Дорсопатии

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

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

1. Деформирующие **дорсопатии** (М40–М43).
2. Спондилопатии (М45–М49).
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. ОПРАВДАННА 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 «болевую 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 А)

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 визуально-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

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 тиамина гидрохлорида, 100 мг пиридоксина гидрохлорида, 1000 мкг цианокобаламина и 20 мг лидокаина.
2. Далее по 1 ДРАЖЕ (1 драже содержит 100 мг бенфотиамина и 100 мг пиридоксина) 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