

УДК 572.781.42

Т.Н. ЛУКЬЯНЕНКО¹, О.А. ТРУШКО²¹Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь²Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

Фасеточный синдром: междисциплинарное взаимодействие

Боль в области позвоночника является актуальной проблемой современности. На протяжении жизни более 70% населения беспокоит боль в нижней части спины. В настоящее время чаще рассматривается биопсихосоциальная модель развития болевого синдрома в спине. Гиподинамия, высокий индекс массы тела, стрессы, физические нагрузки способствуют возникновению и поддержанию болевого паттерна. Пациенты чаще всего обращаются за медицинской помощью к врачам общей практики, физиотерапевтам, неврологам и травматологам-ортопедам. Хроническая боль способствует значительному снижению качества жизни. В современных классификациях болевой синдром в спине разделяют на три группы: боль, обусловленная патологией (опухоль, травма, инфекция и др), боль, связанная с радикулопатией и неспецифическая скелетно-мышечная боль. Рассматривая анатомические особенности позвоночника, многие авторы уделяют особое внимание позвоночно-двигательному сегменту, состоящему из двух смежных позвонков, межпозвонкового диска и задних фасеточных суставов (ФС). ФС являются единственными синовиальными суставами позвоночника. Нерациональные нагрузки способствуют перенапряжению задних отделов позвоночника, что в свою очередь ведет к развитию остеоартрита ФС с синовииомом, а также постепенному разрушению хряща, околоуставному фиброзу и, как следствие, выраженным болевым ощущениям. Остеоартрит усугубляется при прогрессировании дегенеративных изменений в межпозвонковых дисках. Клинически фасеточный синдром чаще всего проявляется болями в паравертебральной области с одной или двух сторон, при этом боль может иррадиировать в нижнюю конечность, усиливаться при переразгибании позвоночника и снижаться при его сгибании. Боль также

может проявляться в области паха, боковой поверхности бедра, ягодиц. При осмотре обращает на себя внимание спазм мышц, болезненность при прогибе назад и боковых наклонах в сочетании с чувствительностью при пальпации паравертебральных точек. Применение блокад с анестетиками является основной составляющей в диагностике и лечении хронического фасеточного синдрома. Кроме клинического осмотра важную роль играют современные методы визуализации. Основными рентгенологическими признаками остеоартрита фасеточных суставов по Kellgren-Lawrence являются: сужение фасеточной суставной щели, субхондральные кисты, остеофиты, узурация. Наиболее информативными методами визуализации морфологических воспалительных изменений при фасеточном синдроме являются магнитно-резонансная (МРТ) и компьютерная томография соответствующего отдела позвоночника. МРТ позволяет оценить наличие синовиальных кист, отека в области ФС и мягких тканей. Учитывая многофакторность развития болевого синдрома, в лечении используется комбинация медикаментозных и немедикаментозных техник. Применяются лечебные блокады в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами и миорелаксантами, физиотерапия, лечебная физкультура и массажные техники. Имеются данные о значительной эффективности радиочастотной денервации ФС, введении в полость сустава гиалуроновой кислоты с высокой молекулярной массой. Важную роль играют методы психологической коррекции, которые оптимизируют личностные ресурсы и борются с соматическими проявлениями. Таким образом, фасеточный синдром как проявление неспецифической боли в спине требует междисциплинарного подхода в лечении и остается значимой медико-социальной проблемой современной медицины.



МЕЖДУНАРОДНЫЙ
ПИРОГОВСКИЙ ФОРУМ
ТРАВМАТОЛОГОВ-ОРТОПЕДОВ

посвященный 300-летию Российской академии наук

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

ОÔ À

6-7 НОЯБРЯ 2024