

Боль в спине:

механизмообоснованные подходы к лечению

Боль в спине – одна из частых жалоб пациентов неврологов и врачей других специальностей, популярная тема публикаций в специализированных изданиях и выступлений на медицинских форумах. Актуальность проблемы связана с высокой распространенностью и социально-экономическими потерями от временной нетрудоспособности по причине дорсалгий. О современной концепции этиопатогенеза боли в спине и возможностях терапии мы беседовали с руководителем отдела сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», главным внештатным специалистом МЗ Украины по специальности «неврология», доктором медицинских наук, профессором Тамарой Сергеевной Мищенко.



Т.С. Мищенко

– Какое место среди болевых синдромов занимает боль в спине?

– Согласно результатам масштабного исследования PAIN in Europe, в рамках которого было опрошено 46 394 жителя 15 европейских стран и Израиля, самой распространенной причиной хронической боли являются артриты и остеоартроз (34%), на втором месте – дискогенная боль в спине (15%), на третьем – травматическая боль (12%), далее по убывающей следуют ревматоидный артрит, мигрень и другие виды боли. Чаще всего респонденты жаловались на боль в спине без определенной локализации (24%), боль в нижней части спины (18%), боль в колене (16%) и головную боль (15%).

– Каковы основные причины и механизмы развития дорсалгии?

– Причин болей в спине множество, и не все они связаны с патологией скелетно-мышечной системы:

- вертеброгенные – остеохондроз, грыжи межпозвонковых дисков, компрессионные переломы позвонков, болезнь Бехтерева, реактивные артриты;
- метаболические – болезнь Педжета, остеопороз;
- инфекционные – остеомиелит, туберкулез;
- опухолевые – метастазы в позвоночник;
- патология мягких тканей – тендиниты, миофасциальный синдром.

По патофизиологическому механизму развития боль в спине чаще всего носит ноцицептивный характер, то есть вызвана раздражением ноцицепторов вследствие какого-то повреждения или воспаления мышечно-скелетных структур. До 90% случаев так называемой неспецифической боли в спине представляют собой миофасциальный болевой синдром, обусловленный нарушениями биомеханики, асимметрией сокращения мышц спины и формированием в мышцах триггерных точек – болезненных уплотнений, служащих источником болевой афферентации. Также ноцицептивная боль часто сопровождается функциональными нарушениями (обратимое блокирование) межпозвонкового сустава. К более редким вертеброгенным причинам болевых ощущений в спине относят патологию межпозвонкового диска с рефлекторными и компрессионными синдромами, стеноз позвоночного канала, спондилолистез и остеопороз.

Во многих случаях первичную роль играют возрастные или дисметаболические дегенеративные процессы в костной ткани, мышцах, связках, суставах, межпозвонковых дисках и других структурах позвоночника. По мере их прогрессирования развивается артрит дугоотростчатых (фасеточных) суставов, который вызывает ноцицептивную (механическую) боль. Дегенеративные процессы в межпозвонковом диске со временем приводят к его разрушению и уменьшению высоты, грыжевому выпячиванию вещества пульпозного ядра. Вследствие механической компрессии латеральной грыжей межпозвонкового диска повреждается непосредственно корешок спинномозгового нерва. Так формируется первый нейропатический компонент боли – механически-нейропатическая корешковая боль. Второй нейропатический компонент появляется при стенозе межпозвонковых отверстий, который сопровождается высвобождением воспалительных медиаторов (цитокинов, TNF, субстанции P и др.). Эти вещества оказывают прямое повреждающее действие на нервные корешки, вызывая воспалительно-нейропатическую корешковую боль. Вклад вышеуказанных процессов в развитие клинической симптоматики у каждого больного различается, но у большинства пациентов боль имеет смешанный характер, то есть в том или ином соотношении присутствуют как ноцицептивный, так и нейропатический компоненты. Они требуют различных подходов к лечению, поэтому так важно правильно определить доминирующий механизм боли.

Ноцицептивная боль является физиологической, сигнализирует о повреждениях и предупреждает их углубление, ограничивая активность больного. При отсутствии лечения длительно существующее воспаление или радикулопатия становятся причиной формирования нейропатической боли в спине, которая не носит защитного характера, значительно снижает качество жизни больных и усложняет выбор лечения. В основе нейропатической боли в спине лежат механизмы периферической и центральной сенситизации – повышения возбудимости нейронов ноцицептивных структур в ответ на болевые стимулы. Благодаря новым методам нейровизуализации (функциональной МРТ, позитронно-эмиссионной томографии) удалось выяснить, что хроническая нейропатическая боль является самостоятельным заболеванием центральной нервной системы, поскольку ассоциируется с органическими изменениями структур головного мозга. Например, при хронической радикулопатии определяется атрофия серого вещества префронтальной коры и таламуса.

– С чего следует начинать ведение пациента с болью в спине? Какова роль немедикаментозных методов и рекомендаций, таких как ограничение нагрузок, лечебная физкультура, физиотерапия, в современных условиях?

– Лечение боли в спине в зависимости от причины, механизма развития и длительности болевого синдрома может включать следующие средства и методы:

- нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП);
- миорелаксанты;
- местные анестетики;
- адреноаналгетика (антидепрессанты, антиконвульсанты);
- трамадол, опиоиды (как последняя ступень обезболивания);
- лечебную физкультуру и кинезитерапию;
- массаж;
- акупунктуру;
- когнитивно-поведенческую психотерапию.

В соответствии с современным биопсихосоциальным подходом к лечению боли у пациентов с дорсалгиями следует учитывать и по возможности корректировать факторы, понижающие болевой порог («открывающие ворота боли»): стресс, депрессию, нарушения сна, ожирение, тревогу и страх, социальную изоляцию. Также следует максимально использовать факторы, «закрывающие ворота боли»: положительные эмоции, рациональное питание, достаточный сон, обучение пациента и родственников, физическую активность, плацебо-эффект лекарственных средств (форм) и лечебных манипуляций.

Важным аспектом лечения пациентов с болью в спине является назначение лечебной физкультуры (ЛФК). В настоящее время не рекомендуется ограничивать двигательную активность пациента при остром эпизоде дорсалгии дольше 2-3 дней. Обычно пациент сам начинает вставать с постели и возвращается к повседневной деятельности по мере уменьшения боли. Ранняя активизация уменьшает вероятность хронизации боли. В дальнейшем правильно подобранный комплекс ЛФК и кинезитерапии способствует укреплению мышечно-связочного аппарата, а в идеале восстанавливает биомеханику позвоночника и мышц спины, благодаря чему уменьшается вероятность рецидивирования миофасциальной боли. Универсального комплекса упражнений не существует, некоторые упражнения подходят не всем пациентам. Так, наклоны вперед и запрокидывание ног за голову приводит к резкому увеличению нагрузки на мышечно-связочный аппарат позвоночного столба, что способствует дальнейшему пролабированию межпозвонковых дисков. При выполнении упражнений с перегибанием позвоночного столба повышается нагрузка

на фасеточные суставы, что также может способствовать секвестрации грыжи диска.

– Какую медикаментозную терапию вы рекомендуете?

– При ноцицептивной, воспалительной боли терапией первой линии служат НПВП. Они блокируют каскад биохимических реакций, приводящий к высвобождению вазоактивных провоспалительных веществ: ингибируют фермент циклооксигеназу (ЦОГ), в результате чего угнетается синтез простагландин – медиаторов воспаления. Несмотря на широкий спектр существующих в настоящее время НПВП, в том числе селективных ингибиторов ЦОГ-2 (коксибов), наиболее популярным и востребованным анальгетиком при различных видах ноцицептивной боли, в том числе при острой мышечно-скелетной боли в спине, остается диклофенак натрия.

Отсутствие или недостаточная эффективность НПВП наблюдается при формировании у пациента нейропатического компонента боли. В этом случае необходимо воздействовать на механизмы периферической и центральной сенситизации. С этой целью применяются местные анестетики, антидепрессанты (венлафаксин, дулоксетин) и антиконвульсанты (габапентин, прегабалин).

В лечении миофасциального болевого синдрома также применяются блокады мышечных триггерных точек или корешков спинномозговых нервов глюкокортикостероидами.

– Выбор диклофенака при воспалительном характере боли не случаен? Ведь существуют и другие НПВП?

– С самого начала своего появления диклофенак нашел широкое применение в ревматологии в связи с выраженным анальгетическим эффектом и видимым действием на воспалительный процесс в суставах наряду с хорошей переносимостью. Мощный анальгетический эффект диклофенака объясняется его воздействием на различные уровни и звенья патогенеза болевого синдрома. Помимо обезболивающего эффекта, связанного с общим для НПВП механизмом ингибирования ЦОГ, диклофенак может купировать боль, уменьшая воспаление и через другие механизмы: сдерживая миграцию лейкоцитов в очаг воспаления, влияя на баланс цитокинов. Также диклофенак обладает свойствами блокировать калиевые каналы нейронов на периферическом уровне и модулировать восприятие боли через центральные механизмы за счет увеличения синтеза предшественника серотонина (триптофана) в ЦНС. Поэтому выбор диклофенака при большинстве вариантов мышечно-скелетной боли в спине можно считать вполне обоснованным.

– При острых болях в спине важно получить как быстрый, так и длительный эффект обезболивания. Как этого можно достичь?

– Необходимо использовать лекарственные формы НПВП с регулируемым высвобождением действующего вещества. Современные лекарственные формы диклофенака позволяют достичь одновременно быстрого и длительного противоболевого эффекта. Диклак ID 150 мг («Сандоз») – единственный в Украине диклофенак с рекомендуемой суточной дозой 150 мг в одной таблетке, обеспечивает максимальное обезболивающее действие и гарантированный эффект в лечении болевого синдрома. Диклак ID – это двухслойные таблетки с комбинацией диклофенака натрия быстрого (1/6 от общего количества) и постепенного высвобождения (5/6 от общего количества). Такое сочетание в одной таблетке позволяет обеспечить как быстрое начало действия (уже через 15 минут), так и долговременную циркуляцию активного вещества в системном кровотоке и терапевтический эффект в течение суток.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**

