

характерними помірний біль, помірна активність запального процесу, прямий зв'язок з тривожністю, депресією У хворих з генотипом AG і AA не встановлено зв'язків інтенсивності болю з депресією, тривожністю.

Фибромиалгія, или «Всё вы, милочка, выдумали»

Свирков В.Н.

*Венский медицинский университет,
Вена, Австрия*

Определение и актуальность. Фибромиалгией принято считать распространённую симметричную хроническую мышечно-скелетную боль. Составными частями синдрома считаются нарушения сна, утомляемость и когнитивные нарушения. Так как при чистой фибромиалгии не удаётся обнаружить патологических изменений соединительной ткани, часто такие пациенты страдают от недоверия к ним и подозрения в симуляции. Фибромиалгии подвержены от 2 до 8% населения, и это в основном женщины. Этиология синдрома не известна. Факторами, способствующими развитию фибромиалгии называют генетическую предрасположенность, инфекции, физические травмы, но чаще всего тяжёлые психические травмы в прошлом или состояния хронического психического давления и травматизации, длящиеся в настоящем. К сожалению, учитывая современный уровень военного и социального насилия, количество таких пациентов будет увеличиваться. Одна из патофизиологических теорий объясняет данное состояние снижением функции антиноцицептивной системы под воздействием стрессовых и содействия генетических факторов, в результате чего снижается болевой порог пациентов. Фибромиалгии часто сопутствуют посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия, бессонница, головные боли, синдром беспокойных ног, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. Диагностика. Синдром фибромиалгии – диагноз исключения. Симптомы его не специфические по отдельности, но будучи вместе взятыми, составляют типичную картину: распространённая хроническая, более трёх месяцев, симметричная мышечно-суставная боль; утренняя скованность и ощущение отёчности суставов; ощущение бессилия, усталости, безнадёжности; нарушения сна, либидо, когнитивные сложности; наличие типичных сопутствующих заболеваний; психическая травма в анамнезе, семейная предрасположенность. До недавнего времени диагностическим критерием являлась болезненность в специфических триггер-

ных точках. Теперь этот симптом не обязателен для постановки диагноза, хотя гиперчувствительность при надавливании на мышцы и сухожилия очень часто встречаются у таких пациентов. Лечение. К методам терапии, имеющим высокий уровень доказательности, относятся нефармакологические методы: образование, модификация образа жизни, физические упражнения, когнитивно-поведенческая терапия, методы физической и ментальной релаксации; медикаментозная терапия: трициклические антидепрессанты, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, габапентиноиды. Например, лекарствами, рекомендуемыми к применению FDA, являются: прегабалин, дулоксетин и милнаципрам. Хочется обратить внимание, что в списке лекарств, эффективных при лечении фибромиалгии, нет нестероидных противовоспалительных средств и опиоидов, как сильных, так и слабых. Медикаменты этих групп неэффективны при фибромиалгии, а опиоиды, к тому же, могут вызывать ятрогенную зависимость. Вообще, при лечении пациентов с синдромом фибромиалгии, на первое место выходят немедикаментозные методы лечения. Только при грамотной комбинации средств: изменения образа мышления, копинг стратегий, поведения, физических и ментальных упражнений и уж потом медикаментов, можно иметь шанс на улучшение качества жизни пациента. Вывод. Фибромиалгия – синдром, не имеющий коррелята на периферии и, вероятно, имеющий его в центральной нервной системе, является комплексным биопсихо-социальным вызовом и, соответственно, требует комплексного подхода при лечении.

О природе спинального болевого синдрома у ортопедических больных

Сердюк В.В.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Актуальность. Вопрос о происхождении спинальных болей продолжает оставаться недостаточно изученным, хотя связанные с ними потери трудоспособности, а нередко и переход на инвалидность, имеют немалое социально-экономическое значение. В общей массе больных со спинальной болью врожденные аномалии позвоночника, к примеру, добавочные и клиновидные позвонки, незаращение их дужек, сакрализация L-5, люмболизация S-1-S-2 и др. встречаются в 35-40 % случаев. Часты ситуации, когда пациент жалуется на боли в различных отделах позвоночника, но на рентгено-



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 люмбаго. 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