

ДОРСАЛГИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ, ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

¹Мирджурев Э.М., ²Джаббаров А.М.,

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей,

²Центральный военный клинический госпиталь Министерства Обороны Республики Узбекистан.

✓ **Резюме,**

Целью исследования было изучение структуры первичных дорсалгий у военнослужащих срочной службы (n = 450). Преобладали боли в поясничной области. Основными факторами появления боли в спине были подъем тяжести и избыточные физические усилия. Наблюдались острые и подострые варианты течения дорсалгией. Среди дорсалгий преобладали рефлекторный и мышечно-тонический синдромы. Приведены подходы к терапии военнослужащих срочной службы с болями в спине.

Ключевые слова: дорсалгия, боль в спине, военнослужащие срочной службы, диагностика, лечение.

DORSALGIA IN MILITARY SERVICEMENS OF URGENT SERVICE, FEATURES OF THE COURSE AND APPROACHES TO THERAPY

¹Mirjuraev E.M., ²Djabbarov A.M.,

¹Tashkent Institute for Advanced Medical Studies,

²Central military clinic hospital of the Ministry of Defense of the Republic of Uzbekistan.

✓ **Resume,**

The aim of the study was to study the structure of primary dorsalgia in military servicemen (n = 450). Lumbar pain prevailed. The main factors behind the occurrence of back pain were weight lifting and excessive physical effort. Acute and subacute variants of the course of dorsalgia were observed. Among dorsalgia, reflex and muscle-tonic syndromes prevailed. The approaches to the treatment of conscripts with back pain are described.

Keywords: dorsalgia, back pain, military servicemen, diagnostics, treatment.

МУДАТЛИ ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРДА ДОРСАЛГИЯЛАР, КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ДАВОЛАШ ЙЎЛЛАРИ

¹Мирджурев Э.М., ²Джаббаров А.М.,

¹Тошкент врачлар малакасини ошириш институти,

²Ўзбекистон Республикаси Мудофаа Вазирлиги Марказий ҳарбий клиник госпитали.

✓ **Резюме,**

Тадқиқотнинг мақсади мудатли ҳарбий хизматчиларда бирламчи дорсалгияни структурасини ўрганиш. Муаллифлар тадқиқоти натижасига кўра бел соҳасидаги оғриқлар энг кўп учраган. Бел соҳасидаги оғриқни пайдо бўлишининг асосий омиллари оғир юк кўтариш ва ортиқча жисмоний ҳаракатлар сабаб қилиб кўрсатилди. Дорсалгиялар кечишида ўткир ва ўткир ости вариантлари кузатилади. Дорсалгиялар орасида рефлекс ва мушак-тоник синдромлари устунлик қилди. Мудатли ҳарбий хизматчилар дорсалгияларининг даволашининг илмий асосланган усуллари таъсирланган.

Калит сўзлар: дорсалгия, бел оғриғи, ҳарбий хизматчилар, диагностика, даволаш.

Актуальность

Боль в спине расценивается как неспецифическая (скелетно-мышечная), если не обнаруживается компрессии спинномозгового корешка (радикулопатия), спинного мозга, корешков конского хвоста, а также нет специфических причин боли: перелома позвонков, опухоли, инфекционного поражения, спондилоартрита или других заболеваний, которые могут приводить к ее развитию [5]. К факторам риска появления дорсалгии относят тяжелый физический труд, частые наклоны туловища, подъем тяжестей, а также сидячий образ жизни, вибрационные воздействия [4].

Распространенность дорсопатий, осложненных болевым синдромом (дорсалгией), по данным экспертов ВОЗ достигла размеров эпидемии, что связано с

возрастающими нагрузками на человека. Многочисленные скрининговые обследования людей трудоспособного возраста показали, что 12-33% испытывали боль в спине (БС) на момент исследования, 22-65% - в течение последнего года и 11-84% - хотя бы один раз в жизни [1].

По классификации Международной ассоциации по изучению боли (IASP) болевой синдром различной этиологии может быть острым, подострым и хроническим: острая боль длится до 6 нед., хроническая - свыше 12 нед.

Актуальность данной проблемы обусловлена масовостью распространения данной формы патологии (в структуре неврологической заболеваемости среди лиц срочной военной службе 85%, им принадлежит второе место после простудных заболеваний 40%),

высокой боевой потери среди личного состава вооруженных сил. Почти 85% военнослужащих срочной службы (ВСС) за период службы испытывали вертеброгенные боли.

Целью нашего исследования было изучение структуры первичного болевого синдрома в спине у военнослужащих срочной службы и уточнение вариантов его течения.

Материал и методы

Критерием включения в исследование было наличие у военнослужащих срочной службы БС на момент обследования. Критерием исключения служил вторичный характер БС (опухоли, инфекции, заболевания внутренних органов, воспалительные спондилопатии).

Было обследовано 450 ВСС обратившихся в поликлинику Центрального военного клинического госпиталя. Всем пациентам проводилось стандартное клинико-неврологическое обследование с оценкой функционального состояния позвоночника (тесты Шобера, Томайера, Отта). Оценивались также характер БС, провоцирующие факторы, минимальная и максимальная длительность, число обращений за медицинской помощью.

Результат и обсуждения

В структуре БС преобладала боль в нижней части спины (51,12%), меньше в шейном отделе (31,12%) и еще меньше в грудном - (17,78%). Основными факторами, провоцирующими появление болевых эпизодов, у ВСС были подъем тяжести (55,56%), избыточные физические усилия (18,89%), занятия спортом (10,67%), длительное пребывание в положении стоя (7,78%), неловкое движение (4,67%), переохлаждение (2,44%).

Среди клинических проявлений у больных ВСС выделяли рефлекторный синдром (61,1%), мышечно-тонический синдром (38,9%) и корешковый синдром (20%).

Рефлекторные синдромы (дорсалгия, дорсопатия, люмбаго и др.) характеризуются локальными болями, как правило - без иррадиации, при этом имеется связь болевых ощущений с положением тела или движением. При осмотре пациента выявляется болезненность в области соответствующего двигательного сегмента (или сегментов), которая провоцируется движением. Возможно усиление болевых ощущений при наклонах в передне-заднем или боковом направлениях.

У больных ВСС с БС выявлены мышечно-связочные нарушения или миофасциальный болевой синдром, который характеризуется локальными болями, обнаруживающимся при пальпации мышц плотного тяжа с зонами повышенной чувствительности, типичным паттерном отраженной боли или чувствительных расстройств, ограничением объема движений. Латентные триггерные точки достоверно чаще выявлялись в паравертебральных мышцах поясничной и

шейной локализации, в грудном отделе обнаруживались в следующих мышцах спины: надостной, круглой, ромбовидной, трапецевидной, поднимающей лопатку,

Боль при корешковом синдроме иррадирует в область, соответствующую иннервации пораженного корешка, в этой зоне могут возникать парестезии. Характерным является наличие симптомов "натяжения корешков" (Ласега, Мацкевича, Вассермана и др.). Наряду с признаками воздействия на корешок могут выявляться локальная дорсалгия, миофасциальные синдромы.

При уточнении течения БС у пациентов ВСС было выявлено, что острое течение болезни было у 91,1% пациентов, у 8,9% было подострое течение, а хронического течения не наблюдалось. Уточнении течения БС у пациентов ВСС представляет не только теоретический, но и практический интерес, что может оптимизировать ведение больных и улучшить прогноз заболевания. В связи с этим в лечении пациентов ВСС с БС необходимо сочетать применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и других лекарственных средств с немедикаментозными методами профилактики обострений [2].

Основными задачами ведения больного с болями в спине являются купирование болей. Лечение должно начинаться в максимально ранние сроки с целью предупреждения хронизации болевого синдрома.

В период обострения следует полностью исключить или ограничить избыточные физические нагрузки. В частности, больному следует избегать наклонов вперед и в стороны, подъема тяжестей, вращение туловища. Также нежелательно пребывание в сидячем положении, Медикаментозная терапия при дорсалгии различной этиологии включает использование НПВП, начиная с первых суток заболевания, что обусловлено их механизмом действия [6]. Сроки применения лекарственных препаратов при лечении больных с СД определяются интенсивностью болевого синдрома, выраженностью клинического эффекта.

При легком и умеренно выраженном болевом синдроме возможно применение пероральных (таблетки, капсулы, порошки) и локальных форм НПВП (мази, кремы, гели). При выраженном болевом синдроме целесообразно применение инъекционных форм НПВС. Противовоспалительное и обезболивающее действие НПВП связано с ингибированием циклооксигеназы и торможением синтеза эйкозаноидов - основных медиаторов болевых и воспалительных синдромов [2].

Учитывая, что у большинства больных имеет место мышечно-тонические нарушения, для лечения данной группы больных целесообразно применение миорелаксантов. Их назначение позволяет значительно повысить эффективность применения анальгетиков и НПВП. Эффективность такого терапевтического подхода была подтверждена в результате серии рандомизированных клинических исследований [10].

При корешковых болевых синдромах целесообразно использовать препараты, улучшающие микроцир-

куляцию, способствующие нормализации метаболизма нервной ткани, в частности, витамины группы В, активаторы тканевого метаболизма [9].

Важным направлением лечения больного с СД является широкое применение немедикаментозных методов лечения. Имеются данные о противоболевой активности применения ультразвука, эффективность лечения повышается при фонофоретическом введении лекарственных препаратов [7].

Применять массаж рекомендуется после стихания острого болевого синдрома, при этом положительный эффект сохраняется на протяжении нескольких месяцев, одновременно следует подключать лечебную гимнастику [3,8].

Следует отметить, что предложенная тактика консервативной терапии болей в спине ВСС у наших больных была высокоэффективной.

Заключение

Таким образом, у военнослужащих срочной службы преобладали боли в поясничной области. Основными факторами появления боли в спине были подъем тяжести и избыточные физические усилия. Наблюдались острое и подострое варианты течения болей в спине. Среди болей в спине преобладали рефлекторный и мышечно-тонический синдромы. В целом отмечена высокая эффективность предложенной терапии ведения пациентов с острой и подострой дорсалгией военнослужащих срочной службы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Данилов А.Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход /А.Б. Данилов, Ал. Б. Данилов. - М.: МЕДпресс-информ, 2014; 568.
2. Насонов Е.Л., Яхно Н.Н., Каратеев А.Е. и др. Общие принципы лечения скелетно-мышечной боли: междисциплинарный консенсус. //Научно-практическая ревматология. 2016; 54(3): 247-65.
3. Cohen S.P., Hooten W.M. Advances in the diagnosis and management of neck pain. // BMJ. 2017 Aug 14; 358: j3221. doi: 10.1136/bmj.j3221
4. Hoy D., Brooks P., Blyth F., Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010 Dec; 24(6): 769-81. doi: 10.1016 /j.berh.2010.10.002.
5. Koes B.W., van Tulder M., Lin C.W., et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. Eur Spine J. 2010 Dec; 19(12): 2075-94. doi: 10.1007/s00586-010-1502-y. Epub 2010 Jul 3.
6. Ojha H.A., Wyrsta N.J., Davenport T.E., et al. Timing of Physical Therapy Initiation for Nonsurgical Management of Musculoskeletal Disorders and Effects on Patient Outcomes: A Systematic Review. // J Orthop Sports Phys Ther. 2016 Feb; 46(2): 56-70. doi: 10.2519/jospt.2016.6138. Epub 2016 Jan 11.
7. Poquet N., Lin C.W., Heymans M.W., et al. Back schools for acute and subacute non-specific low-back pain. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 26; 4: CD008325. doi: 10.1002/14651858.CD008325.pub2.
8. Qaseem A., Wilt T.J., McLean R.M., Forciea M.A. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. // Ann Intern Med. 2017 Apr 4; 166(7): 514-530. doi: 10.7326/M16-2367. Epub 2017 Feb 14.
9. Stochkendahl M.J., Kjaer P., Hartvigsen J., et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. // Eur Spine J. 2018 Jan; 27(1):60-75. doi: 10.1007/s00586- 017-5099-2. Epub 2017 Apr 20.
10. Van Tulder M.W., Touray T., Furlan A. D., Solway S., Bouter L. M. Muscle Relaxants for Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review Within the Framework of the Cochrane Collaboration Spine 2003; 28(17): 1978-1992.

Поступила 09.01. 2020 г.