

Оптимальная терапевтическая тактика при лечении боли в спине

По материалам зимней школы Украинской ассоциации по изучению боли (23-25 февраля, г. Яремче)

Боль в спине — одна из наиболее актуальных проблем в неврологии и одна из самых частых причин обращений за медицинской помощью в амбулаторной практике. Боль в спине широко распространена среди лиц трудоспособного возраста, поэтому от того, насколько эффективным будет ее лечение, зависит возможность быстрого восстановления пациентов и их возвращения к обычной активной деятельности. Эффективность купирования боли в спине во многом зависит от правильного выбора терапии, что, в свою очередь, возможно только при понимании этиопатогенетической природы болевого синдрома.



Данную проблему осветил в своем докладе, посвященном ведению пациентов с миофасциальным болевым синдромом (МФБС), президент Украинской ассоциации по изучению боли, доктор медицинских наук, профессор Игорь Владимирович Романенко (ГУ «Луганский государственный медицинский университет»).

— Известно, что боль в спине в большинстве случаев является неспецифической (суставно-мышечной) и связана с функциональными и дистрофическими изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата.

Сложные нейрофизиологические механизмы формирования болевого синдрома еще не до конца изучены, но в настоящее время выделяют три типа боли: ноцицептивная, нейропатическая и дисфункциональная, хотя чаще всего боль имеет смешанный характер. Принципы лечения боли базируются на оценке интенсивности, определении типа боли и механизма ее развития. Это очень важно для правильного подбора терапии, которая может быть комбинированной для одновременного воздействия на все компоненты болевого синдрома.

Значительную проблему представляет хронизация боли вследствие центральной или периферической сенситизации и дезингибиции.

Следует отметить, что периферическая сенситизация характеризуется повышением чувствительности ноцицепторов к воздействию медиаторов воспаления. Всплеск активности периферических ноцицепторов, вызванный травмой или повреждением, провоцирует повышенную возбудимость центральных нейронов. Происходит центральная сенситизация, то есть повышение возбудимости нейронов в центральной нервной системе, в первую очередь в задних рогах спинного мозга (СМ), вследствие чего «нормальные» по интенсивности стимулы вызывают аномальный ответ. Центральная и периферическая сенситизация условно подразделяются на две фазы: кратковременную раннюю фазу немедленного ответа и позднюю с медленным началом, но более длительную.

В поздней фазе возникает стойкая болевая импульсация, которая проводится тонкими немиелинизированными волокнами и сопровождается рефлекторной мышечно-тонической реакцией. При длительном нахождении мышцы в состоянии спазма формируются сначала латентные, а затем и активные триггерные точки (ТТ). Миофасциальные ТТ содержат множественные локусы сенситизации, и при нажатии на них появляется резкая болезненность в самой точке и отдаленно — в отраженной зоне. Спазмированные мышцы становятся источником дополнительной ноцицептивной импульсации и являются вторичным источником боли. Таким образом, формируется замкнутый порочный круг: боль — мышечный спазм — боль.

Хроническую боль в спине, сопровождающуюся болезненным мышечным спазмом вертеброгенных рефлекторных зон, рассматривают в рамках мышечно-тонических синдромов и МФБС.

МФБС — это хронический болевой синдром, который, как правило, является проявлением первичной дисфункции миофасциальных тканей. При МФБС локальная боль в покое не испытывается и провоцируется давлением или растяжением мышцы, которая при пальпации имеет обычную консистенцию и не укорочена. Как правило, боль — тянущая и ощущается по всей длине мышцы при наличии локального мышечного гипертонуса.

МФБС возникает вследствие длительного пребывания в нефизиологической позе, перегрузке нетренированных мышц, а также заболеваний органов пищеварения и малого таза.

МФБС можно рассматривать как первичный патологический процесс (в результате биомеханических нарушений, приведших к изменению двигательного стереотипа) или вторичный (возникший на фоне любого системного заболевания).

Важно понимать, что локально возникший МФБС может быть только частью какого-то единого биомеханического процесса. Часто боль, ощущаемая в одном месте, обусловлена перегрузкой в этом регионе (саногенетически значимый регион), является следствием нарушений и «слабости» мышц в другом отделе опорно-двигательного аппарата (патогенетически значимый регион). Поэтому очень важным моментом является выявление и оценка биомеханических нарушений во всех отделах опорно-двигательной системы.

К международным диагностическим критериям МФБС относят «большие» (необходимо наличие всех пяти) и «малые» (необходимо наличие одного из трех) критерии. К «большим» критериям относятся: 1) жалобы на локальную или региональную боль; 2) ограничение объема движений; 3) пальпируемый «тугой» тяж в мышце; 4) участок повышенной чувствительности в пределах «тугого» тяжа — ТТ; 5) характерная зона отраженной боли для данной пораженной мышцы.

«Малые» критерии включают: 1) воспроизводимость боли при стимуляции ТТ; 2) вздрагивание при пальпации ТТ пораженной мышцы; 3) уменьшение боли при растяжении пораженной мышцы (Д. Тревелл и Д. Симонс, 1989).

При осмотре пациента необходимо обращать внимание на возрастные нейродистрофические изменения (аномалии развития, асимметрии тела, особенности осанки), а также определять его локомоторную функцию (специфику ходьбы, выраженность физиологических изгибов позвоночника, наличие анталгического сколиоза). Во время диагностики МФБС необходимо установить локализацию боли, ее тип, интенсивность и длительность. При этом важно провести оценку площади болевых ощущений, что приобретает

особое значение при психогенной генерализованной боли, когда площадь болевых ощущений не всегда соответствует интенсивности.

Важное значение в постановке диагноза МФБС имеет правильная процедура пальпации мышц и соблюдение следующих правил: 1) деликатность; 2) постепенное, медленное и осторожное погружение в мышцу; 3) проведение исследования теплыми руками и в теплом помещении; 4) удобное, не вызывающее напряжения и утомления положение врача и пациента.

Взаимосвязь болевого синдрома и мышечно-тонического дисбаланса с формированием МФБС обуславливает необходимость целостного и мультидисциплинарного подхода к решению данной проблемы.

Медикаментозное лечение МФБС включает коррекцию факторов риска хронизации болевого синдрома, адекватное обезболивание и устранение мышечного тонуса.

Данные литературы и клинический опыт свидетельствуют о том, что при лечении пациентов с МФБС наиболее эффективным методом является комбинированная медикаментозная терапия с использованием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и миорелаксантов центрального действия. Данный подход позволяет одновременно воздействовать на несколько важных компонентов боли, в том числе эффективно устранить мышечный спазм. В результате сокращаются сроки лечения и уменьшается риск развития побочных эффектов НПВС за счет снижения дозы последних.

Одним из представителей группы центральных миорелаксантов является тизанидин (Тизалуд, ПАО «Киевский витаминный завод»).

Тизанидин (Тизалуд) выпускается в таблетках по 2 и 4 мг и применяется при наличии следующих показаний:

- болезненный мышечный спазм;
- спастичность вследствие рассеянного склероза;
- спастичность вследствие поражений СМ;
- спастичность вследствие поражений головного мозга.

Длительность терапии зависит от динамики мышечно-тонических и болевых симптомов. При острой боли мышечного генеза длительность приема препарата составляет от 1 до 2-3 нед. При хронических болевых синдромах может потребоваться более длительный курс, который определяется индивидуально и в среднем составляет от 3-6 нед.

Тизанидин воздействует на механизм, непосредственно отвечающий за возникновение мышечного тонуса, то есть подавляет высвобождение медиаторных аминокислот (глутаминовой, аспарагиновой), которые стимулируют рецепторы к N-метил-D-аспартату. Вследствие этого происходит блокирование проведения и переключения болевого импульса на уровне задних рогов СМ за счет угнетения функции вставочных нейронов. Замедление полисинаптических рефлексов СМ, ответственных за гипертонус мышц, вызывает расслабление сгибательной и разгибательной мускулатуры и, как следствие, устранение болезненных мышечных спазмов.

Клинически действие тизанидина проявляется в снижении сопротивления пассивным движениям, уменьшении мышечного тонуса, увеличении силы произвольных сокращений мышц. Важно, что при этом тизанидин не оказывает влияния на нейромускульную передачу. Препарат также обладает умеренно выраженным анальгезирующим эффектом за счет уменьшения высвобождения возбуждающих нейромедиаторов в головном мозге.

Таким образом, использование тизанидина в комплексной терапии МФБС обеспечивает быструю регрессию мышечного спазма и вносит большой вклад в прерывание хронизации боли. Ряд дополнительных полезных эффектов, таких как предотвращение формирования контрактур, улучшение функций опорно-двигательного аппарата, облегчение проведения реабилитационных мероприятий, свидетельствуют в пользу такого подхода, который будет способствовать сохранению трудоспособности пациентов с МФБС.

Подготовила Людмила Онищук



КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!