

## ВЕРТЕБРОГЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Х.М. ОЧИЛОВ, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА, Д.Б. ХОЛМУРОДОВ, С.А. РАЖАБОВ, Н.Ф. ВЯЗИКОВА  
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## БОЛАЛАРДА ВЕРТЕБРОГЕН ОҒРИҚ СИНДРОМИ

Х.М. ОЧИЛОВ, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА, Д.Б. ХОЛМУРОДОВ, С.А. РАЖАБОВ, Н.Ф. ВЯЗИКОВА  
Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

## VEREBRAL PAIN SYNDROME IN CHILDREN

Kh.M. OCHILOV, A.T. DJURABEKOVA, D.B. KHOLMURODOV, S.A. RAJABOV, N.F. VYAZIKOVA  
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

*Адабий татқиқотларга кўра, вертеброген оғриқ синдроми жуда катта диапазонда 8% дан 74% гача ўзгариб туради. Бизнинг мақсадимиз катталар амалётидан фарқли бўлган ВБС ли болалар учун терапевтик тактикани аниқлашдан иборат эди. Терапиянинг самарадорлигини баҳолаш миқдори буйича текширилади. Боланинг ёшига мослаштирилган комплекс даво оғриқни камайтириши ва камайтириши шаклида ижобий натижалар беради.*

**Калим сузлар:** вертеброген оғриқ синдромлари, магнитотерапия, миорелаксантлар, ВАШ шкаласи, МРQ тести.

*According to literary research, vertebral pain syndromes (VPS) vary in a very wide range from 8 to 74%. The aim of our study was to determine the therapeutic tactics for children with VPS, which is different from adult practice. Evaluation of the effectiveness of therapy was monitored on scales. The complex treatment which is adapted to the age of children gives positive results in the form of reduction and relief of pain.*

**Key words:** vertebral pain syndromes, magnetic therapy, muscle relaxants, VAS scale, test MRQ.

**Актуальность.** Спектр причин болей в спине у детей и взрослых различается, ведущая роль в детском возрасте принадлежит врожденным аномалиям развития позвоночника, идиопатическим сколиозам и кифосколиозам (40% в детской популяции), болезни Шейерманна - Мау (8%), ювенильному остеохондрозу [1-4, 10-13]. В последнее время все чаще выявляются врожденные дископатии в сочетании с патологией связочного аппарата позвоночника как фенотипическое проявление наследственной синдромальной патологии соединительной ткани (синдром Эллерса-Данло, недифференцированная дисплазия соединительной ткани). В структуре клинических форм преобладают рефлекторные мышечно-тонические синдромы, реже наблюдаются рефлекторно-компрессионные и компрессионные симптомокомплексы [2-6, 7-11].

К основным компонентам лечения боли в спине относят, в первую очередь, различные ортопедические методики, физиотерапию, рефлексотерапию, фармакотерапию. Однако фармакотерапия и некоторые методики физиотерапевтических процедур имеют возрастные ограничения, что в значительной степени осложняет ведение больных детского возраста [3,4,5].

Несмотря на несомненный интерес к проблеме боли в спине, широких популяционных исследований по распространенности и структуре вертеброгенных болевых синдромов у детей не проводилось, не систематизирован спектр причин, не определена их клиническая значимость, не разработаны алгоритмы диагностики, дифференцированного возраст-зависимого лечения и

реабилитации с позиций мультидисциплинарного подхода. Все перечисленное, таким образом, определяет злободневность изучения различных аспектов болевых синдромов в спине в детском возрасте.

**Цель:** оптимизировать лечебно-диагностическую помощь детям с вертеброгенными болевыми синдромами

**Материалы и методы исследования.** В обследовании приняли участие 100 детей, возраст составил от 10 до 14 лет. Из них выявлены боли в спине у 41 ребенка. Для анализа структуры вертеброгенных болевых синдромов (ВБС) у детей изучены данные комплексного клинико-инструментального обследования (анамнез, клинико-неврологический осмотр, МРТ, рентген), оценка эффективности терапии включала шкалы для определения интенсивности и динамики боли. Терапия ВБС включала в себя медикаментозные и немедикаментозные компоненты.

**Результаты исследования.** Основным принципом лечения болевых вертеброгенных синдромов у детей является комплексный и в то же время индивидуальный и дифференцированный подход. В стационаре мы использовали известные во взрослой практике алгоритмы лечения. Однако при этом учитывали не только причины и характер болевого синдрома, но и возраст пациента.

Обследованные имели хронический болевой синдром с жалобами на боли в спине, что составило 80%. Подострые болевые синдромы (длительность боли от 6 до 12 недель) были выявлены у 7,6% пациентов стационара, и, наконец, острые

болевые синдромы (длительность боли до 6 недель) отмечались у 12,4% пациентов.

Из немедикаментозных методов лечения применялись следующие: физиотерапия, УЗИ с карипаином, магнитотерапия, лазеротерапия, мануальная терапия, рефлексотерапия, лечебная физкультура и массаж, направленные на улучшение трофики тканей, укрепление мышечного корсета с учетом индивидуальных конституциональных особенностей, функциональных возможностей и возраста ребенка. Применялись пассивные и пассивно-активные упражнения с последовательной реализацией активных упражнений с учетом локализации болевого синдрома.

При наличии у пациента мышечно-тонического синдрома назначались *миорелаксанты* (мидокалм). Мидокалм назначался в суточной дозе 2-4 мг\кг\сут (в 3 приема в течение дня) с постепенным наращиванием дозы с интервалом 3-5 дней и постепенной отменой. Курс лечения составлял от 2 недель до 1,5 месяцев.

С целью регресса боли, а также сенсорных, вегетативных симптомов, улучшения вибрационной чувствительности, повышения скорости проведения по нервам назначались *нейровитаминные комплексы* (витамины В6, В12 в\м, нейромультивит). На начальном этапе лечения использовались витамины В6 и В12 в виде раствора в\м через день (чередуя) по 0,02 г пиридоксина и 200 мкг цианокобаламина детям в возрасте 10-14 лет и по 0,05 г пиридоксина и 500 мкг цианокобаламина детям старше 14 лет в течение 2 недель. Затем нейровитаминный комплекс в виде препарата нейромультивит назначался перорально (1 драже содержит 100 мг тиамина, 200 мг пиридоксина, 200 мкг цианокобаламина) в течение 1 месяца. Препараты назначались по 1 драже 2 р\сут детям от 10 до 14 лет и по 1 таб 3 р\сут детям старше 14 лет.

При сопутствующих болевому синдрому тревожных расстройств или неврастении назначались такие *седативные препараты*, как новопассит - детям старше 12 лет по 1 таб 3 р\д или глицин 0,1 по 1 таб под язык 3 р\д курсом на 1 месяц.

*Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)* - применялись в случаях выраженного болевого синдрома и неэффективности указанной выше терапии. При этом использовался неселективный препарат - диклофенак натрия у подростков в виде раствора для инъекций в дозировке 50 мг в\м № 2. У детей младше 14 лет использовался нурофен в возрастной дозировке перорально не более 3 дней.

У всех пациентов эффективность лечения оценивалась с помощью клинических методов (уменьшение или полное купирование болевого синдрома, укрепление мышц спины, улучшение

осанки и походки, увеличение объема движений в позвоночнике, исчезновение нарушений чувствительности и т.д.). У 35 пациентов, из них 23 девочки и 12 мальчиков, помимо клинических, использовался анкетный метод (шкала ВАШ, тест МРQ). Из этих 35 детей большая часть находилась в стационаре с диагнозом ювенильный остеохондроз - 19 пациентов, у 7-и детей отмечался сколиоз, девять детей получали лечение в связи с наличием у них протрузий межпозвонковых дисков как проявления патологии соединительной ткани. Курс лечения во всех случаях составил 1 месяц.

Субъективная оценка степени выраженности болевого синдрома с использованием визуально-аналоговой шкалы и опросника МРQ до и после проведенного курса лечения показала: более высокая оценка по шкале ВАШ или большее количество отмеченных слов по Мак-Гилловскому болевому опроснику указывают на более высокую интенсивность болевого синдрома. Кроме того, большее количество отмеченных слов в 14-19 классах опросника говорят о более выраженном нарушении психоэмоционального состояния пациента. После проведенного курса лечения интенсивность боли уменьшилась, а ее эмоциональная окраска стала менее выраженной. Статистический анализ с использованием критерия Уилкоксона и  $\chi^2$  показал, что значения ВАШ и МРQ до лечения статистически значимо больше, чем после лечения.

Кроме того, была исследована зависимость показателей 14-19 классов МРQ от ВАШ до и после лечения. Выяснилось, что при выраженном болевом синдроме, с оценкой боли по ВАШ 7-10 баллов до лечения, отмечается слабая корреляция между показателями ВАШ и 14-19 классами МРQ и сильная корреляция после лечения. При показателях ВАШ 1-3 балла корреляция отсутствует и при ВАШ 0-1 баллов существует обратная корреляция между этими показателями. Полученные данные показывают, что при выраженном болевом синдроме у ребенка существует прямая зависимость между степенью выраженности боли и уровнем аффективных расстройств. При невысокой субъективной оценке боли (ВАШ 1-3 балла) подобной зависимости нет, а при ВАШ 0-1 балл выявляется обратная зависимость, т.е. при наличии небольшого по интенсивности болевого синдрома имеют место быть достаточно выраженные аффективные расстройства.

За период наблюдения, из всех пациентов с болевыми синдромами в области спины, 16 человек (39%) поступили повторно, в связи с рецидивом болевого синдрома. Однако абсолютно все пациенты отмечали, что при повторном поступлении выраженность боли была значительно меньше, чем при первичной госпитализации.

**Вывод:** среди детей, находившихся на обследовании и лечении в стационаре, чаще наблюдались рефлекторные (мышечно-тонические, нейродистрофические) синдромы. Корешковые боли встречались существенно реже - 19%. Использование адаптированных к детскому возрасту общепринятых во взрослой практике алгоритмов комплексного лечения позволяет достоверно уменьшить выраженность или полностью купировать болевой синдром, нивелировать аффективные расстройства.

#### Литература:

1. Абдуллаева Н. Н. Клинический анализ эпилептических припадков у лиц пожилого возраста //Проблемы биологии и медицины. – 2012. – Т. 1. – С. 9.
2. Арашова Г. А., Мирзаева М. Р. Судорожный синдром с перинатальным поражением нервной системы у детей раннего возраста //Проблемы биологии и медицины. – 2012. – Т. 1. – С. 157.
3. Подчуфарова ЕВ, Яхно НН. Боль в спине. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013. 372 с.
4. Мадякин П. В., Девликамова Ф. И. Болевой синдром как проявление недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей и подростков, занимающихся балетом и художественной гимнастикой //Медицинский альманах. – 2011. – № 1.
5. Очилов Х. М., Джурабекова А. Т., Усмонова Ш. Синдромальная и назологическая структура болей в спине у детей //Биология ва тиббиёт муаммолари. - Problems of biology and medicine. - Проблемы биологии и медицины. – с. 96.
6. Смирнова А.А., Борисова М.Н., Лобов М.А., Лапочкин О.Л., Пантелева М.В. Вертеброгенные болевые синдромы у детей: алгоритмы возрастзависимой терапии. Альманах клинической медицины. 2015, Июнь-июль; 39:97-103.
7. Смирнова А.А., Лапочкин О.Л., Лобов М.А., М.Н. Борисова М.Н.. Структура и комплексная терапия дорсалгий у детей 2014; 11 (1): 82–85
8. Смирнова АА, Лапочкин ОЛ, Лобов МА, Борисова МН. Распространенность и причины болевых синдромов в спине у детей. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014;(1):85–88

9. Уткина Ю. В., Хабиров Ф. А. Патогенетические варианты хронических вертеброгенных болей в спине у детей и подростков //Неврологический вестник им. ВМ Бехтерева. – 2009. – Т. 4. – С. 39-44.

10.Халимова Д. Д. Сравнительная характеристика и эффективность деятельности ВОП в условиях городской поликлиники //Проблемы биологии и медицины. – 2012. – Т. 1. – С. 11.

11.Шостак Н.А., Правдюк Н.Г., Шеметов Д.А. и др. боли в спине в практике врача: методические рекомендации - 3 изд.- М.: МЕДпресс-информ. 2014. 40 с.

12.Alysha J. Taxter, Nancy A. Chauvin, Pamela F. Weiss, Diagnosis and treatment of low back pain in the pediatric population. J/ Phys Sportsmed. 2014 Feb; 42(1): 94–104/

13.Anne Tabard-Fougère, Vincent Pittet et. all. Surface Electromyography in Pediatric Patients with Nonspecific Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. Critical Reviews™ in Physical and Rehabilitation Medicine // Т 28, 2016 № 3/ 203-214 p.

#### ВЕРТЕБРОГЕННЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Х.М. ОЧИЛОВ, А.Т. ДЖУРАБЕКОВА,  
Д.Б. ХОЛМУРОДОВ, С.А. РАЖАБОВ,  
Н.Ф. ВЯЗИКОВА

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

По данным литературного исследования вертеброгенные болевые синдромы (ВБС) варьируют в очень широком диапазоне: от 8 до 74%. Целью нашего исследования было определить лечебную тактику детям с ВБС, отличающуюся от взрослой практики. Оценка эффективности терапии контролировалась по шкалам. Использованное адаптированное к детскому возрасту комплексное лечение, дает положительные результаты в виде уменьшения и купирования болевого синдрома.

**Ключевые слова** вертеброгенные болевые синдромы, магнитотерапия, миорелаксанты, шкала ВАШ, тест MPQ.