Невропатическая боль в спине: принципы диагностики и лечения

24 января в Главном военном клиническом госпитале Министерства обороны Украины состоялась встреча Научно-практического общества неврологов г. Киева.

В рамках мероприятия доцент кафедры нервных болезней лечебного факультета, старший научный сотрудник отдела неврологии и клинической нейрофизиологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (РФ), кандидат медицинских наук Алексей Николаевич Баринов подробно остановился на проблеме невропатической боли (НБ) в спине, рассмотрел различные виды болевых ощущений, их патогенетические механизмы и способы лечения.

Центр боли, сотрудником которого является А.Н. Баринов, представляет собой самое старое лечебное учреждение РФ, специализирующееся в данной области, — в 2013 г. центру исполняется 20 лет.

Российский эксперт поделился с украинскими коллегами как клиническими наблюдениями, так и практическими наработками, а также ответил на вопросы, наиболее часто возникающие в связи с ежедневной деятельностью врача, который занимается лечением болевых синдромов.

Можно ли поставить знак равенства между понятиями «ноцицепция» и «боль»?

Боль – это эмоция, связанная или не связанная с повреждением ткани; встречаются боль, связанная с повреждением, повреждение без боли и боль без повреждения. Показательным примером второго варианта может служить поведение боксеров, выигравших поединок: несмотря на наличие множественных повреждений мягких тканей, у них превалируют положительные эмоции, что обеспечивается активацией дофаминергической ветви антиноцицептивной системы (АС); в ряде случаев, когда болевая реакция «перекрывается» чувством ярости, процесс контролируется норадренергической ветвью АС. У религиозных фанатиков, сторонников определенных духовных практик, сознательно наносящих себе телесные увечья, избеганию болевой реакции, вытеснению чувства боли, а в некоторых случаях и трансформации ее в удовольствие способствует повышение активности эндоканнабиноидной системы.

Во врачебной практике чаще встречаются ситуации сочетания повреждения и боли как адекватной на него реакции (ноцицептивной боли). Тяжело подлаются лечению НБ (обусловлена прямым повреждением или патологией соматосенсорной системы) и дисфункциональная, или психогенная, боль (возникает в ответ на индивидуально значимое эмоциональное воздеиствие при недостаточности АС). Острая ноцицептивная боль, классифицируемая как физиологическая, в случае отсутствия или неправильного лечения трансформируется в патологическую - невропатическую или психогенную.

В стандартной терапии острой ноцицептивной боли используются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), наркотические аналгетики, ингибиторы фактора некроза опухоли, ингибиторы интерлейкинов, ингибиторы NF-кВ.

Основным оружием клинициста в борьбе с болью являются НПВП, условно подразделяющиеся на неселективные ингибиторы циклооксигеназы — ЦОГ (диклофенак натрия, кетопрофен, ибупрофен, напроксен и др.), селективные (нимесулид, мелоксикам) и специфические

ингибиторы ЦОГ-2 (коксибы). Первые ассоциируются с повышенным риском осложнений со стороны желудочнокишечного тракта, коксибы — с большей вероятностью сердечно-сосудистых событий; золотой серединой, оптимально сочетающей высокую эффективность и хорошую безопасность, представляются селективные блокаторы ЦОГ-2. Вместе с тем следует подчеркнуть, что хорошая переносимость отмечается только в случае использования терапевтических дозировок данных средств, что требует тщательного врачебного контроля.

Переход физиологической боли в патологическую связан с процессом сенситизации ноцицептивных структур: наблюдается постоянная импульсация из головного и спинного мозга на фоне отсутствия прямого поражения ноцицепторов, возникает НБ. Последняя не выполняет защитной функции, часто имеет хронический и необычный характер (спонтанная, жгучая, стреляющая, ноющая, рвущая, саднящая, усиливающаяся в вечернее и ночное время), возникает в ответ на стимул (например, легкое прикосновение или дуновение воздуха ассоциируется с приступами боли высокой интенсивности). Диагностируется также феномен гипералгезии - как динамической (его симптомы наблюдались у сказочного персонажа – Русалочки, променявшей хвост на ноги: каждое ее движение сопровождалось болезненными ощущениями), так и статической (прослеживался у героини сказки «Принцесса на горошине»). В зоне боли снижается чувствительность, возникают вегетативно-трофические расстройства (примером может служить возникновение синдрома диабетической стопы у больного сахарным диабетом).

В одном из испытаний, оценивавших распространенность алгических синдромов в российской популяции (n=86 923; Н.Н. Яхно и соавт., 2008), установлено, что лидирующие позиции среди причин НБ занимает боль в спине (35%).

При длительно присутствующем воспалении процесс центральной сенситизации в среднем происходит на протяжении 3 мес, при повреждении корешка невропатический болевой синдром развивается остро, в течение нескольких часов. Выделяются белки, усиливающие синаптическую связь (глутамат, субстанция Р и др.), нейроны более тесно взаимодействуют, каждый импульс с периферии усиливается в спинном, головном мозге, как бы «обрастает» каскадом дополнительных импульсов. Описанная нейрональная пластичность лежит в основе НБ.

С помощью каких методов можно диагностировать и лечить НБ?

Заподозрить НБ можно при наличии болезненных ощущений, имеющих четкую нейроанатомическую зону распространения, на фоне предполагаемого поражения соматосенсорной нервной системы; высока вероятность НБ в случае сочетания со снижением различных видов чувствительности — температурной, вибрационной и др.

Для верификации диагноза необходимо подтверждение соматосенсорных афферентов нейрофизиологическими (данными электронейромиографии и др.), морфологическими (биопсия нерва, кожи, ультразвуковое исследование и др.) и нейровизуализируюими методами.

В европейских рекомендациях по лечению НБ в качестве препаратов 1-й линии указаны антидепрессанты и антиконвульсанты, в случае их неэффективности можно использовать капсаицин (в виде крема или пластыря), опиоиды и вальпроаты (в силу высокого риска лекарственной зависимости две последние группы препаратов применяются как терапия отчаяния). Необходимым условием в купировании хронической боли представляется повышение тонуса АС.

Если боль не связана с поражением AC, показаны антиконвульсанты, воздействующие на электрическую активность нейронов (натриевые, хлорные, калиевые и кальциевые каналы).

Отсутствие эффекта от терапии антидепрессантами и антиконвульсантами должно натолкнуть врача на мысль о психогенной боли.

Какую боль обозначают термином «психогенная»?

Болевое расстройство, связанное с психологическими факторами, играющими основную роль в возникновении, тяжести, сохранении и усилении боли, на фоне отсутствия / малой значимости соматической патологии определяют как психогенную боль.

Патологическое болевое поведение трактуют как совокупность вербальных, мимических, жестикуляционных проявлений, особенностей положения тела, призванных акцентировать наличие болевого синдрома при отсутствии его органического субстрата.

Отсутствие повреждения ткани и патологических изменений по данным нейрофизиологических и нейровизуализационных методов исследования в сочетании с патологическим болевым поведением позволяет констатировать наличие именно этого варианта боли.

Существуют ли различия в эффективности стратегий преодоления боли?

Выделяют неадаптивные (болезнь-ориентированные), адаптированные (ориентированные на здоровье) и нейтральные стратегии преодоления. Нерациональными представляются защита (снижение физических нагрузок по причине боязни боли), отдых (доминирование его над повседневной активностью), обращение за помощью (перекладывание обязанностей покупки лекарственных средств, продуктов и др. на родственников, друзей);



А.Н. Баринов

определенный положительный эффект оказывают нейтральные методики, в частности обращение за поддержкой (доверительный разговор с близкими людьми). Оптимальны самоубеждение («напоминаю себе, что многие чувствуют себя еще хуже»), сохранение активности («не позволяю боли нарушить мои планы») и выполнение физических упражнений (не менее 1 мин в день).

Эффективность адаптивных стратегий преодоления выше в случае хронических болевых синдромов.

Какие причины чаще всего вызывают хроническую боль?

Лидирующие позиции занимает патология суставов, 2-е место (как и в структуре причин острой боли) принадлежит боли в спине. Вопреки распространенному мнению о значимости дегенеративных изменений позвоночника, в том числе и рентгенологически подтвержденных, многие пожилые люди не отмечают болезненных ощущений, тогда как молодые пациенты предъявляют жалобы на миофасциальные боли и дисфункцию суставов позвоночника; в ряде случаев установить, какое поражение первично — мышечное или суставное, — невозможно.

Доля неспецифической боли в спине, обусловленной миофасциальными нарушениями или дисфункцией (обратимым блокированием) межпозвонкового сустава с рефлекторными синдромами, составляет 90%.

Одним из возможных механизмов возникновения неспецифической боли в спине является трансформация концентрических (физиологических) мышечных сокращений в эксцентрические (патологические), при которых внешняя сила воздействия на мышцу больше силы, производимой самой мышцей, и наблюдается пролонгированное сокращение мышцы (запускается каскад биохимических реакций, приводящий к высвобождению медиаторов воспаления и возникновению болевого синдрома).

Всегда ли достаточен противоболевой эффект НПВП?

К сожалению, не во всех случаях назначение НПВП обеспечивает купирование болевого синдрома. Согласно данным исследования IMPROVE, максимальное количество пациентов, успешно завершивших лечение (не нуждавшихся в замене НПВП), зарегистрировано в группе приема мелоксикама — 66.8% (для сравнения: на фоне использования целекоксиба — 62%, диклофенака — 42.4%, напроксена — 40.8%).

32 № 11-12 (312-313) • Червень 2013 р.

НЕВРОЛОГІЯ

на підставі досвіду

Данное явление можно объяснить возникновением порочного круга «боль \rightarrow мышечный спазм → боль» (раздражение болевых рецепторов передается на задние рога спинного мозга, потом по у-петле - на передние рога, что вызывает мышечный спазм, ишемию и еще большее раздражение ноцицепторов).

Потенциация мышечного спазма наблюдается на фоне повышенной тревожности, подавленности, депрессии.

Устранить мышечно-тонический синдром на ранних стадиях позволяет применение миорелаксантов (толперизона, тизанидина, баклофена), флупиртина.

Каковы исходы длительно существующего мышечно-тонического синдрома?

В толще спазмированной и ишемизированной мышцы могут возникать триггерные точки (клинически это проявляется иррадиацией боли в иных анатомических областях при надавливании на эти точки), возникает миофасциальный синдром. Ввиду недостаточного кровоснабжения этих зон для купирования болевого синдрома необходимо выполнять блокады с анестетиками, НПВП, ботулотоксином А. кортикостероидами. Следует помнить, что триггерные точки могут локализоваться не только в мышцах, но и в суставах - дегенеративно измененных фасеточных суставах (на фоне остеоартроза), гипермобильных либо подвергшихся механической блокаде.

Какие методы используются в лечении фасеточного синдрома?

Если выявляются блоки в двигательных сегментах, показана мануальная терапия; вместе с тем первоочередным признано назначение лекарственных средств: НПВП, блокады с использованием анестетиков и кортикостероидов, хондропротекторов, а также применяется денервация (под контролем рентгенографии выполняют блокаду с целью установления причинного сустава, после чего в него вводится игла, соединенная с источником сверхчастотного электрического поля, за 90 с разрушается возвратный нерв Люшка; процедура избавляет пациента от боли на 2-3 года и предполагает назначение хондропротекторов или НПВП с хондропротекторным влиянием, в частности мелоксикама).

Мелоксикам (Мовалис) в терапевтических дозах не влияет на продукцию интерлейкина-1 в культуре хондроцитов, замедляет их апоптоз, подавляет синтез матриксных металлопротеиназ, стимулирует синтез протеогликанов гиалинового хряща (Rainsford et al., 1997, 1999; Sadowski et al., 2001).

Отличаются ли подходы к терапии острой боли в спине?

Рекомендованы и имеют уровень доказательности НПВП, миорелаксанты и сохранение физической активности, умеренный – мануальная терапия, низкий – акупунктура; не рекомендуются постельный режим, тракции, специфическая программа ЛФК (последняя целесообразна только после купирования боли); не доказана эффективность массажа, физиотерапии, ношения пояса, антидепрессантов, эпидурального введения кортикостероидов.

Какими критериями следчет риководствоваться клиницисти при выборе НПВП?

В первую очередь необходимо учитывать эффективность и безопасность лекарственного средства. Согласно данным В.В. Алексеева и Е.В. Подчуфарова (2004), частота побочных реакций на фоне терапии Мовалисом не превышает 5% (регистрируются головная, абдоминальная боль, диарея, диспепсия, сухость во рту), препарат характеризуется крайне малой вероятностью возникновения случаев гепатотоксичности (около 0, Sanchez-Matienzo et al., 2006) и острого поражения почек.

На что следует обращать особое внимание при обследовании пациента с болью в спине?

Так называемыми красными флагами являются дебют боли в возрасте до 20 и после 55 лет, несоответствие и отсутствие взаимосвязи интенсивности боли и изменения положения тела в пространстве, сочетание с лихорадкой и/или резким снижением массы тела. Как правило, перечисленные проявления ассоциируются со специфическими причинами боли в спине (патологией межпозвоночного диска с рефлекторными и компрессионными синдромами, метаболическими нарушениями (остеопорозом), ревматической патологией, опухолевыми процессами).

Что касается медиальной межпозвоночной грыжи, то часто она не вызывает клинической симптоматики, хирургическое лечение не является обязательным; латеральная грыжа диска обусловливает НБ – как за счет компрессии, так и за счет аутоиммунной агрессии.

Какие принципы лежат в основе терапии болевых синдромов?

Лечение пациентов с болью предполагает использование симптоматических средств (с целью уменьшения боли и улучшения качества жизни показаны НПВП, миорелаксанты, антидепрессанты, антиконвульсанты, глюкокортикоиды), этиотропную терапию (устранение причины) и патогенетическое влияние (восстановление нормальной афферентации путем назначения антиоксидантов, витаминов, антихолинэстеразных средств).

К абсолютным показаниям к хирургическому лечению при компрессионной радикулопатии относят тазовые нарушения, парез иннервируемых пораженным корешком мышц (синдром конского хвоста), к относительным - отсутствие успеха консервативного лечения длительностью 3 мес и больше. Если грыжа не секвестрирована и имеет размер менее 6 мм, можно прибегнуть к миниинвазивным методам - лазерной вапоризации диска, холодноплазменной абляции, аннулопластике. Для восстановления нервного корешка и устранения онемения, ощущения слабости в конечностях рекомендуются комплексы витаминов группы В.

Обязательными компонентами поведенческой терапии являются психотерапия и ЛФК (повышение физической активности, изменение социального подкрепления болевого поведения, контроль приема аналгетиков (не по интенсивности, а по часам), обучение навыкам ведения дневника, коррекция представления о природе болевого синдрома).

Следует подчеркнуть, что часто использующийся в случае болевых синдромов на фоне радикулопатии такой метод коррекции, как плавание, оказывает благотворное влияние только при условии соблюдения правильной техники - опускании головы в воду. Когда голова удерживается над водой, возникает гипертонус мышц – разгибателей шеи, мышц – разгибателей спины, повышается нагрузка на фасеточные суставы, нарушается кровоток в позвоночных артериях.

Подготовила Ольга Радучич



Міністерство Охорони здоров

ська Асоціація боротьби з інсуль ій Експертний Центр МОЗ Укра нальна академія післяди



до Всесвітнього дня боротьби з інсультом



Інформаційно-освітній тиждень СТОП ІНСУЛЬТ – 2013

маційно-освітній захід

2013

з 1 по 29 жовтня - до Всесвітнього дня боротьби з інсультом заходи для населення 2-6 жовтня – тренінг для фахівців «Ерготерапія в нейрореабілітації. Курс 1» ПРОГРАМА ТИЖНЯ

м. Київ, НМАПО

Академія

Інсульту

НАУКОВО-ОСВІТНІЙ ФОРУМ

Для фахівців

АКАДЕМІЯ ІНСУЛЬТУ 7 листопада

- Стандарти надання та індикатори якості медичної допомоги при інсульті:
- уніфіковані клінічні протоколи лікування геморагічного інсульт
- Школи для неврологів: «Інсульт і атеросклероз «Інсульт та артеріальна гіпертензія
- Арт сесія «Стоп інсульт»

Э БХФЗ

стоп інсульт 8 листопада

- Спеціалізована освітня програма «Стоп інсульт» для лікарів екстреної медично
- Засідання фахових Клубів: Клуб фахівців тромболізису
- неврології: діагностичні шкали та доказові

• Школи об'єктивної

методи діагностики в інсультології

освітня сесія 9 листопада

Позапрограмна

• Семінар-тренінг «Локальний протокол лікування інсульту в медичному закладі: розробка, затвердження та впровадження»

проводиться за підтримки департаменту стандартизації Державного експертного центру МОЗ України









ПРАКТИКУЮЧИЇ



Abbott





ARTERIUM

ANTEKA **ЧАСОПИС** ЛПКАР Оргкомітет: ел.пошта: office@uabi.org.ua, тел./факс +38 (044) 5305489 Координатор Проекту Марина Віталіївна Гуляєва, контактний телефон +38 (067) 4655661, mgulyaveva@gmail.com

Інформація щодо участі

www.uabi.org.ua

AHOHC

Міністерство охорони здоров'я України Національна академія медичних наук України ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України» ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України» Українська гастроентерологічна асоціація

Науково-практична конференція з міжнародною участю

VI Український гастроентерологічний тиждень

18-19 вересня, м. Полтава

Місце проведення: КП «Палац дозвілля «Листопад» (вул. Жовтнева, 58).

Напрями та дискутабельні питання

- Епідеміологічні та популяційні аспекти хвороб органів травлення
- Новітні дослідження в галузі патогенезу хвороб органів травлення
- Сучасні методи діагностики хвороб органів травлення
- Вікові аспекти хвороб органів травлення • Сучасні методи медикаментозного
- та немедикаментозного лікування в гастроентерології • Особливості ведення пацієнтів
- із захворюваннями органів травлення на тлі коморбідної патології
- Медикаментозні ураження органів травлення
- Первинна та вторинна профілактика хвороб органів травлення
- Питання медичної та соціальної реабілітації хворих із патологією органів травлення
- Невирішені питання дитячої та підліткової гастроентерології
- Актуальні питання дієтології та раціонального харчування
- Експериментальна гастроентерологія і гепатологія

Оргкомітет

Скрипник І.М. (заявка усної доповіді): тел./факс: +38 (05322) 2-56-07; моб. тел.: +38 (050) 597-49-08; E-mail: scrin69@yandex.ru **Гопко О.Ф.** (заявка стендової доповіді): тел.: +38 (05322) 2-28-20; моб. тел.: +38 (097) 512-26-76; E-mail: AlGopko@yandex.ru **Данильченко С.І.** (питання щодо публікації): тел.: +38 (05322)7-22-96; моб. тел.: +38 (095) 691-50-32; E-mail: svetlana_danilch@mail.ru **Ольшанська А.** (організаційні питання): тел.: +38 (044) 520-27-27; моб. тел.: +38 (067) 446-68-11; E-mail: org@gastroukr.org

www.health-ua.com