et al. Self reported health status and magnetic resonance imaging findings in patients with low back pain // Eur. spine j. - 1998. - Vol. 7. - P. 369-375.

хронические болевые синдромы

- Примерно у 18% пациентов встречается сочетание хронической боли в спине, грудной клетке и головной боли.
- Головные боли, боли в шее и спине достоверно чаще отмечаются у лиц с начальным и средним образованием.
- Все виды хронических болей, за исключением боли в шее и спине, больше распространены среди неработающих.
- Они чаще отмечаются у лиц с низкой самооценкой социального статуса, овдовевших и разведенных, а также при низкой удовлетворенности своими жилищными условиями.
- Американские исследователи показали, что «среднестатистический пациент», страдающий хронической болью в течение 7 лет, переносит 3 оперативных вмешательства, и ежегодная стоимость его лечения составляет от 50 000 до 100 000 долларов США.
- При этом экономические потери, связанные со снижением работоспособности только из-за хронической боли в спине, составляют 1230 и 773 долларов США в год на каждого пациента, мужчину и женщину соответственно.

Е.В.Подчуфарова, 2009

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

- M54.1 Острая дискогенная радикулопатия L5 справа. Резко выраженные болевые ощущения.
- M51.1 Хроническая вертеброгенная радикулопатия L5-S1 слева. Умеренные болевые ощущения. Парез левой стопы.
- M50.1 Острая дискогенная радикулалгия C5-C6 справа. Выраженные болевые ощущения.