



Елена Товажнянская,

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой неврологии №2
Харьковского национального
медицинского университета

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОРСАЛГИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Боль в спине (дорсалгия) — одна из распространенных жалоб, которая приводит пациента на прием к семейному врачу или терапевту. По данным различных эпидемиологических исследований, в течение жизни боли в спине возникают у 70–90% населения, а у 20–25% регистрируются ежегодно. Наиболее часто боли в спине возникают у людей трудоспособного возраста, и такая внезапно появившаяся острая проблема способна стать серьезным препятствием для эффективной работы и активного образа жизни пациентов. Ведь в 20–25% случаев острая боль способна перейти в хроническую (в том числе из-за задействования психогенных механизмов). Следовательно, от того, насколько комплексно и эффективно врач подойдет к решению проблемы острой дорсалгии, зависит будущее пациента.

Дорсалгия определяется как деструктивно-дисфункциональная мышечно-скелетная боль в спине (с возможностью вовлечения корешка или нерва). По происхождению различают:

- вертеброгенную дорсалгию, связанную с патологией позвоночника (дегенеративного, травматического, воспалительного, неопластического характера);
- невертеброгенную дорсалгию, вызванную растяжением связок и мышц, миофасциальным синдромом, фибромиалгией, соматическими заболеваниями, психогенными факторами и др.

Следует помнить, что боль в спине может быть следствием серьезных заболеваний, которые необходимо исключить в первую очередь при курировании пациента с дорсалгией. Это переломы позвонка и/или ребер, онкологические заболевания, воспалительные мышечно-скелетные и невральные поражения, метаболические заболевания костей, заболевания сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, почек, органов малого таза.

Наиболее распространенной является вертеброгенная дорсалгия, связанная с дегенеративно-дистрофическими нарушениями, которые затрагивают межпозвоночные диски с последующим вовлечением тел смежных позвонков, межпозвоночных суставов, связочного аппарата позвоночника и окружающих мышц. Провоцирующими факторами возникновения

Наиболее распространенной является вертеброгенная дорсалгия, связанная с дегенеративно-дистрофическими нарушениями, которые затрагивают межпозвоночные диски с последующим вовлечением тел смежных позвонков, межпозвоночных суставов, связочного аппарата позвоночника и окружающих мышц.

болевых синдромов в спине являются малоподвижный образ жизни, тяжелые статодинамические физические нагрузки, длительное пребывание в сидячем положении или неудобных позах, нарушение осанки, однообразное или скудное питание, избыточная масса тела, курение, хронический стресс и другие.

В настоящее время накапливается все больше данных об отсутствии прямой корреляции между дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника и развитием болевых синдромов. В то же время отечественными и зарубежными исследователями большое значение в возникновении боли отводится нарушению биомеханики позвоночника с развитием перенапряжения отдельных групп мышц. В этих условиях в соответствующих перенапряжению паравертебральных или экстравертебральных мышцах формируются мышечно-тонические нарушения, которые могут приводить к развитию миофасциальной дисфункции с образованием триггерных точек. Длительное время триггерные точки могут находиться в неактивном (латентном) состоянии. Но под влиянием определенных пусковых факторов (переохлаждение, особенно локальное, психоэмоциональное перенапряжение, длительное пребывание в неудобной позе и др.) они активируются и вызывают появление болевого синдрома, локализация которого соответствует области расположения триггерных точек. Для каждой мышцы существует самостоятельный миофасциальный синдром с характерной локализацией боли при раздражении триггерной зоны, которая распространяется за границы проекции мышцы на кожную поверхность. Симптомы поражения периферической нервной системы при этом отсутствуют, за исключением тех случаев, когда напряженные мышцы сжимают нервный ствол и наблюдается формирование туннельных синдромов.

Дорсалгии часто сопровождаются формированием рефлекторных (в 85–90% случаев) или корешковых (10–15% случаев) синдромов. Рефлекторный синдром проявляется возникновением зон



В настоящее время накапливается все больше данных об отсутствии прямой корреляции между дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника и развитием болевых синдромов. В то же время отечественными и зарубежными исследователями большое значение в возникновении боли отводится нарушению биомеханики позвоночника с развитием перенапряжения отдельных групп мышц.

гипертонуса и трофических изменений в мышечной ткани. Рефлекторное напряжение мышц вначале имеет защитный характер, поскольку приводит к иммобилизации пораженного сегмента, однако в дальнейшем становится фактором, поддерживающим боль. Пациент жалуется на постоянную ноющую боль с локализацией в области поражения позвоночника, которая усиливается при резких движениях.

Радикулярная (корешковая) боль характеризуется большей интенсивностью, обычно носит простреливающий характер, иррадирует в конечности, усиливается при физических нагрузках. Провоцирующие факторы, такие как наклон вперед или подъем прямых ног, кашель, чихание, натуживание, приводят к усилению радикулярной боли в результате растяжения корешков. Нередко корешковый синдром сопровождается сегментарным нарушением чувствительности, гипотонией, слабостью в иннервируемых мышцах, снижением рефлексов.

Наиболее часто болевые синдромы развиваются в шейном и поясничном отделах позвоночника и имеют свои клинические проявления. Для люмбаго (поясничный прострел) характерна резкая простреливающая боль в пояснице, которая обычно появляется во время физической нагрузки или при «неудачном» движении. Больной нередко застывает в неудобном положении, попытка пошевелиться



Часто болевые синдромы развиваются в шейном и поясничном отделах позвоночника и имеют свои клинические проявления. Для люмбаго (поясничный прострел) характерна резкая простреливающая боль в пояснице, которая обычно появляется во время физической нагрузки или при «неудачном» движении.

приводит к усилению боли. Во время обследования определяют мышечно-тонический синдром: напряжение мышц спины, как правило — сколиоз, уплощение поясничного лордоза, резкое ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника. Для цервикалгии (боль в шее), цервикобрахиалгии (боль в шее и руке), люмбалгии (боль в спине) и люмбоишиалгии (боль в спине и по задней поверхности ноги) характерна боль после физической нагрузки, неудачного движения, длительного однообразного положения или переохлаждения. Она имеет ноющий характер, усиливается во время движения, при определенных позах и ходьбе. Во время обследования определяют мышечно-тонический синдром, напряжение шейных мышц или мышц пояснично-крестцовой области, ограничение движений в соответствующем отделе позвоночника. Парезы, расстройства чувствительности и выпадение рефлексов, как правило, отсутствуют.

Радикулопатии нижних шейных корешков или поясничных и первого крестцового корешка наблюдаются реже, чем рефлекторные синдромы данных локализаций, и проявляются в виде мышечно-тонического синдрома, чувствительных, рефлекторных и/или двигательных нарушений в зоне иннервации пораженного корешка.

В грудном отделе рефлекторные (торакалгия) и корешковые синдромы встречаются значительно реже, чем в поясничном и шейном отделах, и проявляются болью в грудном отделе, нарушением чувствительности в зоне пораженных торакальных корешков.

Диагностика боли не вызывает затруднения. Для оценки ее выраженности в рутинной практике следует использовать визуально-аналоговую шкалу (ВАШ),

При наличии у больного болевого синдрома в спине в первую очередь необходимо исключить специфические ее причины, такие как врожденные аномалии и деформации, воспалительные заболевания (спондилиты), переломы тел позвонков, первичные и метастатические опухоли.

которая также позволяет оценить динамику болевого синдрома в процессе лечения. Диагностика миофасциальной дисфункции, рефлекторных и корешковых синдромов основывается на клинических данных, данных неврологического обследования (с проведением специфических проб для выявления вовлеченности корешкового аппарата, периферических нервов и определенных рефлекторных мышечно-тонических феноменов) и мануального исследования мышц (пальпация для выявления в мышцах триггерных точек). При наличии у больного болевого синдрома в спине в первую очередь необходимо исключить специфические его причины, такие как врожденные аномалии и деформации, воспалительные заболевания (спондилиты), переломы тел позвонков, первичные и метастатические опухоли. Для этого используют методы визуализации — рентгенографию, КТ или МРТ позвоночника. Проведение радиографических исследований для диагностики неспецифической боли в спине, если нет подозрения на специфическую причину, малоинформативно. Информативным является проведение рентгенографии соответствующего отдела позвоночника с функциональными пробами для выявления функциональных нарушений. КТ или МРТ рекомендуется проводить при подозрении на компрессионно-ишемическую радикулопатию или миелопатию, так как эти методы дают возможность обнаружить грыжу диска, определить ее размеры и локализацию, а также выявить стеноз позвоночного канала.

Боль бывает разная...

Важную роль при составлении алгоритма противоболевой терапии играет определение причины возникновения боли и патофизиологического типа болевого синдрома. С точки зрения патофизиологии боль в спине при миофасциальной дисфункции и рефлекторных синдромах носит преимущественно ноцицептивный характер и связана с раздражением ноцицепторов в наружных слоях поврежденного диска, окружающих его тканях и

спазмированных мышцах в результате выброса провоспалительных соединений в межклеточную жидкость, окружающую ноцицепторы. Присоединение нейропатического компонента болевого синдрома обусловлено повреждением нервных волокон вследствие компрессии, воспаления, отека и ишемии корешка, а также повышением активности нейронов, посылающих импульсацию в спинной мозг и центральную нервную систему, и формированием очага спонтанной электрической активности (центральной сенситизации), обуславливающей стойкость болевого синдрома и его хронизацию.

Однако независимо от типа боли в спине, ее характера (острая или хроническая, ноцицептивная или нейропатическая) запускающим фактором ее возникновения является воспалительная реакция с высвобождением большого количества провоспалительных и альгогенных (болевых) факторов, что вызывает активацию и сенситизацию болевых рецепторов, формирует поток болевой афферентации по восходящим сенсорным путям, приводит к развитию центральной сенситизации на уровне задних рогов и таламуса и истощению нисходящей антиноцицептивной системы. В результате уменьшается тормозное влияние на болевые афферентные стимулы, усиливается и закрепляется болевой синдром, происходит его хронизация.

Правильно лечить — значит лечить комплексно!

Основными задачами лечения пациента с дорсалгией являются максимально полное и быстрое купирование болевого синдрома, предупреждение его хронизации, обеспечение условий для проведения как можно раньше полноценного курса реабилитационных мероприятий, а также профилактика рецидива. В период обострения необходимо исключить чрезмерную физическую нагрузку, подъем тяжестей, ограничить время пребывания в сидячем положении. Специально подобранные упражнения следует подключать как можно раньше по мере регресса болевого синдрома.



Независимо от типа боли в спине, ее характера, запускающим фактором ее возникновения является воспалительная реакция с высвобождением большого количества провоспалительных и альгогенных (болевых) факторов.

Заслуженным базисом консервативного лечения боли в области спины являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). В основе фармакологического действия НПВП лежит их способность подавлять активность циклооксигеназы (ЦОГ), которая является ключевым ферментом метаболизма арахидоновой кислоты — предшественника простагландинов. Уменьшение синтеза простагландинов сопровождается угнетением образования медиаторов отека и воспаления, снижением чувствительности нервных структур к брадикинину, гистамину, оксиду азота, образующимся в тканях при воспалении. Для купирования острой боли в спине наиболее эффективно использование НПВП, которые занимают промежуточное положение в классификации НПВП по принципу селективности ингибирования ЦОГ, так как они обладают в равной степени противовоспалительным и обезболивающим действием. Такие свойства присущи препарату нимесулид (Найз, Dr. REDDY'S). Сочетание выраженного ингибирования ЦОГ с простагландин-депрессивным действием и одномоментного усиления выработки эндогенного эндоморфина и активации физиологической антиноцицептивной системы организма делает Найз одним из более эффективных средств. Преимуществами препарата Найз является быстрое (в течение 15 минут) начало действия, хорошая всасываемость из желудочно-кишечного тракта, достижение максимальной



Заслуженным базисом консервативного лечения боли в области спины являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). В основе фармакологического действия НПВП лежит их способность подавлять активность циклооксигеназы (ЦОГ), которая является ключевым ферментом метаболизма арахидоновой кислоты — предшественника простагландинов.

Потенциальным резервом повышения эффективности лечения боли в спине является применение комплекса витаминов группы В (В₁, В₆, В₁₂). Эффективность поливитаминных комплексов обусловлена взаимодействующим антиноцицептивным и нейротропным действием всех трех витаминов группы В.

концентрации препарата в плазме крови через 1,5–2,5 часа, длительность действия в течение 12 часов.

Потенциальным резервом повышения эффективности лечения боли в спине является применение комплекса витаминов группы В (В₁, В₆, В₁₂). Эффективность поливитаминных комплексов обусловлена взаимодействующим антиноцицептивным и нейротропным действием всех трех витаминов группы В. Экспериментально и клинически доказано, что использование комплекса витаминов группы В способствует торможению ноцицептивной импульсации на уровне задних рогов, ингибированию синтеза и/или действия медиаторов воспаления, активации нисходящих путей антиноцицептивной системы, улучшению метабо-

У пациентов с неспецифической болью в спине более эффективной является комбинированная терапия, включающая НПВП (Найз в дозе 100 мг 2 раза в сутки длительностью до 15 дней) и комплекс витаминов группы В (Нейробион 3,0 мл в/м № 3 через день с последующим переходом на таблетированную терапию по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 20 дней).

лических процессов в нервных волокнах и положительно влияет на процессы регенерации нервов (Franca D. S. et al., 2001; Song X. J., 2003; Reyes-Garcia G. et al., 2004; Wang Z. B. et al., 2005; Hsieh T. C. et al., 2010).

Среди поливитаминных комплексов наиболее перспективным комплексным препаратом является оригинальный препарат Нейробион (Merck KGaA, Германия), который содержит сбалансированную комбинацию нейротропных витаминов группы В в адекватно высоких лечебных дозах. Мета-анализ двойных слепых рандомизированных клинических исследований по оценке

эффективности монотерапии НПВП и комбинированной терапии НПВП + витамины В у пациентов с болью в спине показал, что комбинированная терапия способствует более раннему и выраженному наступлению болеутоляющего действия, что позволяет в ряде случаев снизить дозы и сократить длительность применения НПВП (Rocha Gonza H. I. et al., 2004; Khan T. A. et al., 2008; Mibielli M. A. et al., 2009).

Следовательно, у пациентов с неспецифической болью в спине более эффективной является комбинированная терапия, включающая НПВП (Найз в дозе 100 мг 2 раза в сутки длительностью до 15 дней) и комплекс витаминов группы В (Нейробион 3,0 мл в/м № 3 через день с последующим переходом на таблетированную терапию по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 20 дней). Для усиления противовоспалительного эффекта рекомендуется также использование местно Кеторол геля 2% (Dr. REDDY'S). В состав геля входит кеторолака трометамин (НПВП) и диметилсульфоксид (ДМСО), являющийся и противовоспалительным средством, и эффективным проводником действующего вещества через кожные покровы вглубь тканей. Гель наносят на неповрежденную, сухую, чистую кожу на область максимальной болезненности 3–4 раза в сутки. Длительность использования зависит от показаний и эффективности лечения. В случае недостаточной эффективности проводимой комбинированной противовоспалительной и восстановительной терапии и при подозрении на специфический генез болевого синдрома в спине необходимо больного направить на консультацию к невропатологу или другому специалисту (ревматологу, травматологу, онкологу и др.) для коррекции проводимой терапии.

Таким образом, стратегия комплексной нейротропной, нейрометаболической, противовоспалительной и анальгезирующей фармакотерапии при боли в спине позволяет оптимизировать терапевтические схемы и прогноз данной патологии, а также улучшить качество жизни больных.