

**В.М. Міщенко**, д.мед.н, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків;  
**В.К. Міщенко**, Харківський національний медичний університет

# Комплексний підхід до лікування пацієнтів із неспецифічним болем у спині



В.М. Міщенко



В.К. Міщенко

**Біль у спині (БС) є однією з найпоширеніших причин звернення по медичну допомогу у всьому світі [1]. За даними проведених епідеміологічних досліджень, поширеність БС становить близько 84% населення земної кулі та може виникати в осіб будь-якого віку. Однак пік захворюваності припадає на вікову категорію від 35 до 55 років. Аналіз даних за 1990-2015 рр. засвідчив, що частота виникнення БС у віці старше 45 років зростає майже вдвічі.**

Біль у спині є однією з лідируючих причин втрати стійкої працездатності за показником YLD (оцінює середню кількість втрачених років працездатного життя) та посідає 6-те місце за показником DALY (оцінює сумарний «тягар хвороби»). Дані епідеміологічних досліджень свідчать, що БС найчастіше фіксують у популяції країн із вищим рівнем доходу, що може бути пов'язано з переважно малорухомих способом життя та високим рівнем стресу населення [1-2, 8].

Згідно з визначенням Всесвітньої асоціації з вивчення болю (IASP), біль — це неприємне відчуття та емоційне переживання, яке пов'язано з реальним або ймовірним ушкодженням тканини. Це визначення відображає тісний взаємозв'язок між фізіологічними та емоційними компонентами болю. Проблема БС є міждисциплінарною і може виникати як за неврологічних, ортопедичних, ревматологічних, соматичних, так і інших патологій. Залежно від причини виникнення, БС поділяють на специфічний і неспецифічний.

Основними причинами виникнення специфічного болю можуть стати інфекційні, дисметаболичні, запальні, онкологічні захворювання, травма хребта та ін. Було встановлено, що в країнах із високим рівнем доходу причинами розвитку БС є переломи (0,7%) та ревматичні ураження хребців (0,2%), а в країнах із нижчим рівнем доходу — туберкульоз хребта (4%), переломи хребців (3,5%), бруцельоз хребців (1%), метастатичні ураження хребців (1%) [3, 4].

Найчастішими причинами неспецифічного БС є спондиліоз, спондилоартроз, спондилолітез, нестабільність хребтного стовпа та ін. Тобто поява неспецифічного БС найчастіше пов'язана з дегенеративно-дистрофічними змінами хребта та з подальшим залученням до патологічного процесу м'язів, зв'язок і фасцій. У разі залучення до патологічного процесу м'язів, клінічно неспецифічний біль проявляється у вигляді м'язово-тонічного (рефлекторного) болювого синдрому та міофасціального болювого синдрому (МФБС).

Патології міжхребцевого диска з/без корінцевого ураження можуть супроводжуватися наявністю рефлекторних і компресійних синдромів, а спондилоартропатія — рефлекторними синдромами та функціональним блокуванням фасет. Для цього виду болю характерною ознакою є його посилення під час механічного навантаження та зменшення після відпочинку [5].

До основних чинників ризику виникнення неспецифічного БС належать: професійні умови праці (тяжка фізична праця, статичні навантаження на хребет, робота пов'язана із частими рухами

у вигляді нахилів тіла та/або поворотів та ін.), недостатня фізична активність у повсякденному житті, аномалії розвитку скелету, надлишкова маса тіла, переохолодження, незбалансоване харчування, паління, вібраційні впливи, хронічний стрес та ін. [6].

Результати дослідження TRIGGERS свідчать, що найзначущим чинником, який може спровокувати появу неспецифічного БС, є неухабність під час виконання рухів (підвищує ризик виникнення болю у 25 разів), а виконання фізичної роботи в стані стомленості збільшує ризик виникнення болю у 3,7 раза, підняття важкості та інтенсивне фізичне навантаження — у 5 і 3,9 рази відповідно [7]. За тривалістю неспецифічний БС може бути гострим (до 4 тиж.), підгострим (4-12 тиж.) і хронічним (понад 12 тиж.) [6, 24]. За даними епідеміологічних досліджень, близько 23% населення земної кулі страждає від хронічного БС [1].

Під час виконання диференційної діагностики БС дуже важливо використовувати правило «червоних прапорців» для виключення специфічного (вторинного) болю, що вказує на наявність системного захворювання або гострих станів, які потребують окремого лікування [3, 9].

До таких ознак належать:

- немеханічний характер болю (відсутність взаємозв'язку з рухом, біль переважно вночі);
- системні прояви захворювання (підвищення температури тіла, пітливість у нічні години, втрата маси тіла >1 кг на місяць);
- стани, пов'язані з ризиком виникнення імунодефіциту (перенесені інфекційні захворювання, внутрішньовенне застосування наркотичних речовин, імуносупресантів та ін.);
- гострі порушення функцій тазових органів;
- наявність активної вісцеральної патології (органів малого таза, нирок);
- онкомаркери (онкологічні захворювання в анамнезі, втрата маси тіла >1 кг на місяць).

Отже, проведення діагностичних заходів у пацієнтів із БС має починатися зі збору скарг, анамнезу захворювання та огляду пацієнта з урахуванням виключення наявності «червоних прапорців». За відсутності «симптомів загрози» та/або іншої патології, у пацієнта БС класифікують як неспецифічний [10].

М'язово-тонічний больовий синдром є невід'ємною ознакою неспецифічного болю. Рефлекторне напруження м'язів виникає внаслідок ноцицептивної імпульсації, яка надходить від уражених міжхребцевих дисків, зв'язок і суглобів хребта під час статичного або динамічного перенавантаження. На початку тонічне

напруження м'язів має захисний характер і забезпечує іммобілізацію уражених сегментів. Але із часом напружений м'яз стає окремим джерелом болю. Клінічно у пацієнта можуть виникати гіпералгезія, м'язове напруження та обмеження рухомості у відповідному сегменті хребта.

Найчастіше м'язово-тонічний больовий синдром локалізується в трапецієподібних, драбинчастих, ромбоподібних, грушоподібних, середніх сідничних і паравертебральних м'язах [6].

До появи МФБС може призвести тривале перенавантаження м'язів внаслідок впливу різноманітних чинників. Найчастішими такими чинниками є: тривале перебування людини в одному положенні під час виконання професійної діяльності або сну, перенапруження м'язів на тлі стресових розладів, переохолодження тіла. Пацієнти з МФБС скаржаться на локалізований біль, який може призводити до обмеження рухів. За пальпациї

у таких хворих діагностують наявність «тригерних точок» у задіяних м'язах. У такому м'язі визначається наявність болючого ущільнення, а під час натискання на нього виникає відображений біль [6, 11]. На патофізіологічному рівні МФБС виникає внаслідок підвищеної збудливості ноцицепторів у локалізованих м'язах. Активація цих ноцицепторів відбувається під впливом продуктів метаболізму, які утворюються через скорочення м'яза, призводячи до розвитку асептичного нейронального запалення. Така сенситизація робить нервові волокна більш чутливим до подразливих стимулів, що клінічно відображається у появі ділянок гіпералгезії [12].

## Нейромідин®

Іпідакрин

Нервові волокна відновлюються

### РЕГЕНЕРАЦІЯ РЕІННЕРВАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЯ

№1

Нейромідин® із подвійним патогенетичним механізмом дії<sup>3</sup>:

- ✓ прискорює відновлення уражених корінців та нервів;
- ✓ стимулює проведення нервового імпульсу;
- ✓ знижує інтенсивність болювого синдрому.

© Інформація про лікарський засіб для розповсюдження в спеціалізованих видавництвах, призначених виключно для професійної сфери охорони здоров'я, а також для розповсюдження під час проведення семінарів, конференцій, симпозиумів на медичну тематику або в інші інформаційні системи професійної сфери охорони здоров'я.  
Лікарський засіб не є препаратом для лікування. Лікарський засіб не є препаратом для лікування. Лікарський засіб не є препаратом для лікування. Лікарський засіб не є препаратом для лікування.

Виробник: Олайн Фарм, м. Харків, вул. Сіверська, 11, кабінет 211, м. Київ 02096, Україна. Тел: +380 (93) 612-02-06, ел. пошта info@oainfarm.com.ua  
Залишення стосовно медичної інформації: 060-1524, надсилайте за адресою:  
Нейромідин® 012022024

Олайн Фарм

Початок на попередній стор.

#### Діагностика неспецифічного болю

Під час обстеження пацієнта з неспецифічним болем необхідно визначити локалізацію і можливу іррадіацію болю. Огляд починається з вивчення ходи, постави, виявлення викривлення хребта, оцінювання об'єму рухів шиї, тулуба та кінцівок. За визначення неврологічного статусу в таких пацієнтів можуть бути виявлені розлади чутливості, зниження м'язової сили, зміни м'язового тону та сухожильних рефлексів.

Обстеження пацієнтів із больовим синдромом у спині потребує особливо ретельного підходу. Відповідно до міжнародних стандартів, за відсутності у пацієнта з гострим болем «червоних прапорців», симптомів специфічного болю або синдрому кінського хвоста не рекомендовано виконання додаткових візуалізаційних методів дослідження як-от: рентгенографія, комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ) [10, 13].

Насамперед це пов'язано з тим, що результати візуалізаційного обстеження у більшості випадків жодним чином не матимуть впливу на прогноз, перебіг і тактику лікування таких пацієнтів, але значною мірою збільшать вартість їх лікування [6, 14]. За результатами МРТ поперекового відділу хребта у 30-40% пацієнтів віком до 40 років діагностують асимптомні грижі міжхребцевих дисків, а в осіб старше 60 років – у 100% випадків [15]. Для об'єктивізації виразності больового синдрому і контролю за ефективністю лікування можливо застосування візуально-аналогової шкали болю, анкети Роланда-Морріса, опитувальника болю Мак-Гілла та ін. [11].

#### Сучасні напрями лікування неспецифічного болю у спині

Терапія пацієнтів із неспецифічним БС має бути комплексною та залучати як медикаментозні, так і немедикаментозні методи. Основні стратегії у лікуванні пацієнтів мають спрямовуватися на зменшення болю, збільшення рухомості хребта та запобігання хронізації больового синдрому. За типом болю БС може бути ноцицептивним, нейропатичним та змішаним. Це визначає тактику лікування у кожного окремого пацієнта [5].

У сучасних міжнародних рекомендаціях зазначається, що найвищий рівень доказовості в терапії неспецифічного больового синдрому в спині мають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) та міорелаксанти [16]. НПЗП є препаратами першої або другої лінії для лікування неспецифічного БС, які чинять знеболювальну і протизапальну дію завдяки інгібуванню ферментів циклооксигенази. Слід зауважити, що тривале застосування НПЗП може чинити негативний вплив на шлунково-кишковий тракт, печінку, серцево-судинну систему. Тому рекомендовано застосування НПЗП у мінімально ефективній дозі та впродовж найкоротшого терміну лікування [11, 14]. Міорелаксанти сприяють зменшенню виразності болю, збільшенню обсягу рухів, запобіганню утворення контрактур через вибіркоче розслаблення м'язів [17]. Згідно з рекомендаціями Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (National Institute for Health and Care Excellence – NICE), опублікованими 2021 р., препаратами першої лінії для лікування нейропатичного болю у пацієнтів  $\geq 18$

років є антидепресанти (амітриптилін, дулоксетин, циталопрам, сертралін) та протинападкові препарати (прегабалін, габапентин, карбамазепін) [23]. Вибір медикаментозних засобів у терапії неспецифічного болю має бути патогенетично обґрунтованим. У лікуванні больового синдрому велике значення має застосування антихолінергічних лікарських засобів. Холінергічна система мозку здатна чинити вплив на регуляцію передачі ноцицептивних сигналів через пре- та постсинаптичні механізми ще на рівні спинного мозку [18].

Збільшення концентрації ацетилхоліну в спинному мозку призводить до аналгезії, а його локальне зниження може спричинити гіпералгезію та аллодинію [19-21]. Також ацетилхолін прискорює відновлення чутливості та нервово-м'язову передачу і сприяє регенерації мієлінових волокон. Результати дослідження іпідакріну (Нейромідин®) у складі комплексної терапії пацієнтів із дискогенною радикулопатією та неспецифічним БС продемонстрували його позитивний вплив на зменшення виразності больового синдрому.

У дослідженні було встановлено, що іпідакрін (Нейромідин®) сприяв відновленню моторних і чутливих функцій у згаданій групі хворих [22]. Нейромідин® має багатокомпонентний механізм дії. Він підсилює вплив на гладкі м'язи ацетилхоліну, адреналіну, серотоніну, гістаміну, окситоцину та знижує вміст норадреналіну і в такий спосіб забезпечує антиноцицептивний ефект. На початку терапії неспецифічного больового синдрому рекомендовано застосування Нейромідин® у дозі 15 мг/мл 1-2 рази на добу внутрішньом'язово протягом 10-15 днів. Упродовж наступних двох місяців

підтримувальна терапія проводиться таблетованою формою препарату в дозі 20 мг тричі на добу [24]. За потреби курс лікування можна повторювати декілька разів із перервою 1-2 місяці.

Результати досліджень та клінічної практики свідчать про високий рівень безпеки та добру переносимість препарату. Наявність різних лікарських форм (ампули, таблетки) та дозувань (5, 15, 20 мг) дає змогу підбирати дозу препарату індивідуально (залежно від тяжкості захворювання).

Нефармакологічна терапія пацієнтів із гострим БС насамперед має бути спрямована на модифікацію способу життя. Пацієнт має уникати фізичного перенавантаження та довготривалого перебування в одній позі, при цьому рекомендовано збереження помірної фізичної активності. Для більшої прихильності пацієнта до терапії, слід обговорювати з ним план і стратегії лікування. Пацієнтам із хронічним неспецифічним болем рекомендована регулярна фізична активність і групові вправи. Також хворим віком  $\geq 16$  років рекомендовано проведення психотерапії або когнітивно-поведінкової терапії [24].

Отже, під час обстеження пацієнта з БС необхідно виключити наявність у нього «червоних прапорців». Вибираючи терапію, слід врахувати тип болю, його тривалість і безпеку лікарських засобів. Перевагу в лікуванні пацієнтів із неспецифічним БС слід віддавати комплексним методам.

Додавання до схеми лікування препарату Нейромідин® сприяє зменшенню больового синдрому, швидшому відновленню уражених корінців і нервів.

Список літератури знаходиться в редакції.

