

ДОРСАЛГИИ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

В.И. Мологан

Харьковский государственный медицинский университет

Ключевые слова: дорсалгия, причины, клиника, диагностика, медикаментозная терапия.

В практике терапевта пациенты с заболеваниями опорно-двигательного аппарата встречаются достаточно часто. По данным ВОЗ, более 4% населения Земли страдают различными заболеваниями суставов и позвоночника. Более чем 30% случаев временной нетрудоспособности и 10% инвалидизации больных связаны с ревматическими заболеваниями [9]. Высокая инвалидизация лиц трудоспособного возраста вследствие поражений опорно-двигательного аппарата обуславливает актуальность проблемы лечения боли в спине.

Боль в спине, или дорсалгия, может возникать при различных заболеваниях, но чаще всего ее причиной является остеохондроз позвоночника, — результат дегенеративного поражения хряща межпозвоночного диска с реактивными изменениями со стороны тел смежных позвонков. В процессе поражения межпозвоночного диска значительную роль играет его повторное травмирование (подъем тяжестей, чрезмерной статической и динамической нагрузки, падения и др.), а также этому способствуют и возрастные дегенеративные изменения. Студенистое ядро, центральная часть диска, высыхает и частично теряет амортизационную функцию. Фиброзное кольцо, расположенное по периферии диска, утончается, в нем образуются трещины, к которым смещается студенистое ядро, образуя выпячивание (пролапс), а в случае разрыва фиброзного кольца — грыжу, при этом в пораженном позвоночном сегменте возникает относительная нестабильность позвоночника и компенсаторно происходит разрастание остеофитов в области тел позвонков (формируется спондилез). Параллельно с этим может также наблюдаться повреждение связок и межреберных суставов (спондилоартроз). Грыжи межпозвоночных дисков наиболее часто возникают в нижних поясничных отделах позвоночника, реже — в нижних шейных и верхних поясничных, очень редко — в грудных. Грыжи диска в теле позвонка (грыжи Шморля) клинически не обнаруживаются, грыжи диска в заднем и задне-боковом направлении могут приводить к сдавлению спинномозгового корешка с развитием радикулопатии. При повреждении спинного мозга

формируется миелопатия, также возможно сдавление сосудов. Кроме компрессионных синдромов, формируется рефлекторный мышечно-тонический синдром, что обусловлено импульсацией из рецепторов в ответ на изменения в дисках, связках и суставах позвоночника.

Рефлекторные синдромы остеохондроза позвоночника возникают на протяжении жизни почти у каждого человека, компрессионные развиваются значительно реже. Рефлекторное напряжение мышц сначала имеет защитный характер, поскольку приводит к иммобилизации пораженного сегмента (блокированию), что способствует уменьшению его двигательной активности, однако в дальнейшем становится фактором, который поддерживает боль.

Другая частая причина боли в спине и конечностях может быть вызвана миофасциальной болью, формированием так называемых триггерных зон в мышцах и/или связанных с ними фасциях. Триггерные зоны образуются под влиянием мышечного напряжения и часто на фоне остеохондроза позвоночника. Во время влияния на них — растяжения, сжатия, пальпации — возникает боль, которая указывает на развитие миофасциального патологического процесса.

Боль в спине может быть единственным симптомом в случае опухоли спинного мозга, сирингомиелии и других его заболеваний. Боль появляется при деструкции позвонков и поражении нервных корешков вследствие инфекционных процессов (туберкулезный спондилит, спинальный эпидуральный абсцесс), при новообразованиях (первичные и метастатические опухоли позвоночника, миеломная болезнь), дисметаболических нарушениях (остеопороз, гиперпаратиреоз, болезнь Педжета). Дорсалгия также может быть следствием перелома позвоночника, его врожденных или приобретенных деформаций (сколиоза и других), стеноза позвоночного канала, сдвига тел позвонков (спондилолистеза), анкилозирующего спондилоартрита.

Кроме того, боль может возникать при различной соматической патологии, чаще всего это поражения сердца, желудка, поджелудочной железы, почек, ор-

ганов малого таза, и формируется она по механизму отраженной боли через висцерокутанные связи.

Обследование и диагноз при боли в спине. Распространенная диагностическая ошибка при возникновении боли в спине — это ее оценка как су-губо вертебральной, связанной только с остеохондрозом позвоночника. Рентгенологическое исследование у пациентов среднего и пожилого возраста обнаруживает в большинстве случаев изменения, характерные для остеохондроза позвоночника, но это еще не свидетельство того, что боль связана с этим процессом.

Для установления причины боли в спине необходимо выяснить жалобы больного, собрать анамнез, провести соматическое и неврологическое обследование, а также дополнительные исследования.

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.

Соматическое обследование направлено на выявление злокачественных новообразований, инфекционных процессов и соматических заболеваний, которые могут проявляться болью в спине. Во время неврологического обследования оценивают эмоциональное состояние пациента, определяют, есть ли парезы, расстройства чувствительности, выпадение рефлексов, исследуют подвижность позвоночника, объем движений конечностей, устанавливают локальную болезненность в спине и ногах.

Дополнительные исследования:

- 1) рентгенография позвоночника в нескольких проекциях;
- 2) общий анализ крови;
- 3) биохимический анализ крови (кальций, креатинин, фосфаты, глюкоза и другое);
- 4) при показаниях — компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) позвоночника.

Диагноз рефлекторных и компрессионных осложнений остеохондроза основывается на клинических данных.

Для люмбаго (поясничный прострел) характерна резкая простреливающая боль в пояснице, которая обычно появляется во время физической нагрузки или при «неудачном» движении. Больной нередко застывает в неудобном положении, попытка пошевелиться приводит к усилению боли. Во время обследования определяют мышечно-тонический синдром: напряжение мышц спины, как правило сколиоз, уплощение поясничного лордоза, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника. Люмбагия (боль в спине) и люмбоишиалгия (боль в спине и по задней поверхности ноги) сопровождаются болью, которая возникает после физической нагрузки, «неудачного» движения или переохлаждения. Она имеет ноющий характер, усилива-

ется во время движения, определенных поз, ходьбы. При обследовании определяют мышечно-тонический синдром без парезов, расстройств чувствительности и выпадения рефлексов.

Радикулопатия поясничных и первого крестцового корешков проявляется острой простреливающей болью в пояснице и ноге. При обследовании больного, кроме мышечно-тонического синдрома, отмечают чувствительные, рефлекторные и реже двигательные нарушения в зоне пораженного корешка. Чаще повреждается пятый поясничный и первый крестцовый корешки, реже четвертый поясничный корешок и очень редко верхние поясничные корешки.

Для цервикалгии (боль в шее) и цервикобрахиалгии (боль в шее и руке) характерна боль после физической нагрузки или неуклюжего движения шеи. Наблюдается усиление боли в шее и при движениях, при продолжительном, однообразном положении (в автомобиле, самолете, после сна на плотной высокой подушке и др.). Во время обследования определяют мышечно-тонический синдром: напряжение шейных мышц, ограничение движений в шейном отделе. Радикулопатии нижних шейных корешков наблюдаются значительно реже, чем рефлекторные синдромы, и проявляются в виде мышечно-тонического синдрома, чувствительными, рефлекторными и/или двигательными нарушениями в зоне иннервации пораженного корешка.

В грудном отделе рефлекторные и компрессионные синдромы остеохондроза бывают значительно реже, чем в поясничном и шейном отделах. Они проявляются болью в спине, нарушением чувствительности в зоне пораженных корешков.

Рентгенографию позвоночника используют, в основном, для исключения врожденных аномалий и деформаций, воспалительных заболеваний (спондилитов), первичных и метастатических опухолей. КТ или МРТ дают возможность обнаружить грыжу диска, определить ее размеры и локализацию, а также установить стеноз позвоночного канала.

Диагноз миофасциальной боли основывается на клинических данных и требует исключения других возможных причин боли. Миофасциальная боль проявляется напряжением мышц и наличием в них триггерных точек, которые находят путем мануального исследования мышц (пальпация). Активная триггерная точка — постоянный источник боли, что усиливается при ее пальпации в мышце; латентная триггерная точка предопределяет боль только в случае ее пальпации. Для каждой мышцы существует самостоятельный миофасциальный синдром с характерной локализацией боли при раздражении триггерной зоны, которая распространяется за границы проекции мышцы на кожную поверхность. Симптомы поражения периферической нервной системы отсутствуют, за исключением тех случаев, когда напряженные мышцы сжимают нервный ствол. Поскольку поддерживающих факторов нет, миофасциальная боль может пройти спонтанно, если предоставить мышце покой на несколько дней.

При опухоли спинного мозга, сирингомиелии и других заболеваниях спинного мозга боль в спине часто объединяется с другими неврологическими расстройствами, но, как правило, мышечно-тонический синдром отсутствует. Диагноз устанавливается с помощью КТ или МРТ позвоночника.

При деструктивном поражении позвоночника (туберкулезный спондилит, первичная опухоль или метастазирование в позвоночник, остеопороз, гиперпаратиреоз), переломе позвоночника, его врожденных или приобретенных деформациях, деформирующем спондилоартрите часто наблюдается локальная болезненность. Диагноз основывается на результатах рентгенограммы и/или КТ, или МРТ позвоночника.

В случае соматических заболеваний отраженная боль в спине обычно сочетается с другими проявлениями заболевания, не сопровождается напряжением мышц спины и как правило не усиливается при движениях в позвоночнике.

Лечение боли в спине. Лечение боли в спине базируется на терапии основного заболевания. Ниже речь пойдет об устранении наиболее частых причин боли в спине — рефлекторных и компрессионных осложнениях остеохондроза и миофасциальной боли.

Среди задач, которые необходимо решить при ведении пациента с острыми дорсалгиями, следует выделить максимально полное купирование боли, обеспечение условий для проведения полноценного курса реабилитационных мероприятий, профилактику рецидива обострений. Основу такого лечения составляет комбинация медикаментозных и немедикаментозных подходов — физиотерапии, лечебной физкультуры, мануальной терапии и др. [1].

Из рекомендуемых лекарственных средств следует выделить группу нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), анальгетики, миорелаксанты, препараты, улучшающие микроциркуляцию и метаболизм.

Нестероидные противовоспалительные препараты. Они оказывают противовоспалительный и анальгезирующий эффект, и это происходит в результате угнетения конверсии арахидоновой кислоты в простагландины. Ведущую роль в этом процессе играет фермент циклооксигеназа (ЦОГ). Его две изоформы оказывают в организме различное влияние. Так, ЦОГ-1 присутствует постоянно во всех тканях, обеспечивает синтез простагландинов, выполняющих цитопротекторную роль, а ЦОГ-2 синтезируется только при повреждении тканей, обеспечивая продукцию простагландинов, вызывающих развитие воспалительного процесса [10]. На сегодняшний день существуют НПВП неселективные, ингибирующие ЦОГ-1 и ЦОГ-2 (диклофенак натрия, пироксикам, лорноксикам, ибупрофен, индометацин и др.), а также селективные, воздействующие только на ЦОГ-2 (целекоксиб, нимесулид, месулид и др.). Селективные ингибиторы ЦОГ-2 реже вызывают побочные эффекты со стороны ЖКТ, но в то же время обладают меньшим обезболивающим действием, а многоме-

сячное применение препаратов этой группы (рофекоксиб и вальдекоксиб и др.) значительно повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний [12]. Если у пациента существует риск ulcerогенных осложнений, то рекомендуется одновременно с НПВП назначать ингибиторы протонной помпы или блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов и антацидные препараты [5].

Классификация ненаркотических анальгетиков и НПВП как ингибиторов циклооксигеназы (Peter Lipsky, 1998)

1. Преимущественные ингибиторы ЦОГ-1 (ЦОГ-1 > ЦОГ-2 в 175 раз):

- ацетилсалициловая кислота в дозах < 300 мг.

2. Неизбирательные ингибиторы ЦОГ (ЦОГ-2 > ЦОГ-1 in vitro в 2—10 раз; in vivo ~ 1:1 раз):

- ацетилсалициловая кислота в дозах > 300 мг;
- ибупрофен;
- индометацин;
- диклофенак натрия;
- кетопрофен;
- пироксикам.

3. Преимущественные ингибиторы ЦОГ-2 (ЦОГ-2 > ЦОГ-1 in vitro в 2—10 раз; in vivo ~ 1:1 раз):

- мелоксикам;
- намубетон;
- нимесулид;
- этодолак.

4. Селективные высокоизбирательные ингибиторы ЦОГ (ЦОГ-2 > ЦОГ-1 in vitro в 100—10 000 раз; in vivo 10—100 раз):

- целекоксиб;
- рофекоксиб;
- вальдекоксиб;
- паракоксиб;
- флосулид;
- NS-398.

Местные формы НПВП. Так как системное применение НПВП не всегда позволяет создать сразу достаточную концентрацию лекарственного препарата в очаге боли, для усиления лечебного эффекта при дорсалгии рекомендуется применять местно НПВП в виде гелей или мазей. Их преимущество состоит в удобности и простоте применения, уменьшении общего эффекта, в частности развития побочных реакций со стороны ЖКТ, а также в возможности обеспечить высокую концентрацию действующего вещества в области нанесения. За счет создания депо препарата местно можно снизить дозу системно используемого НПВП. Кроме того, современные гели и мази часто многокомпонентны, и это расширяет диапазон их лечебного воздействия [2].

Анальгетики. Среди анальгетиков, используемых для лечения дорсалгий, наибольшее применение нашел препарат парацетамол (ацетаминофен). Его эффект во многом связан с повышением порога болевой чувствительности, хотя нельзя исключить и центральный механизм действия. Препарат также оказывает обезболивающий и противовоспалительный эффекты за счет неселективной бло-

кады ЦОГ. В больших дозах ацетаминофен способен оказывать нефро- и гепатотоксическое действие, причем риск увеличивается при приеме алкоголя и прочих экзогенных интоксикациях. Ацетаминофен для усиления лечебного эффекта комбинируют с НПВП и другими анальгетиками. При лечении дорсалгий сочетают ацетаминофен с трамадолом, являющимся центральным агонистом опиоидных рецепторов и блокирующим также проведение болевых импульсов на уровне спинного мозга за счет блокады захвата серотонина и норадреналина — это препарат «Залдиар».

Что касается наркотических анальгетиков, то их крайне редко применяют у больных с вертебральным болевым синдромом. Исключение составляют острые травматические повреждения и новообразования (чаще — метастазы в кости позвоночника).

Миорелаксанты. Лечение с использованием анальгетиков и НПВП может быть повышено за счет сочетания препаратов, воздействующих на различные звенья патогенеза болевого синдрома. С этой целью широко применяют миорелаксанты — производные бензодиазепинов (диазепам, тетразепам), толперизон («Мидокалм»), тизанидин («Сирдалуд»), эффективность которых была подтверждена в результате серии рандомизированных клинических исследований [15]. Показанием к назначению миорелаксантов центрального действия (толперизон, тизанидин и др.) являются рефлекторные и компрессионные осложнения дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника (остеохондроз, спондилез, спондилоартроз) и миофасциальная боль. Эти препараты снимают тоническое напряжение мышц, которое является результатом боли и в последующем приводит к деформации и ограничению подвижности

позвоночника, создает компрессию близлежащих нервных стволов и сосудов. Миорелаксанты центрального действия прерывают порочный круг боль—мышечный спазм—боль.

Лечение при острой боли. В зависимости от выраженности и остроты боли при дорсалгии врач выбирает тактику терапии. При возникновении острых болей в результате рефлекторных синдромов и радикулопатии (люмбалгия) рекомендуется проведение комплекса лечебных мероприятий, направленных на иммобилизацию пораженного участка, обезболивание, снятие воспаления и улучшение трофики радикулярной ткани. Для этого пациенту следует соблюдать постельный режим на твердой поверхности в течение 1—3 дней. При необходимости передвигаться можно использовать, в зависимости от места возникновения болей, шейный или поясничный корсет. В обезболивании ведущее место отводится нестероидным противовоспалительным препаратам, которые применяют как системно, так и местно. На первом этапе больному назначают инъекции — диклофенака натрия, ксифокама, «Мовалиса» и др., как правило, внутримышечно, ксифокам можно вводить внутривенно болюсно в среднем на протяжении 3 дней. При выраженном мышечно-тоническом напряжении к терапии целесообразно добавить миорелаксанты — «Мидокалм» или «Сирдалуд» внутримышечно. Усиление анальгетического эффекта в случаях тяжелой боли можно достичь с помощью ацетаминофена самостоятельно или в комбинации с трамадолом, при необходимости также можно провести блокаду пораженного корешка с использованием местных анестетиков.

Одновременно используют местно НПВП в виде гелей или мазей. С этой целью можно рекомендо-

Таблица. Препараты и их дозирование при острой боли

Препарат	Особенности применения
Нестероидные противовоспалительные препараты	
Диклофенак натрия	75 мг (3 мл — 2,5%) в/м в течение 3 дней, параллельно per os — по 50 мг 3 раза в 1-е сутки, далее — 25 мг 2—3 раза/сут после еды (до 7—10 дней) или ретардная форма 100 мг 1 раз/сут
Ксифокам	8 мг в/м или в/в болюсно в течение 3 дней, параллельно per os по 16 мг 2 раза в 1-е сутки, далее — по 8 мг 2 раза/сут (до 7—10 дней)
Мелоксикам («Мовалис»)	В течение первых 3—5 суток парентерально по 1,5 мл (15 мг) 1 раз/сут, затем per os по 15 мг 1 раз/сут в течение 10—14 дней
Миорелаксанты	
Толперизон («Мидокалм»)	100 мг в/м 2 раза/сут в первые 2—3 дня, затем per os 150 мг 3 раза/сут, не более 2 нед
Тизанидин («Сирдалуд»)	per os 4 — 8 мг/сут, не более 2 нед
Анальгетики	
Ацетаминофен (парацетамол)	0,5—1,0 г 4 раза/сут до 4 г в день
Трамадол	В/в медленно, п/к или в/м: 0,05—0,1 г; таблетки 50 мг (или 20 капсул) 100—200 мг/сут; ретардная форма 100 мг 2 раза/сут
Трамадол — 37,5 мг/ ацетаминофен — 325 мг («Залдиар»)	3—4 таблетки в сутки

вать гель «Дип Рилиф», первый комбинированный препарат на европейском рынке), в состав которого входят два безопасных и хорошо изученных активных ингредиента: 5% ибупрофен и 3% ментол природного происхождения.

Основной действующий компонент геля «Дип Рилиф» — ибупрофен, который является стандартом безопасности среди НПВП [5]. Ибупрофен в составе других компонентов препарата хорошо проникает в ткани и, накапливаясь в них, тормозит синтез простагландинов, оказывая противовоспалительное и противовоспалительное влияние. Снижается скованность и припухлость пораженных суставов, увеличивается объем движений в них, уменьшается боль в мышцах. Эффект препарата может сохраняться до 15 ч [4]. При этом практически нет системного влияния компонентов геля, что очень важно при использовании (ибупрофена), это делает лечение безопасным. Следует особо отметить хондронейтральность ибупрофена — он не оказывает отрицательного действия на метаболизм суставного хряща, что имеет важное значение при лечении хронических воспалительных и дегенеративных заболеваниях суставов, в частности при остеоартрозе.

Второй компонент препарата ментол расширяет сосуды и улучшает локальную микроциркуляцию, усиливая обезболивающее влияние, и создает комфортное ощущение уменьшения боли в мышцах, связках и суставах.

При нанесении геля «Дип Рилиф» на кожу в начале возникает ощущение прохлады, а в последующем чувство тепла, что способствует устранению мышечно-тонических нарушений и проникновению НПВП к месту поражения (рисунок).

Гель «Дип Рилиф» применяют как путем нанесения на зоны поражения в виде накожных аппликаций (тонким слоем на кожу над пораженным участком, слегка втирая до полного впитывания) так и посредством ультрафонофореза. Препарат назначают применять при обострении 3—4 раза/сут, а при стихании воспаления — 2—3 раза, продолжительность лечения составляет 7—10 дней. Гель «Дип Рилиф» также дает хорошие результаты при лечении острого травматического повреждения мягких тканей, растяжения связок и тендинита, эпикондилита.

МЕНТОЛ	ИБУПРОФЕН
Быстрое	Длительный
обезболивание	лечебный эффект

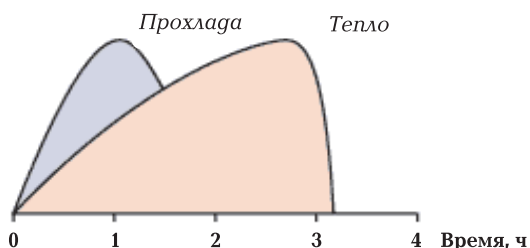


Рисунок. Действие геля «Дип Рилиф»

Улучшение микроциркуляторных нарушений и метаболическая терапия. Так как речь идет о болях, связанных с нарушением трофики одного из корешков спинного мозга — радикулопатии, то в комплекс лечебных мероприятий следует включить препараты, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин) и метаболизм нервной ткани — витамины группы В (миальгамма, нейрорубин), венотонические средства «Детралекс», «Троксевазин», «Эскузан». Однако с позиций доказательной медицины эффективность этих подходов не нашла достаточного подтверждения. Поэтому целесообразность применения препаратов данных групп нужно рассматривать в каждом случае индивидуально.

Немедикаментозные методы лечения. Наряду с лекарственными методами лечения дорсалгий широко используют и немедикаментозные. Так, установлена противовоспалительная активность терапии с применением ультразвуковых колебаний, в ряде случаев — чрескожной электростимуляции [13]. В то же время не получено убедительных данных о положительной роли вытяжения (как сухого, так и подводного) у рассматриваемого контингента больных [8]. Что касается массажа, то по результатам метаанализа по 9 исследованиям установлено, что этот метод после стадии острого болевого синдрома позволяет провести эффективную реабилитацию пациентов, причем положительный эффект сохраняется в течение 12 мес [11]. Мануальная терапия, в особенности методики мобилизации и тракции, противопоказана при остром выраженном болевом синдроме, наличии признаков компрессии корешков или конского хвоста. В случаях умеренного болевого синдрома к комплексной терапии постепенно подключают методики мануальной терапии, в частности постизометрической релаксации. Эффективность их значительно возрастает, если лечение начато не позже 3 мес от дебюта заболевания, а также в комбинации с элементами лечебной гимнастики [14].

Для лечения дорсалгий также применяют традиционную акупунктуру. Она дает достаточно хорошие клинические результаты, как при острой боли, так и хронической, позволяет удлинить период ремиссии. Однако на сегодняшний день не проведены достаточно серьезные исследования по изучению эффективности акупунктуры, поэтому ее в клиниках западной медицины используют не всегда [16].

Наряду с рациональной лекарственной терапией, мануальной терапией, массажем, лечебной гимнастикой исключительное значение в профилактике повторных эпизодов боли в спине играет разъяснительная работа с пациентом, выработка правильного двигательного стереотипа — умение двигаться и поднимать тяжести, равномерно распределяя нагрузку на позвоночный столб. Пациенты должны обучаться навыкам самостоятельного предупреждения и своевременного купирования болевого синдрома.

Что касается **хирургических методов лечения (удаление грыжи диска)**, то показания к ним доста-

точно сужены, и вмешательства проводятся только при сжатии спинного мозга или корешков лошадиного хвоста. Хирургическое лечение также целесообразно в случае дискогенной радикулопатии, что сопровождается выраженным парезом, продолжительным (свыше 3—4 мес) отсутствием эффекта от консервативного лечения и наличием большой грыжи диска.

Когда острая боль устранена, у части пациентов сохраняются проявления **хронического рефлекторного синдрома и радикулопатий**, в этом случае эффективны физиотерапия, нестероидные противовоспалительные средства и миорелаксанты, по показаниям назначают мануальную терапию, рефлексо-терапию и санаторно-курортное лечение. В случае формирования **миофасциальной боли** следует предоставить мышце покой на несколько дней. Как лечение можно использовать упражнения на растяжение мышц (постизометрическая релаксация), прием миорелаксантов, физиотерапию, рефлексо-терапию или местное введение анестетиков в триг-

герные зоны, использование гелей, мазей с НПВП или компрессы с димексидом и анестетиками.

Следует отметить, что для лечения хронических вертеброгенных процессов в последнее время широко используется группа лекарственных препаратов, объединенных названием «модифицирующие средства замедленного действия», такие, как глюкозамин, хондроитин, гиалуроновая кислота, диацерин [7]. Чаще других в лечении остеохондроза позвоночника применяют глюкозамин и хондроитин сульфат (структум, терафлекс, артрон и др.). Они оказывают хондропротекторное и противовоспалительное действие, снижают выраженность болевого синдрома, улучшают функциональное состояние позвоночника.

В целом представляется очевидным, что индивидуально подобранный комплекс лекарственных, немедикаментозных способов лечения, обучение пациента позволят добиться быстрого и эффективного купирования острой дорсалгии и предупреждения повторных обострений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под ред. Н.Н. Яхно, Д. Р. Шгульмана — М., 2001.— Т. 1.
2. *Зупанец И.А.* Современные подходы к терапии воспалительного суставного синдрома: акценты на местном применении нестероидных противовоспалительных препаратов // *Medicus Amicus*.— 2005.— № 6 (www.medicusamicus.com).
3. *Камчатнов П.Р., Чугунов А.В., Умарова Х.Я., Воловец С.А.* Терапия острого вертеброгенного болевого синдрома // *Consilium meicum*.— 2005.— Т. 7, № 2.— С. 327—332.
4. *Насонов Е.Л.* Нестероидные противовоспалительные препараты (Перспективы применения в медицине).— М., 2000.— 262 с.
5. *Насонов Е.Л., Каратеев А.Е.* Поражения желудка, связанные с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // *Клин. мед.*— 2000.— № 3.— С. 4—9.
6. *Насонова В.А., Насонов Е.Л., Алекперов Р.Т. и др.* Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: Рук. для практикующих врачей / Под общ. ред. В.А. Насоновой, Е.Л. Насонова — М.: Литтерра, 2003.— 507 с.
7. *Чичасова Н.В.* Место медленнодействующих препаратов в рациональной терапии деформирующего остеоартроза // *Consilium meicum*.— 2005 — Т. 7, № 8.— С. 327—332.
8. *Beurskens A.J., De Vet M.C., Koke A.J. et al.* // *Spine*.— 1997.— N 22.— P. 2756—2762.

9. *Borenstein D.* Эпидемиология, этиология, диагностическая оценка и лечение поясничной боли // *Межд. мед. журн.*— 2000.— № 35.— С. 36—42.

10. *Crofford L.J., Lipsky P.E., Brooks P. et al.* Basic biology and clinical application of specific cyclooxygenase-2 inhibitors // *Arthritis Rheum.*— 2000.— N 43.— С. 4—13.

11. *Furlan A.D., Brosseau L., Imamura M., Irvin E.* Massage for low-back pain (Cochrane Review) *The Cochrane Library*, 2004.— 4.

12. *Graham D.J., Campen D., Hui R. et al.* Risk of acute myocardial infarction and sudden cardiac death in patients treated with cyclo-oxygenase 2 selective and non-selective nonsteroidal anti-inflammatory drugs: nested case-control study // *Lancet*.— 2005.— P. 365.— P. 475—481.

13. *Gam A.N., Johannsen F.* *Pain* // 1995.— 63 (1).— P. 85—91.

14. UK BEAM trial team. UK back pain exercise and manipulation (UK BEAM) randomised trial: effectiveness of physical treatments for back pain in primary care // *BMJ*.— 2004.— 329.— P. 1377—1380.

15. *van Tulder M.W., Touray T, Furlan A.D. et al.* Muscle Relaxants for Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review Within the Framework of the Cochrane Collaboration *Spine* // 2003.— 28 (17).— P. 1978—1992.

16. *van Tulder M.W., Cherkin D.C., Berman B. et al.* *The Cochrane Library*, 2004.— 4.

ДОРСАЛГІЇ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

В.І. Молодан

Розглянуто причини дорсалгії, клініка, методи дослідження. Докладно описано основні групи лікарських препаратів, що використовуються при лікуванні дорсалгій, а також наведено алгоритм лікувальних втручань при гострому больовому синдромі.

DORSALGIAS: CLINICAL MANIFESTATIONS, METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

V.I. Molodan

Etiology, clinical manifestations, diagnostic methods of dorsalgias have been considered. The main groups of medicinal agents used for dorsalgias treatment have been described in details as well as algorithm of therapeutic interventions at acute pain syndrome.