

граммах не выявляются отклонения от нормы. Традиционное объяснение болей в таких случаях – это остеохондроз. Цель исследования. На основе анализа собственных клинических наблюдений раскрыть наиболее частые причины спинальной боли у ортопедических больных.

Материалы и методы исследования. За период с 1996 по 2015 гг. мы осмотрели более 8000 больных со спинальным болевым синдромом различной локализации. Пациенты тщательно обследовались для исключения специфической патологии, онкологических заболеваний, не диагностированных переломов. Для этого использовались рентгенография, КТ и МРТ.

Результаты. Было установлено, что независимо от возраста, наличия или отсутствия остеохондроза, деформирующего спондилеза, спондилолистеза либо другого заболевания позвоночника, с которым пациент обращался к нам, у всех больных, без исключения, имело место ротационное смещение позвонков на различных уровнях. Именно ротирование позвонков, обусловленное нарушением биомеханики позвоночника из-за одностороннего спазма разгибателей спины, являлось причиной сдавления нервных корешков. О ротационном подвывихе позвонков, как одном из ведущих компонентов сколиоза, кифоза, кифосколиоза, сообщали Мовшович А.И., Маркс В.О., Казьмин А.И. и др. Однако в трудах этих и других ученых не было установлено взаимосвязи ротации и болевого синдрома. Устранение ротации позвонков не только у детей, но и взрослых пациентов, в значительном количестве случаев, приводило к прекращению болей типа плексита и люмбаишиалгии. Существенный противоболевой эффект достигался у лиц пожилого возраста, обращавшихся с болями в плечевых, локтевых, тазобедренных, коленных и других суставах. Заключение. Нами разработан комплексный метод лечения спинального болевого синдрома, доказавший свою высокую эффективность у пациентов разных возрастных групп. В этом комплексе одним из ведущих компонентов является восстановление мышечного равновесия в позвоночно-тазовом сегменте L5-S1 с помощью деторсионной коррекции позвоночника, проводимой детям и взрослым специалистами ЛФК. Комплекс включал не только традиционные блокады, разгрузку позвоночника сухим вытяжением, ношение корсета, но и физиотерапию аппаратами магнитно-акустического воздействия серии «МАВР» (автор – Сердюк В.В.).

Выводы. Предложенный метод лечения не только устраняет спинальный болевой синдром типа кардиалгии и торакалгии, но и препятствует прогрессированию деформаций позвоночника у детей и подростков. У маленьких детей прекращается ночное недержание мочи, у девушек нормализуется менструальный цикл, работа кишечника и др.

## **Использование современной физиотерапевтической аппаратуры и средств лечебной физкультуры в амбулаторном лечении пациентов с вертеброгенными болевыми синдромами**

**Сиделковский А.Л., Овсянников А.А., Макареня В.В.**

*Клиника современной неврологии «Аксимед», г. Киев, Украина*

Актуальность. В материалах Восточно-Европейского конгресса по боли (г. Ялта, сентябрь 2013 г.) сообщалось, что около 20% взрослого населения Украины страдает от периодической боли в нижней части спины вертеброгенной этиологии, сопровождающейся функциональным ограничением амплитуды движений позвоночника и ухудшением качества жизни, что обуславливает необходимость совершенствования технологии комплексного лечения этой категории больных.

Цель – провести оценку курса ЛФК и физиотерапии с применением физиотерапевтического аппарата ВТЛ-5000 в комплексном амбулаторном лечении пациентов с вертеброгенными болевыми синдромами.

Материалы и методы. В течение 2014-2015 гг. в Клинике проведено обследование, лечение и наблюдение 46 больных с миофасциальными и корешковыми болевыми синдромами поясничной области (средний возраст  $38,2 \pm 4,3$  г., 26 женщин и 20 мужчин, стаж офисной работы более 10 лет). Первичное обследование пациента включало получение информации об особенностях образа жизни и наличии жалоб на состояние здоровья, а также общеклинические анализы, инструментальные методы исследования (панорамная рентгенография, МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника) и оценку неврологического статуса. В процессе выполнения работы из числа обследованных пациентов были выделены 14 человек (I группа), имеющие противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур (узловой зоб с нарушением функции щитовидной железы, фибромиома матки, аденома предстательной железы, повреждения кожных покровов в области наложения электродов и др.). Во II группу вошли остальные 32 человека, получавшие фармакотерапию, физиотерапию и ЛФК. Длительность лечения составляла от 7 до 14 дней, а её эффективность оценивалась по показателям 2-х компонентной шкалы риска боли в нижней части

спиной у офісних служачих BROW (Back pain Risk Score for Office Workers). Подробная информация о шкале BROW содержится в журнале Медицина неотложных состояний №7-8, 2012, с.172. Следует подчеркнуть, что представленные в шкале показатели служили доказательной базой эффективности лечения, что играет существенную роль при возникновении конфликтных ситуаций между пациентом и врачом.

Результаты. Больные I группы получали стандартную фармакотерапию, дополненную нами ежедневными процедурами лечебной физкультуры в форме лечебной гимнастики, назначаемой после устранения болевого синдрома (обычно на 3-5 день лечения) и проводимой индивидуальным методом. Контролем эффективности процедур лечебной гимнастики служило выполнение 5-ти люмбальных движений туловища с оценкой индекса BROW. Нами установлено, что эта процедура занимала 5-7 мин. и позволяла пациенту наглядно убедиться в улучшении функций позвоночника под влиянием проведенного лечения. Во II группе пациентов использовалась аналогичная программа с добавлением физиотерапевтических процедур, отпускаемых с помощью современного аппарата комбинированной физиотерапии ВТЛ-5000, что способствовало более выраженному лечебному эффекту по сравнению с I группой больных.

Выводы. Фармакотерапия в комбинации с курсовым воздействием физиотерапевтических процедур и персонифицированной лечебной гимнастики обеспечивают высокую эффективность амбулаторного лечения пациентов с вертеброгенными болевыми синдромами.

## **Фіброміалгія – модель дифузного нейропатичного болю**

**Станіславчук М.А.**

*Вінницький національний  
медичний університет ім. М.І.  
Пирогова, Вінниця, Україна*

Сьогодні фіброміалгія (ФМ) визначається як синдром дифузного болю в тілі, що асоціюється з втому, слабкістю порушенням сну, когнітивними розладами, пригніченим настроєм різними функціональними порушеннями при неможливості це пояснити іншим захворюванням (Wolfe F. et al., 2010). Поширеність ФМ коливається в значних межах і залежить від цілої низки чинників – використаних ді-

агностичних критеріїв, соціального прошарку населення, статі, віку, коморбідних станів, тощо. Серед жінок ФМ виявляють в 5-10 разів частіше ніж серед чоловіків, частіше хворіють жінки віком 30-40 років. Поширеність ФМ в США за умов використання критеріїв 1990 року склала від 2 до 5% дорослої популяції - серед чоловіків від 0,5 до 1,5%, а серед жінок – більше 5% (Chakrabarty S. et al., 2007), в той же час за модифікованими критеріями ACR-2010 склала в середньому 6,4% - 7,75% у жінок і 4,9% у чоловіків (Vincent A et al., 2013). Дослідженням, проведеним в 5 країнах Європи (Франція, Німеччина, Італія, Португалія, Іспанія) показано поширеність ФМ в середньому - 4,7% - у жінок 5,8% і у чоловіків – 3,5%. Поширеність ФМ в Україні не відома, через відсутність популяційних досліджень в цьому напрямку. На сьогодні ФМ розглядається як один з варіантів дифузного нейропатичного болювого синдрому, основним механізмом формування якого є механізм центральної сенситизації. В більшості випадків больовий синдром при ФМ поєднується з емоційними, когнітивними, інсомнічними розладами та низкою функціональних розладів. Діагностика ФМ ґрунтується на критеріях Американської колегії ревматологів 1990 року, однак в 2010 році були запропоновані і в 2011 році модифіковані нові діагностичні критерії, які вирізняються кращою чутливістю і відтворюваністю. Стосовно лікувальної тактики у хворих на ФМ рекомендується використовувати мультидисциплінарний підхід з залученням спеціалістів – ревматолога, невропатолога, психолога, психіатра, фізіотерапевта, спеціаліста з болю. З лікарських засобів, схвалених FDA, для призначення хворим з ФМ найчастіше призначаються антидепресанти – як трициклічні, так і селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (Амітриптилін, Дулоксетин та Мілнаципран). Інша група лікарських засобів, схвалених для лікування ФМ – це альфа-2 ліганди кальцієвих каналів. Обидві групи препаратів продемонстрували свою активність як стосовно депресії, так і стосовно болю, покращення сну та пам'яті. За умов недостатньої ефективності монотерапії, рекомендована комбінація антидепресантів з антиконвульсантами (альфа-2 ліганди кальцієвих каналів (Дулоксетин+Прегабалін).

