

ТРАНСДЕРМАЛЬНЫЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ПРЕПАРАТА АЛФЛУТОП В СМЕЖНЫЕ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНЫЕ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРО-МЫШЕЧНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Н.С.Кайшибаев, Г.С. Кайшибаева, Г.П. Хасенова, К.Г. Жумагулова, Р.А. Абдуллаева,
Б.С. Жиенбаева, С.Е. Елшиева

*Кафедра неврологии АГИУВ, НПЦ «Институт неврологии имени Смагула Кайшибаева»,
Центральная Городская Клиническая больница, Республиканский клинический госпиталь инвалидов и участников ВОВ,
г. Алматы, Казахстан*

Болевой синдром в нижней части спины, являясь пятой по распространенности причиной для обращения к врачу, вызывает длительную нетрудоспособность у 90–95% взрослого населения. Главной проблемой в лечении является хроническая боль, которая не всегда коррелирует с патологией структур позвоночника, выявляемой при нейроризуализации [1–3].

В настоящее время основными лекарственными препаратами, а в ряде случаев и единственными лекарственными средствами, применяемыми для лечения болевого синдрома при вертеброгенной патологии остаются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Однако, их применение сопряжено с развитием нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта [4–7], печени [8–10].

Отсутствие на сегодняшний день универсального эффективного метода или препарата, который однозначно доказал бы свою эффективность в терапии хронической боли в спине, определяет поиск новых возможностей для лечения. Одним из таких направлений является применение хондропротекторов. Интерес к этой группе препаратов, как к потенциальным анальгетикам обусловлен их противовоспалительными, обезболивающими свойствами и безопасностью применения. Хорошо изучена эффективность этих средств в лечении патологии суставов [11], тогда как в лечении хронической боли в спине они используются значительно реже [12].

В 2006 году А.Б. Зборовский и Е.Э. Мозговая в статье «Алфлутоп: опыт многолетнего клинического применения» представили обзор имеющихся на сегодняшний день данных, посвященных оценке эффективности и переносимости препарата Алфлутоп, обладающего хондропротективной и противовоспалительной активностью, применявшегося при лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов, в т. ч. в вертеброневрологии. Препарат имел широкий спектр способов введения: внутримышечный, внутрисуставной, периартикулярный, паравертебральный, что позволяло индивидуализировать проводимую им терапию. Эффект развивался к середине курса лечения и сохранялся до 6 месяцев. Алфлутоп характеризовался хорошей переносимостью. Аллергические реакции развивались в единичных случаях, наблюдались кратковременные усиление артралгий и миалгий после введения Алфлутопа, что рассматривалось как следствие интенсификации тканевого кровообращения [13].

В последние годы опубликовано несколько исследований об эффективности инъекционного препарата Алфлутоп при остеоартрозе и болях в спине [14–20].

Алфлутоп (Biotehnos S.A., Румыния) – оригинальный инъекционный препарат, представляющий собой экстракт из четырех морских рыб, который содержит гликозаминогликаны, в том числе гиалуроновую кислоту, хондроитин сульфат, дерматан сульфат, кератан сульфат. Препарат обладает хондропротекторным и противовоспалительным эффектом, регулирует обмен

веществ в хрящевой ткани. Его хондропротекторное действие связано с угнетением активности гиалуронидазы и других ферментов, которые принимают участие в разрушении межклеточного матрикса и нормализации биосинтеза гиалуроновой кислоты и коллагена II типа. Алфлутоп тормозит биосинтез медиаторов воспаления, снижает проницаемость капилляров. Протеогликаны, входящие в его состав, оказывают трофическое действие и обладают замещающим эффектом, достоверно увеличивая показатели магнитно-резонансной томографии (МРТ), гидрофильности, высоты хряща и однородности костной ткани [15]. Весьма важным для нас является анальгезирующее действие препарата, которое, по данным многих авторов, проявляется довольно быстро. В открытом многоцентровом исследовании по оценке эффективности и безопасности препарат Алфлутоп у пациентов с вертеброгенной цервикобрахиальной протемонстрирована его способность снижать выраженность болевого синдрома, увеличивать подвижность в шейном отделе позвоночника и плечевом суставе [16]. В целом, положительный результат отмечен у 82% больных, при этом обезболивающий эффект проявился уже в течение первых 2 нед после начала лечения. В специальном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании по применению препарата Алфлутоп при хронической люмбагоиалгии также была продемонстрирована его высокая эффективность [17]. В этих и других работах по применению препарата Алфлутоп отчетливо продемонстрировано, что наступление обезболивающего эффекта начинается на 2-й неделе терапии [14,15,19,20,21]. Маловероятно, что уменьшение боли в эти сроки связано с восстановлением хрящевой ткани или другими структурными изменениями в тканях позвоночника или сустава.

Таким образом, остается недостаточно ясным вопрос о механизмах обезболивающего эффекта препарата Алфлутоп, который появляется достаточно быстро, сохраняется на протяжении всего курса лечения и после его окончания.

Нами предложен новый метод введения препарата Алфлутоп у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника с целью купирования болевого синдрома, снижения воспалительного процесса в различных структурах позвоночно-двигательного сегмента, улучшения неврологической симптоматики и увеличения объема двигательной активности.

Метод трансдермального электрофореза препарата Алфлутоп в смежные паравертебральные зоны относится к лекарственному электрофорезу, который представляет собой сочетанное, т.е. одновременное, воздействие на организм больного с лечебной целью постоянного тока и лекарственного вещества, поступающего в организм с током через неповрежденные кожные покровы или слизистые оболочки (В.М. Боголюбов, 2007).

Механизм лечебного действия трансдермального

электрофореза препарата Алфлутоп в смежные паравертебральные зоны складывается из влияния на ткани тока и поступающего с ним в организм лекарственного вещества – Алфлутоп (в паравертебральные смежные зоны в дозировке 1,0 мл в 1 раз в сутки в течение 10 дней. Преимущественное активное действие тока в данном методе лекарственного электрофореза влияет на медленное поступление в очень небольших количествах, накопление в кожном депо и затем диффундирование в кровь и лимфоток препарата Алфлутоп.

При назначении препарата Алфлутоп методом лекарственного электрофореза происходит:

- постепенное накопление на ограниченном участке тканей лекарственного вещества в эпидермисе и собственно коже, задержка его там на несколько суток при курсовом применении;

- нахождение препарата Алфлутоп в кожном депо паравертебральных зон оказывает рефлекторно-сегментарное влияние на периферическую нервную систему и внутренние органы. Возможно также и общее рефлекторное действие – ионные рефлексы по А.Е. Щербаку;

-отсутствии побочных действий, имеющих место при введении препарата Алфлутоп внутримышечными инъекциями;

-поступление препарата Алфлутоп в организм в виде ионов, т.е. в активно действующей форме.

Основными показаниями для трансдермального лекарственного электрофореза препарата Алфлутоп в смежные паравертебральные зоны у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника являются местные и регионарные процессы, такие как функциональные вегетативно-сосудистые расстройства и состояния, при которых достаточны микродозы вышеупомянутого препарата [22].

Таблица 1 - Распределение пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в контрольной и основной группах по возрасту и полу (P±m%)

Пациенты	40-50 лет	51-60 лет	61-65 лет	Всего
Контрольная группа				
Женщины	3(5%±2,81)	7(11,7%±4,15)	3(5%±2,81)	13(21,7%±5,32)
Мужчины	4(6,7%±3,23)	9(15%±4,61)	4(6,7%±3,23)	17(28,3%±5,82)
Основная группа				
Женщины	2(3,3%±2,31)	5(8,3%±3,56)	4(6,7%±3,23)	14(23,3%±5,46)
Мужчины	5(8,3%±3,56)	10(16,7%±4,82)	4(6,7%±3,23)	16(26,7%±5,71)
Всего	14(23,3%±5,46)	31(51,7%±6,45)	15(25%±5,59)	60(100%)

Критериями исключения были наличие у пациентов грыж и протрузий межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника, последствий травм и операций поясничного отдела позвоночника, а также возраст пациентов моложе 40 лет и старше 65 лет.

Таблица 2 - Количество МРТ (КТ) и рентгенографических исследований поясничного отдела позвоночника у пациентов в контрольной и основной группах (P±m%)

	Контрольная группа	Основная группа	Всего
МРТ исследование	7(11,7%±4,15)	5(8,3%±3,56)	12(20%±5,16)
КТ исследование	7(11,7%±4,15)	8(13,3%±4,38)	15(25%±5,59)
Рентгенография	16(26,7%±5,71)	17(28,3%±5,82)	33(55%±6,42)
Всего	30(50%±6,45)	30(50%±6,45)	60(100%)

В связи с этим нами проведено клиническое исследование эффективности препарата Алфлутоп у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника методом трансдермального электрофореза в смежные паравертебральные зоны в дозировке 1,0 мл в 1 раз в сутки в течение 10 дней.

Цели исследования:

1. Оценить эффективность препарата «Алфлутоп» методом трансдермальной электроэлиминации в смежные паравертебральные зоны в комплексном лечении пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника.

2. Сравнить результаты терапии в контрольной и основной группах с учетом комплекса медикаментов.

Материалы и методы:

В исследование были включены 60 пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника, которые были разделены на 2 равновеликие группы. В контрольную группу вошли 30 пациентов, которым проводилось общепринятое медикаментозное (НПВП, миорелаксанты, витаминотерапия) и физиолечение, кинезитерапия, массаж поясницы. В основную группу вошли 30 пациентов, которым наряду с вышеуказанным комплексом лечения проводилась физиотерапия методом трансдермального электрофореза препарата Алфлутоп в смежные паравертебральные зоны в дозировке 1,0 мл в 1 раз в сутки в течение 10 дней.

В исследование были включены пациенты от 40 до 65 лет с умеренным или выраженным болевым синдромом (оценка по ВАШ не менее 4 баллов) с длительностью обострения не менее 3 месяцев, у которых хондропротекторы не применялись в течение последних 6 месяцев. В обеих группах все больные были разделены по возрасту и полу, распределение которых было следующим образом (таблица 1).

Для подтверждения диагноза и выявления критерий исключения всем пациентам проводились дополнительные исследования: МРТ (КТ) поясничного отдела позвоночника и рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях (таблица 2).

Результаты и обсуждение:

До лечения всем пациентам в обеих группах проводилось неврологическое обследование. Наиболее часто встречающиеся симптомы и синдромы у

пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в контрольной и основной группах до лечения представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Клинико-неврологическая характеристика симптомов и синдромов у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в контрольной и основной группах до лечения (P±m%)

№ п/п	Симптомы, синдромы	Контрольная группа(n=30)	Основная группа(n=30)
1	Болевой синдром	30 (50%±6,45)	30 (50%±6,45)
2	Дефанс мышц	23 (38,3%±6,28)	24 (40%±6,32)
3	Анталгическая поза	7 (11,7%±4,15)	5 (8,3%±3,56)
4	Сколиоз	12 (20%±5,16)	10 (16,7%±4,82)
5	Болезненность паравертебральных точек	30 (100%)	30 (100%)
6	Иррадиация боли в нижнюю конечность	5 (8,3%±3,56)	4 (6,7%±3,28)
7	Симптомы натяжения нервных стволов	23 (38,3%±6,28)	22 (36,7%±6,22)
8	Снижение или оживление коленных и ахилловых рефлексов	19 (31,7%±6,01)	17 (28,3%±5,82)
9	Чувствительные расстройства	6 (10%±3,87)	7 (11,7%±4,15)

В результате лечения регресс клинико-неврологической симптоматики значительно отличался в основной группе по сравнению с контрольной группой (таблица 4).

Таблица 4 - Клинико-неврологическая характеристика симптомов и синдромов у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в контрольной и основной группах после лечения (P±m%)

№ п/п	Симптомы, синдромы	Контрольная группа		Основная группа	
		После лечения	Регресс	После лечения	Регресс
1	Болевой синдром	15 (25%±5,6)	-15 (25%±5,6)	5 (8,3%±3,56)	-25 (41,7%±6,37)
2	Дефанс мышц	13 (21,7%±5,32)	-10 (16,7%±4,8)	5 (8,3%±3,56)	-19 (31,7%±6,0)
3	Анталгическая поза	2 (3,3%±2,31)	-5 (8,3%±3,56)	-	-5 (8,3%±3,56)
4	Сколиоз	2 (3,3%±2,31)	-10 (16,7%±4,8)	-	-10 (16,7%±4,8)
5	Болезненность паравертебральных точек	15 (25%±5,6)	-15 (25%±5,6)	5 (8,3%±3,56)	-25 (41,7%±6,37)
6	Иррадиация боли в нижнюю конечность	2 (3,3%±2,31)	-3 (5%±2,81)	-	-4 (6,7%±3,23)
7	Симптомы натяжения нервных стволов	15 (25%±5,6)	-8 (13,3%±4,38)	5 (8,3%±3,56)	-17 (28,3%±5,82)
8	Снижение или оживление коленных и ахилловых рефлексов	13 (21,7%±5,32)	-6 (10%±3,87)	5 (8,3%±3,56)	-12 (20%±5,16)
9	Чувствительные расстройства	2 (3,3%±2,31)	-4 (6,7%±3,23)	1 (1,7%±1,67)	-6 (10%±3,87)

Согласно данным, представленным в таблице 5, у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в основной группе отмечался значительный регресс неврологических симптомов и синдромов по сравнению с результатами клинико-неврологического обследования, проведенного в контрольной группе после лечения.

Для оценки двигательной активности поясничного отдела позвоночника и нижних конечностей заполнялся

модифицированный вариант шкалы Вадделя, включающий 4-х балльную оценку (от 0 до 3,0 с общей оценкой от 0 до 30 баллов) десяти показателей: угол сгибания и разгибания поясничного отдела, угол бокового наклона вправо и влево, угол подъема выпрямленных правой и левой ног, напряжение паравертебральных мышц, выраженность сколиоза, способность удерживать на весу обе выпрямленные ноги, усаживание в постели из положения лёжа (Waddel G.) (таблица 5).

Таблица 5 - Шкала оценки двигательной активности поясничного отдела позвоночника и нижних конечностей Вадделя (Waddel G.) у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в контрольной и основной группах до и после лечения

№ п/п	Показатели двигательной активности	До лечения	После лечения
1	Контрольная группа	10,88	14,87
2	Основная группа	11,23	22,53

Согласно данным таблицы 5 показатель по шкале Вадделя в контрольной группе увеличился после лечения приблизительно в 1,4 раза, а уже в основной группе этот показатель увеличился в 2 раза, что свидетельствует о положительном влиянии метода трансдермального электрофореза препарата Алфлутоп в смежные паравертебральные зоны поясничной области.

Для оценки интенсивности болевого синдрома пациентами до и после лечения самостоятельно заполнялись карты визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) в мм. В результате лечения суммарный показатель по шкале ВАШ значительно разнился в контрольной и основной группах (таблица 6).

Таблица 6 - Сравнительная терапевтическая эффективность суммарной оценки у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника в контрольной и основной группах до и после лечения по шкале ВАШ (M±σ)

№ п/п	Группы пациентов	До лечения	После лечения
1	Контрольная группа	85,4±5,13	51,7±7,81
2	Основная группа	87,3±5,41	23,1±6,57

Согласно шкале общего клинического впечатления, которая позволила наглядно оценить результаты лечения в основной группе чаще наблюдался значительный эффект от лечения у 23 пациентов и реже – умеренный у 7 пациентов, в то время как, в контрольной группе чаще наблюдался умеренный эффект от лечения у 15 пациентов, у 7 пациентов - значительный и у 8 - незначительно выраженный эффекты.

Выводы: Полученные результаты подтверждают эффективность и безопасность препарата Алфлутоп в лечении нейро-мышечного болевого синдрома при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника. Они свидетельствуют о том, что метод трансдермального электрофореза препарата Алфлутоп в смежные паравертебральные зоны в дозировке 1,0 мл 1 раз в сутки в течение 10 дней может потенцировать обезболивающий эффект НПВП и способствовать быстрейшему регрессу болевого синдрома. Эти результаты подтверждают данные других исследователей, согласно которым регресс боли в спине на фоне комбинации препарата Алфлутоп и НПВП происходит быстрее, чем на фоне терапии НПВП [11,12]. Особенностью нашего исследования явилось то, что, во-первых, мы показали эффективность препарата Алфлутоп при таком выраженном нейро-мышечном болевом синдроме при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника. Во-вторых, мы обнаружили, что введение препарата Алфлутоп методом трансдермального электрофореза в смежные паравертебральные зоны эффективно воздействует на невропатический компонент боли при вертеброгенной

патологии. В-третьих, показано, что комбинация НПВП и препарата Алфлутоп методом трансдермального электрофореза в смежные паравертебральные зоны способствует более полному проявлению терапевтического потенциала препаратов: способствует регрессу клинико-неврологических симптомов и синдромов, снижению интенсивности болевого синдрома и возможности успешного проведения реабилитационных мероприятий с целью расширения двигательной активности, которые в свою очередь значительно улучшают качество жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вознесенская Т.Г. Боли в спине и конечностях. Болевые синдромы в неврологической практике. Под ред. А.М.Вейна. М.: Медпресс, 1999. - С.217–283.
2. Данилов А.Б. Болевые синдромы. В кн.: Неврология. Национальное руководство. 2009. - С.423–441.
3. Подчуфарова Е.В. Хронические боли в спине: патогенез, диагностика, лечение //РМЖ. 2003; 11 (25). - С.32–37.
4. Hawkey C.J. GUT, 2002, - 50, - suppl. 3, - P.1125-1130
5. Taha A.S. et al., N. Engl J. Med.- 1996.- (334).- P.1435-1439.
6. Agrawal N.M., Van Kerckhove H., Erhardt L.J. and G.S. Geis. Dig Dis Sci,- 1995.- (40).- P.1125-1131.
7. Labeling Guidance Diclofenac Sodium February 1995. www.fda.gov (accessed 8/3/01).
8. Traversa G. et al. BMJ,- 2003.- 327.- P.18-22.
9. Boelsterli U. Drug Saf.- 2002.- 25.- P.633-648.
10. Kumar S. BMJ.- 2003.- 326p.
11. Бадюкин В.В. Значение воспаления в развитии и течении остеоартроза //Cons. Med.- 2009.-№ 11(9).- С.91–95.
12. Гориславец В.А. Структурно-модифицирующая терапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника //Cons. Med.,- 2010.-№ 12(9).- С.62–67.
13. Зборовский А.Б., Мозговая Е.Э. Алфлутоп: опыт многолетнего клинического применения. //Фарматека.- 2006.- № 19.- С.1-5.
14. Гронна Л.Г., Мынзату И. Карасава М. и др. Эффективность алфлутопа у больных деформирующим артрозом //Клин. ревматол.- 1995.- №3.- С.20–22.
15. Коришун Н.И., Марасаев В.В., Баранова Э.Я. и др. Роль воспаления и оценка хондропротективного действия Алфлутопа у больных остеоартрозом по данным магнитно-резонансной томографии коленного сустава // РМЖ.- 2003.- № 11(23).- С.13-20.
16. Левин О.С. и др. Эффективность Алфлутопа при вертеброгенной цервикобрахиалгии (Открытое многоцентровое исследование) //Фарматека. 2008.- № 6.- С.48–54.
17. Левин О.С. Эффективность Алфлутопа при хронической вертеброгенной лумбаишиалгии по данным двойного слепого плацебо-контролируемого исследования //Науч.-практ. ревматол.- 2004.- № 4.- С.80–84.
18. Лукина Г.В., Сигидин Я.А. Опыт применения препарата алфлутоп в лечении остеоартроза //Клин. ревматол.- 1996.- № 4.- С.40–43.
19. Светлова М.С. Игнатъев В.К. Применение алфлутопа в лечении больных остеоартрозом //Клин. мед.- 2004.- № 82 (6).- С.52–55.
20. Ходырев В.Н., Голиков Л.Г. Клиническая эффективность алфлутопа при остеохондрозе позвоночника (12-месячное исследование) //Науч.-практ. неврол.- 2003.- № 3.- С.104.
21. Коришун Н.И., Баранова Э.Я., Парусова Н.И. и др. Алфлутоп в лечении больных остеоартрозом // Российская ревматология.- 1998.- № 2.- С. 26–31.

ТҮЙІН

Омыртқаның бел бөлімінің остеохондрозында нейро - бұлшық еттік қатерлі синдромы бар емделушілерінде жапсарлас паравертебралды зоналарында Алфлутоп препаратының трансдермалды электрофорезі

Омыртқаның бел бөлімінің остеохондрозында нейро - бұлшық еттік қатерлі синдромын емдеуі кезінде алынған нәтижелер Алфлутоп препаратының тиімділігін және қауіпсіздігін растайды. Біздің зерттеуіміздің ерекшелігі жапсарлас паравертебралды зоналарында трансдермалды электрофорез әдісін болып табылады.

Түйін сөздер: остеохондроз, электрофорез.

РЕЗЮМЕ

Трансдермальный электрофорез препарата Алфлутоп в смежные паравертебральные зоны у пациентов с нейро-мышечным болевым синдромом при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника

Полученные результаты подтверждают эффективность и безопасность препарата Алфлутоп в лечении нейро-мышечного болевого синдрома при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника. Особенностью нашего исследования явилось использование

метода трансдермального электрофореза в смежные паравертебральные зоны.

Ключевые слова: остеохондроз, электрофорез.

SUMMARY

The results confirm the effectiveness and safety of the drug in the treatment of Alflutop neuro-muscular pain in osteochondrosis of the lumbar spine. Feature of our study was that, first, we demonstrated the efficacy of the drug in this Alflutop pronounced neuro-muscular pain in osteochondrosis of the lumbar spine. Second, we found that the administration of the drug by transdermal Alflutop electrophoresis adjacent paravertebral zone effective at neuropathic pain component vertebral pathology. Thirdly, it was found that a combination of NSAIDs and transdermal drug Alflutop by electrophoresis in adjacent paravertebral zone enhances the expression of the therapeutic potential of drugs: clinical and promotes regression of neurological symptoms and syndromes, reduce the intensity of pain and the possibility of a successful rehabilitation measures to enhance motor activity, which in turn significantly improves the quality of life for patients.

Keywords: osteochondrosis, electrophoresis.

УДК 616.8-009.7-039.13

РАЗЛИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ БОЛЕВЫХ СИНДРОМАХ ДОРСАЛГИЙ

Умутбаева Г.А.

ГКБ №7 г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Современные теоретические представления, как и многочисленные клинические исследования, побуждают к рассмотрению болевых синдромов как системных заболеваний, требующих соответствующего патогенетического комплексного подхода (Богачева Л.А., 2000; Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., 2002; Алексеев В.В., 2003; Хабиров Ф.А., 2006). В настоящее время все большее признание в неврологии находит психосоматический подход, предполагающий восприятие человека в единстве его биологического и психического начал, и определяющий необходимость применения психокорректирующих методов в лечении заболеваний нервной системы (Вейн А.М., 2001). В настоящий момент исследования показывают, что существует взаимодействие между стрессовыми ситуациями, появлением жалоб на боли и переходом болей в хроническую форму (Осипова В.В., 2001; Croft P.R. et al., 2001; Whyte A.S., Niven C.A., 2001).

Анализ современной литературы показал, что хронические боли в спине значительно ухудшают психоэмоциональное состояние больного и могут привести к возникновению тревожно-депрессивных расстройств.

Чем длительнее и интенсивнее болит тот или иной участок тела, тем сильнее «растормаживается» тот отдел нервной системы, который «контролирует» больной участок. Каждый новый приступ боли протаряет и облегчает дорогу для следующего болевого пароксизма. Срабатывает так называемая «болевая память».

Нарушение баланса между двумя системами в сторону активации ноцицептивной системы или подавления активности антиноцицептивной системы и приводит к развитию хронического болевого синдрома, а возникающий после тканевого повреждения дисбаланс нейромедиаторов «запускает» механизмы патологических пластических процессов в периферической и центральной нервных системах, приводящих к формированию хронических болевых синдромов, при этом ингибирующее

воздействие оказывается серотонинергическими и норадренергическими структурами. Умеренная кратковременная недостаточность серотонинергических структур приводит к развитию тревоги и боли, при длительно существующем дефиците серотонина может развиваться депрессия. Этим объясняется выраженное анальгетическое действие малых доз антидепрессантов при хроническом болевом синдроме и использование блокаторов обратного захвата серотонина, повышающих концентрацию этого нейротрансмиттера в ядрах ретикулярной формации мозгового ствола, из которых исходят нисходящие тормозящие пути, воздействующие на редукцию боли, в частности, при вертеброгенных болевых синдромах, обусловленных такими распространенными на сегодняшний день нозологиями, как остеохондрозы с компрессионно-корешковыми синдромами и грыжами межпозвоночных дисков. Хроническая боль играет важную роль в появлении суицидальных мыслей и попытках самоубийства. По данным отдельных исследований до 50% неонкологических больных с хроническими болевыми синдромами в определенные моменты имели суицидальные тенденции (Benjamin D., Pincus H., 2000; Fisher B.J. et al., 2001). Многие пациенты с хроническими болями страдают от сексуальных проблем (Fillingim R.B., 2000; Leveille S.G. et al., 2005). Нарушения в сексуальной жизни могут способствовать уменьшению взаимной эмоциональной поддержки между больным и его близкими, углублению депрессии (Ambler N. et al., 2001). Хроническая боль в спине снижает качество жизни пациентов: 30% отказываются от трудовой деятельности, 15% становятся дезадаптированными в повседневной жизни (Gureje O., 2001). Выявлено, что снижение качества жизни больных с хронической дорсалгией обусловлено в основном неудовлетворенностью, связанной с ограничениями в повседневной жизни и физической активности, а также необходимостью лечиться (Новик А.А. с соавт., 2000; Зайцев