

Комбинированные вертеброгенные болевые синдромы: диагностика и лечение

Каждый человек хотя бы раз в жизни испытывал боль в спине. Данное состояние значительно нарушает жизнедеятельность и может приводить к длительной потере трудоспособности. Проблемам диагностики и лечения вертеброгенного болевого синдрома был посвящен доклад заведующего кафедрой нервных болезней Запорожского государственного медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора Александра Анатольевича Козелкина, который прозвучал в рамках IV Национального конгресса неврологов, психиатров и наркологов Украины «Доказательная медицина в неврологии, психиатрии и наркологии. Настоящее и будущее» (3-5 октября, г. Харьков).



А.А. Козелкин

— В США только поясничные боли приводят к ежегодной потере 100 млн рабочих дней и обходятся экономике государства в 15 млрд долларов затрат на различные виды выплат (R. Maciewicz, J. Martin, 1993). Причем прослеживается тенденция к увеличению расходов — с 4,6 млрд долларов в 1977 г. до 11,4 млрд долларов в 1994 г. (данные исследования National Institute of Neurological Disorders and Stroke).

В Украине количество людей, страдающих заболеваниями периферической нервной и костно-мышечной систем, к 1999 г. превысило 5 млн человек (В.А. Берсенева, 2003). Острые боли в спине той или иной интенсивности отмечаются у 80-100% населения. У 20% взрослых наблюдаются периодические, рецидивирующие боли в спине, продолжающиеся три дня и более. Мнение о том, что заболевания позвоночника возникают только в пожилом возрасте, ошибочно. В настоящее время заболевания позвоночного столба все чаще диагностируются у подростков и молодых людей.

Источниками боли в спине могут становиться капсулы суставов, связки и фасции, мышцы, нервные корешки, межпозвоночный диск (нервные окончания обнаружены в наружной трети кольца), позвонки (ноцицепторы обнаружены в надкостнице и в кровеносных сосудах), твердая мозговая оболочка, спинномозговые узлы, периневральная соединительная ткань. Дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника (ДДПП) могут проявляться в виде деформирующего спондилеза, спондилоартроза, остеохондроза, фиброза диска, остеопороза позвоночника, гормональной спондилопатии и их сочетания. Выраженность дегенеративно-дистрофического процесса в позвоночнике не коррелирует с клинической картиной, поэтому его наличие не должно определять ни лечебную тактику, ни экспертные решения.

При дорсалгиях в зависимости от локализации и причины различают следующие основные типы боли: локальная, отраженная, радикулярная и миофасциальная.

Локальная боль может быть связана с любым патологическим процессом, который затрагивает чувствительные окончания нерва или раздражает их. Она часто носит постоянный характер, но может менять свою интенсивность в зависимости от изменения положения тела в пространстве или в связи с движением. Отраженная боль бывает двух типов — боль, которая проецируется от позвоночника в области, лежащие в пределах поясничных и верхних крестцовых дерматомов, и боль, которая проецируется в эти зоны из (от) внутренних органов таза и брюшной полости. Радикулярная боль отличается большей интенсивностью, дистальным (периферическим) распространением, ограничена пределами корешка и условиями, которые ее вызывают. Механизм этой боли заключается в искривлении, растяжении, раздражении и сдавливании корешка спинномозгового нерва. Миофасциальный болевой синдром может проявляться локальной или отраженной болью. Мышечный спазм может быть связан со многими болезненными состояниями позвоночника либо висцеральных органов и иногда обуславливает значительные нарушения нормального положения тела и физиологическую биомеханику движения. Хроническое напряжение мышц может вызвать ноющую, а иногда и судорожную боль.

К структурным повреждениям позвоночника, вызывающим дорсалгию, относятся грыжи пульпозного ядра, стеноз позвоночного канала, дегенерация межпозвоночного диска, мышечно-тонический или миофасциальный синдром. В основе возникновения неврологических проявлений ДДПП лежит

ряд патогенетических конфликтов: дискордикулярный, дисковаскулярный, дискомедулярный, дисковенозный, дисколикворный, дисковегетативный.

Клинически все перечисленные состояния могут проявляться в виде компрессионной радикулопатии, прогрессирование которой может приводить к инвалидизации и ухудшать качество жизни пациентов. Данная патология чаще всего встречается у мужчин старше 40 лет. Она характеризуется появлением боли с распространением по корешковому типу, усиливающейся при повышении внутрибрюшного давления (при кашле, чихании, смехе), что нехарактерно для ущемления корешков в латеральных каналах. Боль в ноге усиливается в вертикальном положении и утихает в горизонтальном в отличие от стеноза корешковых каналов, когда нередко интенсивность боли в ночное время возрастает. У 50% пациентов с патологией межпозвоночного диска отмечается наклон туловища в сторону, исчезающий в положении лежа, что обусловлено сокращением преимущественно поясничной мышцы, хотя достоверная связь между вовлечением в процесс диска, корешком и стороной наклона не доказана. Патогномичным для компрессионной радикулопатии является симптом Ласега. При протрузии межпозвоночного диска сгибание и разгибание в поясничном отделе позвоночника ограничены из-за раздражения твердой мозговой оболочки, что клинически проявляется трудностью при надевании носков и обуви.

У людей пожилого возраста компрессионные механизмы и рефлекторные влияния сопровождаются воспалительным процессом, микроциркуляторными расстройствами и их сочетанием. В 2/3 случаев главным патогенетическим фактором является миофасциальная патология с отраженной болью, которая почти всегда сопутствует спондилогенным неврологическим синдромам.

Для диагностики вертеброгенного болевого синдрома проводится детальное клинико-вертеброневрологическое обследование, включающее оценку степени нарушения вертебральной динамики и степени выраженности болевого синдрома, выявление двигательных, чувствительных, вегетативно-трофических расстройств, определение типа патобиокинетических расстройств (неоптимальный двигательный стереотип, постуральный дисбаланс мышц, гипермобильность, нестабильность и др.), определение признаков вовлечения спинномозговых структур (наличие в анамнезе преходящей слабости в ногах, двухсторонних чувствительных, двигательных, мышечно-дистонических, рефлекторных расстройств), наличие расстройств тазовых органов и др. Рентгенография позвоночника с функциональными пробами позволяет исключить костно-деструктивные изменения, определить косвенные признаки патологии межпозвоночного диска, проявления формирующегося спондилоартроза или спондилеза, исключить спондилолистез. Дополнительными методами исследования могут быть контрастная миелография (при вовлечении спинальных структур), компьютерная томография, магнитнорезонансная томография (МТ), ангиография с исследованием позвоночных и спинномозговых артерий, ультразвуковая доплерография с исследованием вертебробазилярного бассейна с функциональными пробами.

К принципам лечения больных с вертеброгенным болевым синдромом относятся:

1) патогенетическая обоснованность лечебных мероприятий, направленных на купирование болевого синдрома: снятие статических и динамических нагрузок на позвоночный столб, восстановление вертебральной динамики (деблокирование позвоночно-двигательных

сегментов, межпозвоночных суставов, суставов конечностей и дополнительных сочленений), восстановление двигательных (паретических) расстройств, улучшение кровообращения в системе позвоночных и спинномозговых артерий, улучшение микроциркуляции;

2) комплексность лечения (использование различных методов и способов воздействия на вертебральные структуры, периферические паретические нарушения, экстравертебральные очаги и на весь организм в целом);

3) этапность и последовательность лечебных мероприятий в зависимости от выраженности клинических проявлений (степени выраженности болевого синдрома, нарушения вертебральной динамики и периферического пареза) и общего самочувствия больного, вплоть до стойкого улучшения состояния и устранения вертеброневрологических расстройств;

4) преваляирование в лечебно-реабилитационных комплексах немедикаментозных способов лечения (электростимуляция паретических мышц, массаж, лечебная физкультура — ЛФК, кинезиотерапия, тракционное лечение, физиобальнеотерапия, рефлексотерапия и др.);

5) индивидуальность, применяемых лечебных комплексов с учетом психовегетативного статуса пациента, особенностей течения заболевания, наличия соматической патологии и состояния всего организма.

Результативность терапии зависит от того, на каком этапе заболевания она была начата.

При наличии резко выраженном болевом синдроме (III-IV ст. по И.П. Антонову) и резко ограниченной вертебральной динамикой лечение проводится в условиях общего неврологического или вертеброневрологического стационара. В терапевтической тактике преобладают противовоспалительные мероприятия (литические смеси, нестероидные анальгетики, анестетики, транквилизаторы, антидепрессанты, диуретики, миорелаксанты) при ограниченном двигательном режиме, анталгических укладках и снятии динамических и статических нагрузок на опорно-двигательный аппарат. Также применяются препараты, улучшающие спинальное кровообращение.

В качестве обезболивающих средств в неврологической практике наиболее часто используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Как известно, они оказывают не только местное действие, но и косвенно влияют на передачу болевых импульсов. Благодаря использованию НПВП ингибируется циклооксигеназа и синтез простагландинов, оказывается влияние на другие медиаторы воспаления (свободные кислотные радикалы, лизосомальные ферменты, интерлейкины, Р-субстанции, брадикинин, цитокины), клеточные мембраны (повышение вязкости, образование ковалентных связей с метаболитами), возникает антихолинэргическая и альфа-адренергическая блокада, повышается концентрация нейротропных веществ, ослабляющих передачу болевых импульсов (5-НТ, кинуреновой кислоты), происходит активация нисходящих путей, регулирующих болевую чувствительность.

В связи с возможными побочными эффектами при длительном использовании НПВП врачи-неврологи предъявляют к ним следующие требования: безопасность, эффективность и результативность при длительном применении.

В своей практике мы широко используем препарат Ксефокам (лорноксикам). Этот препарат характеризуется высокой противовоспалительной и анальгетической эффективностью, хорошей переносимостью, низкой частотой нежелательных гастроинтестинальных и кардиоваскулярных явлений.

При выраженном болевом синдроме Ксефокам назначается в инъекционной

форме в течение 5-10 дней в дозировке 16 мг/сут, затем препарат применяется в таблетированной форме (16 мг/сут) в течение месяца. Для усиления анальгетического эффекта у таких пациентов может использоваться витаминный комплекс Нейробион в инъекционной форме в течение первых 10-15 дней, затем в таблетированной форме. Немаловажным компонентом лечения является назначение Келтикана, который улучшает процессы ремелинизации. С целью улучшения гемодинамических и трофических процессов пациентам с вертеброгенным болевым синдромом назначается Актвегин в дозировке 1000 мг/сут в течение 7-10 дней, затем 400 мг 2 раза в сутки в течение 1-3 мес.

При умеренно выраженном болевом синдроме (II ст. по И.П. Антонову) и умеренном нарушении вертебральной динамики лечение проводится в условиях специализированных отделений вертеброневрологии или нейрореабилитации. В ограниченном объеме используются анальгетики, сосудистые препараты, антихолинэстеразные препараты, хондропротекторы, витаминотерапия. Широко применяются немедикаментозные методы лечения (мануальная терапия, тракция, игло-рефлексотерапия, массаж, физиобальнеолечение).

При наличии двигательных (паретических) расстройств, слабо выраженном болевом синдроме (I ст. по И.П. Антонову) и незначительном ограничении вертебральной динамики лечение проводится в условиях профилактория, санатория, водо- и грязелечебницы. Преобладают мероприятия, направленные на полное устранение двигательных (паретических) расстройств, патобиомеханических нарушений, укрепление мышечного корсета позвоночника и конечностей (электростимуляция, массаж, МТ, ПИРМ, ЛФК, физиобальнеолечение и др.). Медикаментозная терапия включает препараты, влияющие на микроциркуляцию, антихолинэстеразные препараты, витаминотерапию, хондропротекторы.

Профилактическое лечение проводится в поликлинических отделениях у врача-вертеброневролога. Лечебные мероприятия включают ЛФК, массаж, аутомобилизацию, препараты, способствующие регенерации хрящевой ткани, витаминотерапию и др.

При дискогенных компрессионных радикулопатиях и компрессионно-ишемических радикулопатиях проводятся комплексные, лечебно-реабилитационные мероприятия с использованием медикаментозной терапии, тракционной терапии, кинезиотерапии, рефлексотерапии, электростимуляции паретических мышц, санаторно-курортного лечения).

Некупируемый, резко выраженный болевой синдром, выраженный прогрессирующий атрофический процесс, прогрессирующие паретические расстройства, проявления преходящей миелорадикулопатии свидетельствуют о безуспешности или низкой результативности комплексной терапии и требуют проведения оперативного лечения.

Таким образом, лечение больных с вертеброгенным болевым синдромом должно быть патогенетически обоснованным, с учетом стадии ДДПП, степени выраженности боли и нарушения вертебральной динамики. Использование в комплексном лечении вертеброгенного болевого синдрома нестероидных анальгетиков способствует более быстрому регрессу болевых проявлений и восстановлению вертебральной динамики.

Подготовила Анастасия Лазаренко

3