

ISSN 2181-5887



O'ZBEKISTON TERAPIYA AXBOROTNOMASI



ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК УЗБЕКИСТАНА

№ 4, 2022

ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRITLI BEMORLARDA HLA-B27 GENINING KLINIK ANAMIYATI <i>Miraxmedova X.T., Saidrasulova G.B., Narziyev N.M.</i>	164
ЛЮПУС НЕФРИТ РИВОЖЛАНИШИДА TGF β 1 ГЕНИНИНГ АҲАМИЯТИ Назарова Н.О., Жаббаров А.А.	169
ТРАНСПЛАНТАНТ БУЙРАК ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШДА ДОППЛЕРОГРАФИЯ ТЕКШИРУВИНИНГ ЎРНИ <i>Бобокулов М.Б., Сабиров М.А., Нарзикулова М.Ш.</i>	172
ВЛИЯНИЕ ФОСФАТБИНДЕРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕКОСТНОЙ КАЛЬЦИФИКАЦИИ БОЛЬНЫХ НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ <i>Мирзаева Б.М.</i>	179
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ПРЕВЕНТИВНЫЕ АСПЕКТЫ КОНТРАСТНОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ <i>Муминов Ш.К., Нигманов Б.Б.</i>	185

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ФАРМАКОТЕРАПИИ <i>Насиров Ш.Н., Сабиров Д.М., Имомжанова Д.Б., Хусаинова Д.</i>	194
БУЙРАК ЎРИНБОСАР ТЕРАПИЯСИ ФОНИДА БЕМОРЛАРНИНГ РУҲИЙ ҲОЛАТИ ҲАМДА ҲАЁТ СИФАТИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Хайитов Х.А., Бобокулов М.Б., Абдуллаева М.Б.</i>	198
РЕЖАЛИ ГЕМОДИАЛИЗ ОЛАЁТГАН БЕМОРЛАРДА КЛИМАКТЕРИК СИНДРОМ – БОШҚАРИБ БЎЛМАЙДИГАН ХАВФ ОМИЛИ <i>Исиргалова С.Н., Сабиров М.А., Султонов Н.Н.</i>	202
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ КАМҚОНЛИК БИЛАН КЕЧГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ <i>Ашурова Н.Г.</i>	206
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ И ДИАГНОСТИКА СТЕАТОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ <i>Пулатова С.Ш.</i>	209
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА <i>Усманходжаева А.А., Высокорева О.Н., Мазина Д.Э., Собирова Г.Н.</i>	212

РАЗНОЕ

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В МЕДИЦИНЕ <i>Аляви А.Л., Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Узоков Ж.К.</i>	217
СЕРОВОДОРОДНЫЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ЛЕЧЕБНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ <i>Халмирзаев Ш., Аляви Б.А., Абдуллаев А.Х., Алиахунова М.Ю., Худайбердиев Х.Ф., Исмаилова А.Б.</i>	224
ИЗУЧЕНИЕ МАТРИКСНЫХ МЕТАЛЛОПРЕИНАЗ 3 И 9 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ДИСФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 <i>Икрамова Ф.А., Камилова У.К.</i>	229
COVID-19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА КАРДИОРЕСПИРАТОР ТИЗИМ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ <i>Ермекбаева А.У., Камилова У.К.</i>	232

ОБЗОРЫ

КАРДИОРЕСПИРАТОР АСОРАТЛАРНИ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ ЎПКА КАСАЛЛИГИДА ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШНИНГ САМАРАЛИ УСУЛЛАРИ <i>Аляви А.Л., Раҳимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Атаходжаева Г.А., Хатамова Д.Т.</i>	237
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

7. Fantuzzi G., Mazzone T. Adipose tissue and atherosclerosis: exploring the connection // *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2007. Vol. 27. №5. P. 996–1003.
8. Van Geenen E.J., Smits M.M., Schreuder T.C. et al. Nonalcoholic fatty liver disease is related to nonalcoholic fatty pancreas disease // *Pancreas.* 2010. Vol. 39. №8. P. 1185–1190.
9. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Метаболический синдром и органы пищеварения. – М.: Анахарсис, 2009.
10. Губергриц Н.Б., Казюлин А.Н. Метаболическая панкреатология. Донецк: Лебедь, 2011.
11. Abhishek M., Megan M., Debaio L. et al. / No nalco-holic fatty pancreas disease // *HPB.* 2007. Vol. 9. P. 312–318.
12. Шифрин О.С. Особенности лечебной тактики у больных хроническим панкреатитом средне-тяжелого течения различной этиологии: автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 2008.
13. Fantuzzi G., Mazzone T. Adipose tissue and atherosclerosis: exploring the connection // *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 2007. Vol. 27(5). P. 996–1003.
14. Mathur A., Zyromski N.J., Pitt H.A. et al. Pancreatic steatosis promotes dissemination and lethality of pancreatic cancer // *J. Am. Coll. Surg.* 2009. Vol. 208(5). P. 989–994.
15. Gullo L., Salizzoni E., Serra C. et al. Can pancreatic steatosis explain the finding of pancreatic hyperenzymemia in subjects with dyslipidemia? // *Pancreas.* 2006. Vol. 33(4). P. 351–353.
16. Hsieh P.S., Chan J.Y., Shyu J.F. et al. Mild portal endotoxaemia induces subacute hepatic inflammation and pancreatic beta-cell dysfunction in rats // *Eur. J. Clin. Invest.* 2008. Vol. 38(9). P. 640–648.
17. Van Green E.J. *Pancreas.* 2010. Vol. 39. P. 1185–1190.
18. Reuss J., Rettenmaier G. Transabdominal ultrasonography in pancreatic diseases // *Schweiz. Med. Wochenschr.* 1993. Vol. 123(21). P. 1049–1058.
19. Opacić M., Rustemović N., Pulaníc R. et al. Percutaneous pancreatography under ultrasonographic guidance // *ActaRadiol.* 1996. Vol. 37(1). P. 75–78.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

УСМАНХОДЖАЕВА А.А., ВЫСОГОРЦЕВА О.Н., МАЗИНОВА Д.Э., СОБИРОВА Г.Н.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

ХУЛОСА

МИОФАСЦИАЛ СИНДРОМДА ОҒРИҚНИНГ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛ КЕЧИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Усманходжаева А.А., Высогорцева О.Н., Мазина Д.Э., Собирова Г.Н.

Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон

Дорсопатияси бор беморларда оғриқ синдроми хусусиятлари таҳлили ўтказилди. Сурункали миофасциал оғриқ синдромининг хусусиятларини даволаш алгоритмини ҳисобга олиш керак. Ўткир оғриқ, марказий ёки периферик таъсир кўрсатадиган мушакларни бўшаштирувчи таъсирга эга ностероид яллиғланишга қарши дорилар, спазмолитиклар, витамин комплексларини 10 кунгача қўллаш, шунингдек, маҳаллий новокаин блокадалари оғриқни енгиллаштирадиган ва ҳаёт сифатини яхшилайдиган вақтинчалик ёки тўлиқ бўлмаган таъсирга эга эди. Акупунктур, терапевтик массаж, шунингдек физиотерапия ёрдамида физиотерапевтик реабилитация манипуляциясини ўтказиш ушбу касалликни даволашда ижобий динамикани сезиларли даражада тезлаштирди.

Калит сўзлар: депрессия, миофасциал оғриқ синдроми, хавотир, сурункали оғриқ, реабилитация.

SUMMARY

CLINICAL AND FUNCTIONAL FEATURES OF THE COURSE OF MYOFASCIAL PAIN SYNDROME

Usmankhodjayeva A.A., Vysogortseva O.N., Mazinova D.E., Sobirova G.N.

Tashkent medical academy, Uzbekistan

The analysis of the features of the pain syndrome in patients with dorsalgia was carried out. The features of chronic myofascial pain syndrome should be taken into account in the treatment algorithm. The use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in patients with acute pain or muscle relaxants of central or peripheral action, as well as antispasmodics, vitamin complexes for up to 10 days, as well as local novocaine blockades, had only a temporary and incomplete effect both relieving pain and improving the quality of life. Conducting physiotherapeutic rehabilitation manipulations using acupuncture, therapeutic massage, as well as physical therapy significantly accelerated the positive dynamics in the treatment of this disease.

Keywords: depression, myofascial pain syndrome, anxiety, chronic pain, rehabilitation.

РЕЗЮМЕ

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Усманходжаева А.А., Высогорцева О.Н., Мазина Д.Э., Собирова Г.Н.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Проведен анализ особенностей болевого синдрома у больных с дорсалгиями. Особенности хронического миофасциального болевого синдрома необходимо учитывать в алгоритме лечения. Применение нестероидных противовоспалительных средств у больных с острой болью или миорелаксантов центрального или периферического действия, а также спазмолитиков, витаминных комплексов курсом до 10 дней, а также проведение местно новокаиновых блокад, оказывало лишь временный и не полный эффект как снимающий боль, так и улучшающий качество жизни. Проведение же физиотерапевтических реабилитационных манипуляций с использованием акупунктурного, лечебного массажа, а также ЛФК существенно ускоряло положительную динамику в лечении данного заболевания.

Ключевые слова: депрессия, миофасциальный болевой синдром, тревога, хроническая боль, реабилитация.

Актуальность. В индустриально развитых странах 84% населения страдает болевыми расстройствами. Самые большие экономические потери связаны с хронической болью, которая отмечается до 38,4% в разных странах [1, 2]. При хронической боли тканевые и структурные изменения являются пусковым фактором, на основе которого в дальнейшем под влиянием центральных алгических систем, социально-психологических условий, бытовой и профессиональной экологии формируется отличное от острой боли патологическое состояние – хроническая боль.

К двум наиболее распространенным формам скелетно-мышечной боли, с которыми сталкиваются неврологи в повседневной практике, относятся фибромиалгия (ФМ) и миофасциальный болевой синдром (МФБС). ФМ – это синдром, характеризующийся хронической мышечно-скелетной болью и наличием пальпируемых болезненных точек (ПБТ). ПБТ – ограниченные области мягкой ткани, болезненные при нажатии с небольшим усилием (менее 4 кг), в остальном никак не отличимые от окружающей здоровой ткани. ФМ обычно развивается в среднем возрасте, но в целом может наблюдаться в любой возрастной категории. Общая распространенность ФМ в клинической популяции варьируется в широких пределах, составляя от 9 до 85% и обычно выше в США (1,1–6,4%) и Европе (1,4–3,7%), несколько ниже в Азии (0,6–3,6%), что, вероятно, отражает культурные различия в восприятии боли и соответствующих жалобах. Распространенность ФМ традиционно выше у женщин (1,0–12,5%), чем у мужчин (0,1–5,1%; соотношение 3:1), что, вероятно, связано с более высокой распространенностью коморбидных психиатрических расстройств у женщин. Кроме того, женщины при одинаковой выраженности симптомов с мужчинами склонны тяжелее переносить болевой синдром. Наиболее широко принятые и применяемые критерии для диагностики ФМ были разработаны и пересмотрены Американским колледжем ревматологии (ACR). Критерии ACR значительно различаются в зависимости от версии. Самое значимое расхождение между критериями 1990 г., где наибольшее внимание уделяется результатам физикального осмо-

тра, и критериями 2010 и 2011 гг., которые делают больший упор на имеющиеся симптомы.

МФБС в отличие от ФМ обычно проявляется регионарным мышечным болевым синдромом, связанным как с нарушениями двигательной, так и чувствительной функций. Определяющая характеристика МБС – это физическое появление миофасциальных триггерных точек (МТТ), представляющих собой чувствительные при пальпации узелки, обнаруживаемые в волокнах скелетной мышцы. Руководство по диагностике триггерных точек, написанное авторами D.G. Simons и J.G. Travell, – это самый часто используемый набор критериев для диагностики МФБС. Согласно этому руководству, диагностические критерии преимущественно основаны на физикальном осмотре и выявлении МТТ.

Значительное сходство между МБС и ФМ представляет серьезную диагностическую сложность и часто приводит к неверному становлению диагноза МФБС в случае ФМ. Неверная диагностика любого из этих состояний приводит к ряду отрицательных последствий, включая назначение ненужных анализов и обследований у разных специалистов, отсутствие уменьшения выраженности симптомов, удлинение времени до постановки диагноза, ненужную фрустрацию пациента и повышение нагрузки на систему здравоохранения. Ранее проведенные исследования показали, что затруднения в дифференциальной диагностике двух указанных состояний объясняются схожестью клинических проявлений МФБС и ФМ, отсутствием надежных дифференциально-диагностических лабораторных исследований, потенциальной коморбидностью ФМ и МФБС и вариабельностью клинических проявлений МФБС по сравнению с ФМ.

В структуре хронической боли дорсалгии – боли в спине – занимают по распространенности второе место после суставных болей. В последнее время претерпели значительные изменения представления об этиологии и механизмах дорсалгий. Было замечено, что дегенеративные изменения позвоночных дисков обнаруживаются у пациентов с болями реже, чем у людей без болевых синдромов, а размеры протрузии диска и степень компрессии корешка не всегда коррелируют с выраженностью

боли [3]. Признано, что ведущей причиной боли в спине, в том числе хронической, являются неспецифические скелетно-мышечные расстройства, которые клинически проявляются МФБС. В основе МФБС лежит сложный патогенетический механизм взаимодействия периферических и центральных звеньев мышечной регуляции, этиология которого нередко остается неуточненной [4, 5]. Дисфункция мышечной ткани чаще всего формируется в условиях избыточного сокращения или перерастяжения мышц, их гиперактивности при форсированном движении, травмах, статическом напряжении при антифизиологических позах, стереотипных нагрузках, рефлекторном мышечном напряжении при заболевании внутренних органов. Кроме того, имеет значение рефлекторная активность мышцы, ее тонус и остаточное мышечное напряжение в покое в связи с мышечной реакцией на дистресс. Под влиянием этих факторов, роль которых возрастает при наличии сопутствующих обменных, эмоциональных и поведенческих расстройств, в толще мышц образуются болезненные узелки – триггерные точки (ТТ), патогномоничные для МФБС [5, 6]. Миофасциальная дисфункция сопутствует таким патологическим состояниям, как фасеточный синдром, дискогенные радикулопатии, остеопороз, тревожно-депрессивные расстройства, психогенные боли, однако часто причинный фактор МФБС установить не удается, что затрудняет диагностику.

В целом МФБС характеризуется хроническим течением, персистирующим болевым синдромом, имеет коморбидность с эмоционально-вегетативными и психосоматическими расстройствами, нарушениями сна, головными болями [7–9].

Таким образом, на современном этапе сложилась полиэтиологическая многомерная концепция хронической боли в спине, которая определяется совокупностью биомеханических, психогенных и социальных патогенетических факторов, а МФБС занимает в ее структуре ведущее место.

Целью работы явился анализ особенностей болевого синдрома у больных с дорсалгиями.

Материалы и методы исследования: Наблюдалась 43 пациента от 24 до 58 лет, средней возраст 41,9±1,2 года, из них 34 женщины, 9 мужчин с подострыми и хроническими болями в спине. Критериями исключения были острые и специфические боли в спине. Всем больным проводилось клиничко-неврологическое обследование, магнитно-резонансная томография (МРТ) и/или компьютерная томография (КТ) позвоночника, скрининговое исследование уровня тревоги и депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Проведено анкетирование с использованием Краткого болевого опросника (КБО) по выборным критериям: интенсивность боли в баллах (максимальная и средняя характеристики), ее влияние на ограничение общей активности, профессиональной деятельности, уровень настроения. Более высокие значения баллов свидетельствовали о более выраженном нарушении этих жизненных

аспектов. Для оценки интенсивности и характера боли у 32 (74,4%) пациентов использовался Мак-Гилловский болевой опросник, где учитывалось количество подчеркнутых слов (индекс числа выделенных дескрипторов), сумма порядковых номеров этих слов (ранговый индекс боли) и оценочная шкала боли. Вычислялись средние значения показателей. Статистическая обработка данных проводилась с использованием критериев Фишера и Стьюдента.

Результаты и обсуждение: На основании данных шкалы HADS были выделены две группы пациентов: I группа – 24 (55,8%) пациента с клинически выраженной тревогой и субклинической депрессией и II группа – 19 (44,2%) пациентов с субклиническими и нормальными значениями тревоги и отсутствием депрессии. Сравнительные показатели тревоги и депрессии пациентов I группы были достоверно выше ($p < 0,001$).

Болевой синдром у 22 (91,7%) пациентов I группы преобладал в верхних отделах спины, а характер их профессиональной деятельности был связан с монотонными статическими нагрузками на мышцы верхней части спины либо с патологическими позными факторами и стереотипными движениями в сочетании с эмоциональным дистрессом. Подавляющее большинство пациентов I группы страдали хронической болью, и лишь 3 (1,2%) из них имели подострый болевой синдром. Развитие боли чаще связывалось с переохлаждениями, эмоциональным и умственным напряжением, реже физическими нагрузками. У 9 (37,5%) пациентов в анамнезе прослеживались психогении в быту и/или на службе, а эмоциональный фактор в дебюте заболевания имелся у большинства из них. В клинической картине заболевания отмечалось несоответствие выраженности болевого синдрома данным неврологического осмотра и нейровизуализации. При нейровизуализации (МРТ, КТ) у 19 (79,1%) определялись минимальные протрузии дисков на уровне шейного и/или грудного, поясничного отделов позвоночника без воздействия на нервные структуры, у остальных 5 (20,8%) описывались признаки остеохондроза.

Дискомфорт в шейном отделе позвоночника нередко сочетался с односторонними головными болями, прозопалгией, трактовавшимися как мигрень, тройничная невралгия, однако характер болевого синдрома, наличие активных ТТ в трапецевидной, ременной, грудино-ключично-сосцевидной, височных, нижней косой мышце головы, жевательной мышце на стороне, соответствующей локализации болевого синдрома, соответствовал критериям цервикогенной головной боли [10]. У больных с «неспецифической жалобой» на боли в шее подвижность в шейном отделе позвоночника была ограничена минимально. Механическая стимуляция триггерных точек приводила к появлению характерного паттерна боли. У 7 (29,1%) пациенток шейная миофасциальная дисфункция сопровождалась ирри-

тацией сосудов вертебробазиллярного бассейна с кохлео-вестибулярными, зрительными (простые фотопсии) и легкими координаторными расстройствами [11].

У 17 (70,8%) больных I группы определялись дизрафии, нестабильность и/или гипермобильность шейных позвоночно-двигательных сегментов, патология СII позвонка, аномалии краниовертебральной зоны – у 4 (16,6%) пациентов в виде базилярной импрессии (БИ), аномалии Киммерле, синдрома Клиппеля–Фейля. Наличие дизрафических стигм или малых ортопедических аномалий в виде сколиоза, кифосколиоза, асимметрии плечевого и тазового пояса в сочетании с аномалиями краниовертебральной зоны приводит к структурно-функциональным несоответствиям в заинтересованных сегментах и, как следствие, развитию мышечного перенапряжения с болевым синдромом [12].

У 4 (16,6%) пациентов болевой синдром соответствовал критериям фибромиалгии [13]. Боли обострялись к концу рабочего дня, при максимальной выраженности ночью и минимальной или умеренной в период занятости и активности. Напряжение, боль в плечелопаточном отделе сочетались с болями в локтевых, лучезапястных суставах с латерализацией суставной боли на стороне более выраженных миофасциальных расстройств. Все пациентки с фибромиалгией имели клинически значимый уровень депрессии и тревоги по шкале HADS, нарушение сна, чаще с затруднением засыпания.

В структуре сопутствующих вегетативных расстройств у 15 (62,5%) пациентов I группы преобладали признаки симпатикотонии с тенденцией к повышенному давлению, тахикардии, наблюдались панические атаки и/или функциональные психосоматические нарушения в виде гипервентиляционного синдрома, синдрома раздраженного кишечника. Эти висцеро-вегетативные расстройства сочетались с астенической симптоматикой в виде раздражительности, утомляемости, сниженной продуктивности в работе, повышенной чувствительности к внешним факторам (запахи, яркий свет, шум, душная обстановка), метеозависимостью, нарушениями сна, дискомфортом в замкнутых пространствах и темноте. Характерологической особенностью 8 (33%) пациентов I группы являлись склонность «определять собственную ценность исключительно в терминах достижений и продуктивности» [14], страх перед неудачей, концентрация на безошибочном выполнении своей работы и ожидание позитивных оценок и одобрений, завышенная требовательность к себе и окружающим. Эти отчетливые черты перфекционизма в его невротической форме сочетались с повышенной тревожностью. Нередко прослеживался конфликт между стремлением к высокой социальной значимости, личному успеху и реальными возможностями реализации этих тенденций, что способствовало формированию тревожно-де-

прессивных и астенических расстройств, хронизации болевого синдрома.

У многих пациентов I группы наблюдалась высокая приверженность к приему анальгетиков, иногда до 2–3 таблеток на разовый прием. Нередко обезболивающие препараты запасались впрок, закупались в избыточном количестве «на всякий случай», «чтобы чувствовать себя защищенной». Зачастую боль трактовалась как показатель опасного заболевания, формировалось тревожное ожидание обострения боли, поведение избегания двигательной активности из-за убеждения ее вреда [15, 16].

У пациентов II группы преобладали боли в поясничном отделе позвоночника в сочетании у 7 (37%) из них с болями шейно-грудной локализации. Миофасциальная дисфункция в нижней части спины сочеталась с радикулопатиями L4-L5, L5-S1 у 5 (26,3%) пациентов. У 1 (5,2%) больного болевой миотонический синдром был связан со стенозом позвоночного канала. У 8 (42,1%) пациентов с односторонней болью в пояснице и ноге определялся функциональный сколиоз, связанный с ипсилатеральным напряжением мышц спины, наличие ТТ в длиннейшей, подвздошно-реберной мышцах и мышцах ягодичной области, механическая стимуляция которых воспроизводила боль и парестезии в ноге при отсутствии признаков компрессии корешка на МРТ.

Степень выраженности болевого синдрома по максимальным и средним показателям в обеих группах была примерно одинаковой и статистически не различалась ($p > 0,05$), но при этом прослеживались достоверные различия показателей степени активности и профессиональной деятельности, которые сохранялись на достаточно высоком уровне у больных I группы ($p < 0,001$, $p < 0,01$ соответственно). Уровень настроения как фактор эмоционального состояния у больных I группы был достоверно ниже ($p < 0,01$).

Лечение и реабилитационные мероприятия строились с учетом особенностей и характеристик болевого синдрома, эмоционального статуса пациентов, основывались на рекомендациях сохранения повседневной активности, выработки позитивных установок на преодоление болей, коррекции болевого поведения [17]. Сочетание хронической боли с коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами обуславливало назначение антидепрессантов, среди которых предпочтение отдавалось препаратам группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. При обострении хронического болевого синдрома эти средства сочетались с коротким курсом миорелаксантов и нестероидных противовоспалительных средств. Проводилась «ступенчатая терапия» инъекций НПВС по 15 мг 1,5 мл в/м №3–5 с учетом более быстрого достижения максимальной плазменной концентрации препарата в инъекционной форме и продолжением терапии в виде ежедневного десятидневного приема та-

блеток НПВС 1 раз/сутки. Выраженный противовоспалительный эффект наблюдался к 5-му дню лечения. Практически у всех больных отмечалась хорошая переносимость препарата, о чем свидетельствовали отсутствие аллергических реакций и отклонений от нормы биохимических показателей крови (креатинин, АЛТ, АСТ, КФК).

Физиотерапия и рефлексотерапия по традиционной методике не давали ожидаемого результата, особенно у пациентов с фибромиалгией. Дезактивация значимых ТТ раствором 2% лидокаина приносила заметное, но не стойкое улучшение, однако сочетание процедуры с умеренными физическими нагрузками, мягким релаксирующим массажем и акупрессурой приводило к заметному регрессу болевого синдрома и улучшению состояния больных. Хорошо зарекомендовали себя также мягкие мануальные и остеопатические техники: постизометрическая релаксация, миофасциальный релиз, клиническая нейродинамика. Напротив, интенсивный массаж, активные, форсированные упражнения чаще всего обостряли боли, что снижало комплаентность к лечению. При сочетании МФБС с корешковыми болями были эффективны паравертебральные блокады с раствором анестетика и дексаметазона 4–8 мг в сочетании с акупунктурой ТТ сухой иглой или растворами Траумеля 2,2 мл, Дискус композитум 2,2 мл в заинтересованных мышцах. Наряду с медикаментозным лечением больным рекомендовались методы активной регуляции мышечного

тонуса, к которым, в частности, относится метод релаксации Джекобсона, доступный для самостоятельного освоения. Пациенты привлекались к занятиям восточными оздоровительными техниками, улучшающими функцию опорно-двигательного аппарата. При признаках болевого поведения, которые включают в себя фиксацию на субъективных ощущениях, тревожное ожидание, страх усиления боли и, как следствие, ограничение движений и активности, пациентам проводилась рациональная психотерапия, призванная создать правильное представление о природе болевых ощущений. Психотерапевтическое лечение приводит к регрессу социально-поведенческих расстройств, обусловленных хронической болью, снижению лекарственной зависимости [18].

Выводы: Результаты нашего исследования свидетельствуют о частом сочетании хронического МФБС с тревожно-депрессивными расстройствами, которые достоверно преобладали у больных с болями шейной, шейно-грудной локализации и фибромиалгией при минимальных неврологических симптомах и отсутствии признаков компрессии невралгических и корешковых структур на МРТ и КТ. Результаты исследования особенностей хронического МФБС необходимо учитывать в алгоритме лечения данной категории больных. Применение НПВС у больных с острой болью или обострением хронической боли в спине продемонстрировало их высокую эффективность и безопасность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В.В., Баринов А.Н., Кукушкин М.Л. Боль: руководство для врачей и студентов / Под ред. Н.Н. Яхно. – М.: Мед-Пресс, 2009. 302 с.
2. Kinkade S. Evaluation and treatment of acute low back pain // *Am Fam Pysician*. 2007; 75: 1181–1188.
3. Jensen M.C. et al. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain // *N Engl J Med*. 1994; 331: 69–73.
4. Воробьева О.В. Цервикальная радикулопатия: диагностика и терапия // *Журнал неврологии и психиатрии*. 2012; №2. С. 2–7.
5. Иваничев Г.А. Миофасциальная боль. Казань, 2007. 392 с.
6. Тревелл Дж. Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. – М.: Медицина, 1989. В 2 т. 608 с.
7. Вознесенская Т. Г. Хроническая боль и депрессия // *Трудный пациент*. 2004; 2:40–42.
8. Данилов А.Б. Психопатология и хроническая боль // *Consilium medicum*. Неврология. 2008; 2: 50–55.
9. Meana M. The meeting of pain and depression: comorbidity in women // *Can J Psychiatry*. 1998; 43:9:893–899.
10. Sjaastad O., Frederiksen T.A., Pfaffengrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria // *Headache*. 1990; 30:725–726.
11. Тянь В.Н., Гойденко В.С. Влияние вертеброгенных факторов на характер цереброваскулярных нарушений в вертебробазиллярной системе // *Мануальная терапия*. 2013; 3:51:36–45.
12. Левит К., Захсе П., Янда В. Мануальная медицина. М.: Медицина; 1993. 510 с.
13. Табеева Г.Р., Азимова Ю.Э. Фибромиалгия: современное понимание патогенеза и новые подходы к лечению // *Боль*. 2007; 4:9–14.
14. Burns D.D. The perfectionist's script for self-defeat // *Psychology today*. 1980; 11:34–52.
15. Голубев В.Л., Данилов А.Б. Психологические установки пациента и переживание боли // *Русский медицинский журнал. Спец. выпуск Болевой синдром*. 2010; 2–6.
16. Turner J.A., Mancl L., Aaron L.A. Pain-related catastrophizing: a daily process study // *Pain*. 2004; 110: 103–111.
17. Waddell G. A new model for the treatment of low-back pain // *Spine*. 1987; 12:632–644.
18. Мелкумова К.А. Когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении хронической боли // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика* 2010; 1:9–13.