

Современные подходы к терапии мышечно-скелетной боли

В рамках XV Международной конференции «Основные направления фармакотерапии в неврологии», проходившей 23-26 апреля в г. Судак (АР Крым), состоялся мастер-класс «Прикладная кинезитерапия». В мероприятии приняли участие ведущие украинские специалисты, которые рассмотрели актуальные вопросы лечения мышечной боли.

Кинезитерапия представляет собой одну из форм лечебной физкультуры, когда конкретный терапевтический результат достигается за счет выполнения активных и пассивных движений, определенных упражнений лечебной гимнастики. Данный подход более эффективен при использовании ряда фармакологических препаратов.



Заведующая кафедрой рефлексотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования, председатель Харьковского научно-практического медицинского общества рефлексотерапевтов, доктор медицинских наук, профессор Ольга Григорьевна Морозова представила современный взгляд на проблему миофасциальной боли. Так как в теле человека имеется более 600 скелетных мышц, общая масса которых составляет до 40% массы тела, болевые синдромы в спине могут быть разделены на 3 группы:

- неспецифические (мышечно-скелетные);
- радикулопатии и стеноз (радикуломиелопатии);
- боли в спине, связанные с тяжелой патологией (так называемые красные флаги).

Согласно современным статистическим данным, 85% дорсалгий составляет мышечно-скелетная (миофасциальная) боль. К дорсалгиям относят рефлекторные болевые синдромы и синдромы, связанные с формированием триггерных точек в фасциях и мышцах. Термин «миофасциальная боль», по данным Международной ассоциации по изучению боли (IASP), применяется как в широком значении (в него включаются все виды мышечной боли), так и в узком (облигатно выявляются в мышцах триггерные зоны, или триггерные точки – ТТ). Миофасциальный болевой синдром (МБФС) представляет собой хроническую боль, которая возникает от одной или нескольких ТТ, расположенных в одной или нескольких мышцах. В соответствии с классификацией IASP (1994), в классе локальных болевых синдромов также употребляется термин «синдром триггерной точки». Миофасциальная дисфункция представляет собой нарушение функции той или иной мышцы, которое обусловлено ее перегрузкой и проявляется мышечным спазмом, наличием в напряженных мышцах локальных гипертонусов и ТТ. Рассматривая упомянутые состояния в динамике, можно говорить о том, что рефлекторный мышечно-тонический синдром в условиях хронизации спазма приводит к возникновению ТТ и развитию МБФС и при отсутствии лечения – к последующему развитию миофасциальной дисфункции.

Профессор О.Г. Морозова напомнила, что существуют активные (болезненные без раздражения), а также латентные (болезненные только при пальпации, но способные ограничивать движения) ТТ. Формирование ТТ происходит в мышцах, фасциях, связках, надкостнице; размер колеблется от 2 до 5 мм. Главной особенностью миофасциальной боли является ее локализация – боль возникает на отдалении от ТТ или даже самой мышцы, в которой она возникла.

Болезненный мышечный спазм является важным патогенетическим механизмом дорсалгии. Нарушение движения, спазм приводят к спазму сосудов, развитию локальной ишемии и гипоксии, вазогенному отеку тканей, нейротоксическим и нейродистрофическим изменениям. Эти явления обуславливают возникновение болевого синдрома и рефлекторной гиперактивности проводящих путей.

Лечение болевого синдрома, связанного с миофасциальной дисфункцией, в остром периоде требует также уменьшения воздействия первоначального патогенного фактора. Устранение причин, вызывающих боль, является также средством профилактики развития мышечно-скелетной боли в будущем. Общие принципы лечения миофасциальной боли включают в себя сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов, ликвидацию ТТ, адекватную аналгезию, нейрометаболическую терапию, коррекцию неоптимального двигательного стереотипа, а также вегетативных и эмоциональных нарушений.

В частности, сроки терапии существенно снижаются при быстром и эффективном обезболивании пациента. Общепризнанным для лечения острых скелетно-мышечных болевых синдромов является обезболивание с помощью нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), механизм действия которых заключается в ингибировании циклооксигеназы. Данные лекарственные средства отличаются высокой аналгетической активностью и коротким периодом полувыведения. В частности, известна высокая эффективность применения Ксефокама (лорноксикама), отличающегося хорошей биодоступностью. Аналгетические свойства данного препарата

связаны с мощным ингибированием ЦОГ-2, а также торможением образования интерлейкина-6 и синтеза индубельного оксида азота. Кроме того, Ксефокам стимулирует выработку эндогенных динорфинов и эндорфинов, что способствует физиологической активации антиноцицептивной системы.

Опыт лечения миофасциальной дисфункции показывает целесообразность воздействия на метаболизм мышц. Поскольку в спазмированных мышечных волокнах изменяется перфузия и автоматически возникает гипоксия, сопровождающаяся выбросом медиаторов воспаления и активацией болевых рецепторов, медикаментозное лечение должно быть направлено и на это звено. В дальнейшем серия патофизиологических процессов может приводить к перерождению мышцы – все эти процессы в совокупности обуславливают хронизацию миофасциальной дисфункции и являются причиной периодического обострения болевого синдрома.

По мнению профессора О.Г. Морозовой, по фармакологическим эффектам препарат Актювегин может считаться идеальным средством для улучшения метаболизма напряженной мышцы и профилактики дегенеративно-дистрофических процессов. Данный препарат активизирует клеточный метаболизм путем накопления глюкозы и кислорода, увеличения их транспорта, что, в свою очередь, приводит к ускорению метаболизма АТФ и повышению энергетических ресурсов клетки. В условиях, ограничивающих нормальные функции метаболизма энергии (в частности, при гипоксии, а также повышенном потреблении энергии поврежденными тканями), Актювегин стимулирует энергетические процессы функционального метаболизма и анаболизма; вторичным эффектом препарата является усиление кровоснабжения ткани. В результате воздействия лекарственного средства в клеточных структурах повышается образование высокоэнергетических фосфатов, ускоряется синтез углеводов и белков, а также распад продуктов анаэробного гликолиза (лактата). Улучшение кровотока в системе микроциркуляции под действием Актювегина связано в том числе со снижением периферического сосудистого сопротивления, что имеет важное значение при миофасциальной дисфункции. Назначение препарата рекомендуется при наличии у пациента вторичных невропатических синдромов, вызванных сдавливанием напряженной мышцы. Благодаря различным лекарственным формам возможно обеспечение ступенчатой терапии, с постепенным переходом с инъекционной формы введения препарата (в острую фазу заболевания) на таблетированную. Курс лечения, применяемый на кафедре рефлексотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования, предполагает введение Актювегина внутривенно струйно в дозе 400 мг в течение 7-10 дней с последующим переходом на амбулаторный пероральный прием препарата по 200 мг 3 раза в сутки в течение последующих 1-3 мес.

С учетом того, что в патологическом процессе задействована нервная система, в составе патогенетического лечения должен рассматриваться вопрос и о назначении нейрометаболической терапии, направленной на восстановление миелиновой оболочки, улучшение метаболизма нейронов и проведения нервно-мышечного импульса. С этой целью применяется Келтикан, содержащий нуклеотид уридина монофосфат и цитидина монофосфат, которые ускоряют процесс регенерации нервных путей. Другим препаратом, влияющим на функционирование нервной системы, является Нейробион – комплексное лекарственное средство, в составе которого комбинация нейротропных витаминов группы В: тиамин (В₁), цианокобаламина (В₁₂) и пиридоксина (В₆). Их сочетанное действие играет особую роль в метаболизме нервной системы за счет участия данных витаминов в промежуточных метаболических процессах в качестве коэнзимов. Терапевтическое введение Нейробиона обеспечивает ускорение процессов регенерации поврежденной нервной ткани и стимуляцию естественных механизмов восстановления ее нормального функционирования.



Ряд аспектов, связанных с формированием и лечением миофасциальной боли, рассмотрел куратор цикла мануальной терапии и рефлексотерапии в вертеброневрологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Александр Анатольевич Ярошевский. Патобиомеханические изменения элементов опорно-двигательного аппарата визуально проявляются в виде асимметричного положения и нарушений взаимоперемещений отдельных его элементов, что является обратимым под воздействием

мануальной терапии. Различают патогенетические и са-ногенетические нарушения биомеханики. Причинами патобиомеханических изменений могут быть аномалии развития (краниовертебральной зоны, пояснично-крестцового отдела позвоночника, аномалия Клиппеля-Фейля, кифосколиозы, кифозы) либо приобретенные нарушения осанки. Мышечно-скелетные болевые синдромы могут наблюдаться как вне зависимости от вертеброгенной патологии (первичная миофасциальная дисфункция), так и осложнять практически любые вертеброгенные боли (вторичная миофасциальная дисфункция).

При визуальной диагностике оценивают следующие параметры: положение тела в трехмерном пространстве, симметричность положения головы по отношению к плечевому поясу, объемы активных и пассивных движений в целом и в различных отделах позвоночного столба и плечевого пояса, биомеханические нарушения тазового пояса и их взаимосвязь с патологией шейно-воротниковой зоны, разницу в длине ног. Кроме того, учитывают данные визуальной и пальпаторной диагностики миофасциальной дисфункции различных этажей тела, а также их взаимосвязь. В данном контексте А.А. Ярошевский рассмотрел разные варианты проекционных деформаций тела, наиболее характерные комбинации неоптимальности статики, а также карту регистрации патобиомеханических изменений статики.

По словам профессора, рефлекторный мышечно-тонический синдром (РМТС) при раздражении проприорецепторов в спазмированных мышцах может приводить к развитию рефлекторно-отраженной боли мышечного напряжения, а при ирритации спазмированными мышцами постганглионарных симпатических волокон позвоночной артерии или мышечно-сухожильной ее компрессии обуславливает сосудистую головную боль. Туннельная компрессия большого затылочного нерва при РМТС ассоциируется с невралгической болью. Выраженность клинических проявлений цервикогенной головной боли имеет положительную корреляционную связь со степенью РМТС и наличием миофасциальной дисфункции в мышцах шеи и плечевого пояса. Таким пациентам показано тщательное вертеброневрологическое обследование.

Цервикогенная головная боль требует комплексного подхода к лечению пациента, который включает биомеханическую коррекцию тела, устранение миофасциальной дисфункции, медикаментозную терапию. Так, биомеханическая коррекция направлена на устранение функциональных блоков, миофасциальной дисфункции и ТТ. Многие исследования свидетельствуют о том, что у больных РМТС немедикаментозная терапия должна быть комплексной, действующей как на патологический биомеханический паттерн с помощью методов мануальной терапии, так и на синдром вегетативной дистонии методом рефлексотерапии (акупунктуры, биопунктуры, магнито-рефлексотерапии и т. д.). Мануальная терапия направлена на оптимизацию статического и динамического стереотипов. Достижимое с ее помощью устранение функциональных блоков позвоночно-двигательных сегментов и регионарных постуральных дисбалансов мышц обеспечивает равномерное распределение гравитационной нагрузки на мышцы и позвоночник в статике и динамике с минимальной затратой мышечного сокращения. Проводимое лечение способствует регрессу болевых синдромов в области шеи, черепа и верхних конечностей, локальных мышечных гипертонусов и мышечных спазмов.

Медикаментозная терапия должна включать купирование болевого синдрома с применением НПВП (в частности, удобно применение лорноксикама), а также улучшение метаболизма мышц и нервных структур. С целью улучшения метаболических процессов используется Актювегин, который хорошо зарекомендовал себя в ряде исследований. Кроме того, по данным многих исследований, снижению болевых ощущений при невралгиях различного генеза способствует применение витаминов группы В. Поэтому в лечении миофасциальной боли широко используется препарат Нейробион, содержащий высокие терапевтические дозы витаминов группы В, которые в комплексе способствуют нормализации функций нервной системы и регулируют липидный, углеводный и белковый обмен.

А.А. Ярошевский подчеркнул, что для поддержания оптимального двигательного стереотипа пациенту следует выполнять комплекс лечебной физкультуры, направленной на удлинение и симметризацию тела в трехмерном пространстве. В связи с этим в рамках форума профессор также провел мастер-класс, посвященный релаксационным упражнениям с элементами мануальной терапии.

Подготовила Катерина Котенко

37