


Дорсопатии

Дорсопатия - болевой синдром в области спины невисцеральной этиологии, связанных с дегенеративными заболеваниями позвоночника

A decorative graphic on the left side of the slide. It features a dark grey arrow pointing to the right, positioned at the top. Below the arrow, several thin, light blue lines curve downwards and to the left, creating a sense of movement and depth. The background of the slide is a light blue gradient.

Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)

1. Деформирующие **дорсопатии** (M40–M43).
2. Спондилопатии (M45–M49).
3. Другие **дорсопатии**, которые включают симптоматические болевые синдромы в области спины.



Варианты дегенеративных изменений позвоночника

1. Остеохондроз – заболевание позвоночника, характеризующееся дегенерацией межпозвонкового диска со значительным снижением его высоты, склерозированием дисковых поверхностей позвонков и реактивным разрастанием краевых остеофитов.
Пораженная остеохондрозом хрящевая ткань дисков постепенно перерождается и превращается в подобие костной. Затвердевший диск уменьшается в размерах, теряет свойства амортизатора между позвонками и начинает давить на нервные окончания, что и приводит к появлению болезненных ощущений.
2. Спондилез – заболевание позвоночника, характеризующееся деформацией позвонков за счет разрастания костной ткани на поверхности в виде выступов и шипов. За счет развития спондилеза фиксируется участок, подвергающийся перегрузке и вызывающий раздражение нервных окончаний связки.
3. Спондилоартроз является частной формой остеоартроза, представляющего собой гетерогенную форму заболеваний, различных по клинической картине и исходам, в основе которых лежит поражение всех составляющих элементов сустава: хряща, субхондральной кости, связок, капсулы и периартикулярных мышц [6].
Протрузия и грыжа диска не являются признаками остеохондроза, причем чем менее выражены дегенеративные изменения в позвоночнике, тем более «активным» является диск (то есть тем более реально возникновение грыжи).

Синдромы

Люмбалгия — боль в спине

Люмбоишиалгия — боль в спине и по задней поверхности ноги

Цервикалгия — боль в шейной области

Цервикокраниалгия — боль в шейной области, распространяющаяся на затылок

Цервикобрахиалгия — боль в шейной области, распространяющаяся на руку.



Классификация боли

1. В отличие от пациентов с острой болью в спине больные с хронической болью, длящейся более 3 мес (при этом риск хронизации значительно возрастает при сохранении болевого синдрома свыше 1,5 мес) имеют неблагоприятный прогноз на полное выздоровление
2. Пациентам, у которых не отмечается улучшение состояния в течение 4 недель лечения, необходим повторный скрининг на маркеры «потенциально опасных» заболеваний позвоночника
3. Течение заболевания признается острым при длительности болевого синдрома до 6 недель, подострым (продолжительность от 6 до 12 недель) или хроническим (длительность более 12 недель).



Причины боли

1. В основе острых болей чаще всего лежит **ВОСПАЛЕНИЕ**
2. Основой хронической боли являются **ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ** в центральной и периферической нервной системе, делая ее самостоятельной болезнью

Первый этап лечения - нестероидные противовоспалительные средства

1. Применение парентеральных форм неселективных НПВП (инъекции и суппозитории) **НЕ ПОЗВОЛЯЕТ** избежать поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), **НА ВСЕМ ЕГО ПРОТЯЖЕНИИ**.
2. **ЧЕМ ВЫШЕ СЕЛЕКТИВНОСТЬ** НПВП по отношению к ЦОГ-2, **ТЕМ ВЫШЕ РИСК СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ** (повышение уровня АД).
3. **ОПРАВДАНА ПРОФИЛАКТИКА** осложнений НПВС в виде назначения ингибиторов протонной помпы (Омепразола).
4. Максимальные рекомендуемые сроки применения пероральных НПВП – **10–14 ДНЕЙ**.
5. Большинство «стандартных» НПВП (диклофенак, кетопрофен, индометацин и др.) относится к неселективным ингибиторам ЦОГ. К преимущественно селективным ингибиторам ЦОГ–2 относятся нимесулид и мелоксикам, к высокоселективным – коксибы.
6. Локальная терапия (гели, мази, кремы); Существует мнение, что наиболее удачной формой НПВП для локальной терапии является **гель нимесулид** (Найз) препарат назначался в течение 3 недель по 100 мг 2 раза в сутки

Сравнительная эффективность НПВС в исследовании IMPROVE

НПВС	Общепринятое лечение		
	К-во пациентов	Успех (к-во)	Успех (%)
Мелоксикам	662	442	86,8
Целекоксиб	79	49	62,0
Рофекоксиб	151	81	53,6
Оксапрозин	34	16	47,1
Этодолак	38	17	44,7
Диклофенак	66	26	42,4
Напроксен	71	29	40,8
Ибупрофен	18	7	38,9
Диклофенак/ мизопростол	13	5	38,5
Пироксикам	55	21	36,2
Набуметон	43	13	28,3
Сулиндак	35	8	25,8

«Ступенчатая» терапия Мелоксикама

1. Внутримышечное введение **15 МГ** в первые **3 ДНЯ** лечения
2. Таблетированная форма по **15 МГ** в течение **20 ДНЕЙ**

P.S. для быстрого купирования – суспензии по 15 мг (2 мерные ложки)

Лорноксикам (Ксефокам)

1. Обезболивающий эффект Лорноксикам оказывает в рекомендуемой дозе **8 мг 2 р./сут.**
2. Лорноксикам назначается в суточной дозе 8–16 мг в 2–3 приема, максимальная суточная доза – 16 мг.
3. Лорноксикам рапид – 8 или 16 мг в сутки.



Причины неэффективности лечения

1. чаще всего **СТОЙКИЙ СПАЗМ** паравертебральных мышц с формированием порочного круга «**БОЛЬ – СПАЗМ – БОЛЬ**»
2. **ПЛОХОЕ КРОВОСНАБЖЕНИЕ** в очаге воспаления



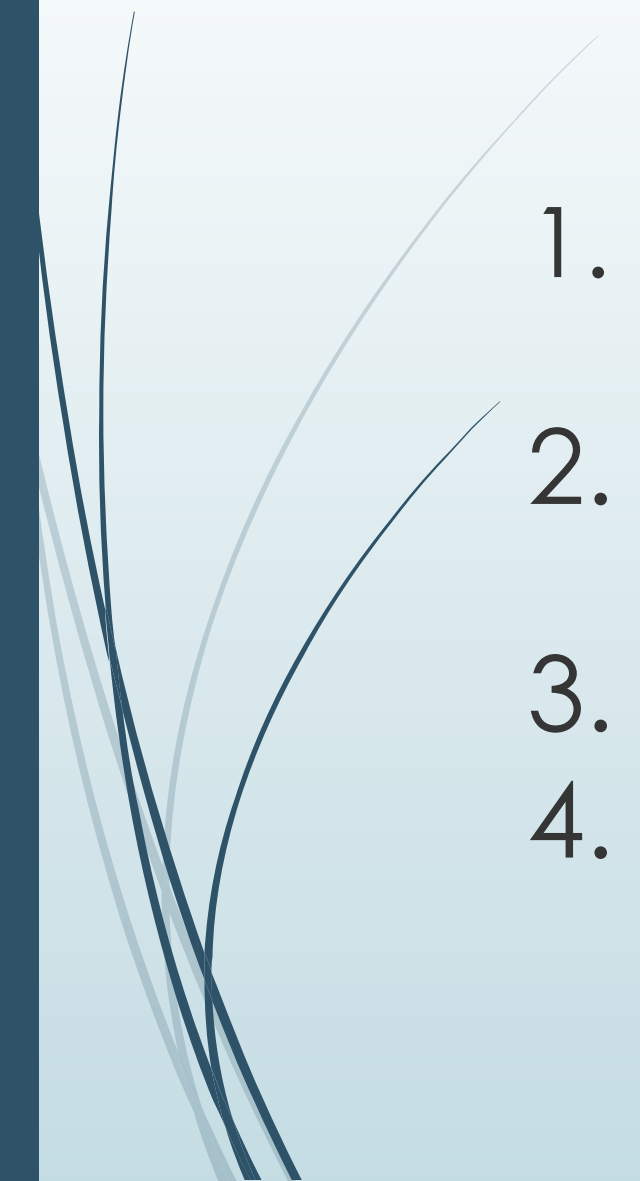
Второй этап лечения - миорелаксанты

1. Основным механизмом действия миорелаксантов является торможение возбуждения двигательного нейрона в ответ на болевые стимулы и эмоциональный дискомфорт.
2. Миорелаксанты оказывают обезболивающее действие, помогая расторможенным отделам нервной системы вернуться в состояние покоя, т.е. стирая «болевою память»
3. Основными побочными эффектами, ограничивающими применение миорелаксантов, являются сонливость и головокружение, которые отмечаются у 70% пациентов
4. целесообразно назначать коротким курсом в виде монотерапии или в добавление к парацетамолу и НПВП при недостаточной эффективности последних



Миорелаксанты

(степень доказательности A)

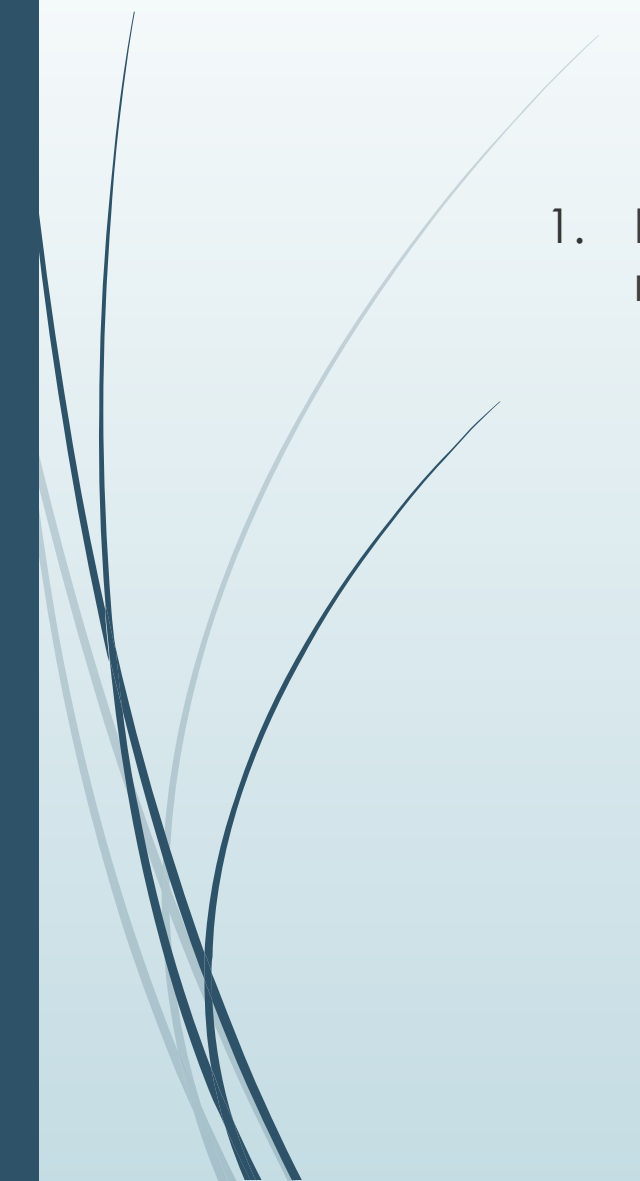
1. Толперизон по 150 мг 3 раза в сутки в течение четырех месяцев
 2. Мидокалм по 150 мг 3 раза в сутки.
 3. Тизанидин 6–12 мг/сут.
 4. Толперизон 150–450 мг/сут.
- 

Наркотические анальгетики

1. При недостаточной эффективности НПВП в сочетании с миорелаксантами возможно кратковременное (7–10 дней) назначение слабых наркотических анальгетиков (трамадол 50–200 мг/сут).
2. Применение опиатов дольше 10 дней не рекомендуется и допустимо лишь при самых интенсивных (>70 мм по визуальной-аналоговой шкале) болях в спине при неэффективности НПВП и адъювантных анальгетиков в качестве III ступени обезболивающей терапии, рекомендованной ВОЗ



Третий этап лечения

1. При хроническом течении болевого синдрома применяются психотропные препараты из разряда антидепрессантов
- 

A dark blue arrow points to the right from the left edge of the slide. Below it, several thin, light blue lines curve downwards and to the right, creating a decorative border on the left side of the slide.

Дополнительное лечение

1. Блокада местными анестетиками
2. Применение витаминов группы В при нейропатии

Блокада местными анестетиками

В паравертебральные точки вводится:

1. 1–2% раствор **новокаина** или **лидокаина**
2. с возможным добавлением на 10–20 мл такого раствора 75–100 мг **гидрокортизона**
3. и 200–500 мкг **цианокобаламина** (витамина В12).

Лечение Мильгаммой

1. Первые **10 ДНЕЙ** внутримышечно ежедневно **ПО 1 АМПУЛЕ**, содержащей 100 мг тиамин гидрохлорида, 100 мг пиридоксин гидрохлорида, 1000 мкг цианокобаламина и 20 мг лидокаина.
2. Далее по **1 ДРАЖЕ** (1 драже содержит 100 мг бенфотиамин и 100 мг пиридоксин) внутрь 3 раза в сутки в течение **14 ДНЕЙ**.



Лечение Нейробионом

1. При выраженном болевом синдроме внутримышечно по 3 мл/сут. (1 ампула) до снятия острых симптомов,
2. после по 1 ампуле 2–3 р./нед. или в таблетированной форме в течение 2–3 нед.



Вне обострения

В период вне обострения эффективно применение таких видов терапии, как

1. массаж
2. физиотерапевтическое лечение
3. мануальная терапия
4. ношение корсета