

Особливості ведення пацієнтів із вертеброгенним болем в умовах воєнного часу: на стику рекомендацій

Больові синдроми, зумовлені патологією хребта, є однією з найпоширеніших проблем сучасної медицини. Надзвичайно гостро це питання постало саме в умовах воєнного часу, коли майже кожен другий пацієнт звертається до лікаря зі скаргами на біль у спині. Сучасні парадигми у веденні хворих із вертеброгенним болем у межах науково-практичної конференції обговорювали провідні українські спеціалісти-практики з різних галузей під час онлайн-семінару Академії сімейного лікаря «На прийомі у сімейного лікаря: найбільші руйнації, які завдає стрес», що відбувся 14-15 лютого в Києві. На запитання учасників конференції щодо особливостей ведення пацієнтів із вертеброгенним болем в умовах воєнного часу докладно відповіла професор кафедри терапії Української військово-медичної академії, кандидат медичних наук Мар'яна Миколаївна Селюк.



М.М. Селюк

Наскільки поширеною є проблема дорсалгії в сучасному суспільстві та біль якої локалізації трапляється найчастіше?

– Дорсалгія – це біль і відчуття м'язової напруги або ригідності в межах спини. Може стосуватися шийного, грудного чи поперекового відділу хребта й іррадіювати, відповідно, вздовж однієї або обох верхніх кінцівок (шийний радикуліт) до тулуба (міжреберні нерви) або вздовж однієї або обох нижніх кінцівок (поперековий або крижовий радикуліт). Дорсалгія може бути: вертеброгенною, тобто пов'язаною з патологією хребта, та невертеброгенною, яка спричинена розтягненням м'язів і зв'язок, психогенними чинниками, соматичними захворюваннями. Залежно від інтенсивності та тривалості больових відчуттів дорсалгію поділяють на гостру (<4 тиж), підгостру (від 4 тиж до 3 міс) і хронічну (>3 міс). Ці часові проміжки обов'язково потрібно враховувати

лікарям, щоб запобігти хронізації патологічного процесу. Гостра дорсалгія приблизно у 20% пацієнтів переходить у хронічну, нерідко спричиняючи значні порушення окремих органів і систем.

Існує чимало причин дорсалгії, зокрема міжхребцеві грижі, остеопороз, сколіоз, сидячий спосіб життя або робота в неправильному положенні, фізичні навантаження та перерозтягнення спинних м'язів, переохолодження, травми спини, дефіцит вітамінів групи В тощо. Близько 90% людей протягом життя мають епізод вертеброгенного болю тієї чи іншої локалізації. У переважній більшості випадків (40-80%) це біль у нижній ділянці спини, який часто має рецидивний перебіг. Згідно з матеріалами VIII Всесвітнього конгресу, присвяченого болю, біль у нижній ділянці спини є другою за частотою після респіраторних захворювань причиною звернення по медичну допомогу та третьою причиною госпіталізації.

Які причини дорсалгії є найпоширенішими?

– За етіологією біль у поперековому відділі хребта може бути вертебральним (спондиліоз, спондилоартроз), міогенним (міофасціальний біль), зумовленим радикулопатією. Докладніше слід розглянути саме міофасціальний біль, який є найпоширенішим. Зазвичай він локалізується в нижній ділянці спини у зв'язку з найбільшим навантаженням, що припадає на поперековий відділ хребта, і може бути ізольованим. Міофасціальний біль, який часто супроводжується м'язовим спазмом або натягом м'язів (рефлекторна реакція на біль), за відсутності відповідного лікування має схильність до переходу в хронічну форму. Патогенез хронізації болю можна описати так: біль → м'язовий спазм → дегенеративні зміни в тканинах → емоційний стрес → локальна ішемія в тканинах.

Який цікавий випадок дорсалгії ви можете навести з власної клінічної практики?

– До лікаря звернувся військовослужбовець 42 років зі скаргами на гострий біль у поперековій ділянці з періодичною іррадіацією в ліву нижню кінцівку, що інколи супроводжувалося її онімінням. Часом біль змінювався на ниючий або тупий. Вага – 89 кг, зріст – 187 см. З анамнезу відомо, що чоловік несе службу за контрактом із 2014 року. Від 22.04.2022 по 10.01.2023 перебував у зоні бойових дій, постійно застосовував амуніцію вагою близько 30 кг. Біль у спині турбує останні три роки, самостійно застосовував ін'єкційні нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), що давали тимчасовий ефект. На час обстеження біль гострий (із переходом у ниючий), локалізується в попереку, змінюється залежно від положення тіла, іррадіює в ліву нижню кінцівку. Розлади сечовипускання та дефекації відсутні. Пацієнт не відповідає жодному з критеріїв «червоних прапорців» (вік <20 або >55 років, немеханічний біль (не пов'язаний із часом й активністю), біль у грудному відділі хребта, анамнез онкопатології, прийом стероїдів, ВІЛ, загальне нездужання зі втраченою масою тіла, поширені неврологічні симптоми, структурні деформації хребта), що дає змогу виключити інші небезпечні захворювання та стани, які здатні спричинити дорсалгію.

Також варто звернути увагу на «жовті прапорці»: переконаність пацієнта в небезпеці болю для його життя та працездатності, в невиліковності захворювання, більшої ефективності пасивних методів лікування, демонстративна поведінка з обмеженням фізичної активності, наявність депресії та тривожності, утруднення соціальної адаптації. Перелічені патологічні установки пацієнта можуть зменшувати ефективність лікування та призводити до хронізації процесу. У нашого пацієнта такі переконання були також відсутні.

За результатами магнітно-резонансної томографії поперекового відділу хребта було виявлено протрузії на рівні L4-L5 задньомедіально та L5-S1 парамедіально з акцентом уліво. **Клінічний діагноз: хронічний дискогенний попереково-крижовий радикуліт із переважним ураженням корінців L5-S1 ліворуч із розвитком стійких помірно виражених больового та м'язово-тонічного синдромів. Фаза загострення.**

Пацієнту було призначено комплексне лікування: медикаментозна терапія, засоби для місцевого застосування, пояс-корсет, лікувальний масаж (поза загостренням), голкорексотерапія, лікувальна фізкультура (поза загостренням). Згідно із сучасними рекомендаціями препаратами першого ряду для лікування вертеброгенного болю є НПЗП, міорелаксанти у вигляді монотерапії або в комбінації з НПЗП. Слід підкреслити, що НПЗП потрібно призначати коротким курсом у мінімальній дозі, перевагу віддавати препаратам із доведеною безпекою й ефективністю.

Вказаним критеріям цілком відповідає ацеклофенак (Аертал), який і було призначено пацієнту. Цей препарат займає проміжну позицію між селективними та неселективними представниками зазначеного класу лікарських засобів. За перорального застосування він швидко всмоктується, максимальна концентрація в крові досягається протягом 1,25-3 год, біодоступність наближається до 100% і не залежить від прийому їжі.

Ацеклофенак добре проникає в синовіальну рідину, де концентрація досягає приблизно 60% у плазмі крові. Згідно з результатами дослідження M.J. Liogente Melego та співавт. ацеклофенак продемонстрував найвищий профіль безпеки для шлунково-кишкового тракту порівняно з іншими НПЗП (ризик кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту на тлі застосування ацеклофенаку становив 1,7 на 1000 пацієнто-років). Препарат характеризується невисоким ризиком токсичного ураження печінки та нирок, а також дуже незначним ризиком інфаркту міокарда й серцевої недостатності.

На сьогодні добре відомо, що додавання міорелаксантів до НПЗП може значно скоротити (в середньому до 10 днів) тривалість дорсалгії, тому нашому пацієнту було вирішено призначити також Мідокалм (толперизон). Це міорелаксант центральної дії для лікування спастичності як центрального, так і периферичного генезу. Мідокалм інгібує генерацію потенціалу дії та сприяє зниженню центральної сенситивності, пригнічує вивільнення глутамату, зменшує збудливість центральних ноцицептивних нейронів, надходження больових імпульсів у центральну нервову систему. Засіб має потрійну дію: зменшує м'язовий спазм, покращує кровообіг та усуває біль, тим самим ефективно перешкоджаючи хронізації больового синдрому. Мідокалм на відміну від інших міорелаксантів не спричиняє седатції, загальної м'язової слабкості, зниження системного артеріального тиску, запаморочення та координаторних порушень. Ефективна схема лікування передбачає 7 днів внутрішньом'язового призначення препарату по 1 ампулі вранці та ввечері з переходом на пероральний прийом по 1 таблетці 3 рази на день (450 мг на добу) протягом 14 днів.

У нашого пацієнта комбінацію Мідокалм + Аертал було призначено за такою схемою: Мідокалм внутрішньом'язово по 1 ампулі (вранці та ввечері) протягом 5 днів із подальшим переходом на його таблетовану форму (по 1 таблетці 150 мг тричі на добу) протягом наступних 11 днів; Аертал 100 мг двічі на добу перші 2 дні, а потім Аертал 100 мг 1 раз на добу 7 днів. Через 15 днів у пацієнта відсутні будь-які скарги на біль у спині, у зв'язку із чим його виписано для подальшого проходження служби. Отже, комбінація Мідокалм + Аертал дала можливість досягти чудових результатів, допомігши розірвати хибне коло (біль → спазм → біль) і запобігти розвитку хронічного болю.

Підготувала Христина Воськало

МІДОКАЛМ
толперизон

РЕКОМЕНДОВАНА СХЕМА ЗАСТОСУВАННЯ

в/м по 1 ампулі вранці та ввечері

по 1 таблетці 3 рази на день (450 мг/день)

ЦІЛЬОВА ДОЗА — 450 МГ/ДОБУ

ТРИВАЛІСТЬ ТЕРАПІЇ | 7 днів

ТРИВАЛІСТЬ ТЕРАПІЇ | не менше 14 днів відповідно до показань

Коротка інструкція для медичного застосування препарату МІДОКАЛМ

Склад. Таблетки: діюча речовина: толперизону гідрохлорид; 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 50 мг або 150 мг толперизону гідрохлориду. Ін'єкції: діючі речовини: толперизону гідрохлорид, лідокаїну гідрохлорид; 1 мл розчину містить 100 мг толперизону гідрохлориду і 2,5 мг лідокаїну гідрохлориду. **Лікарська форма.** Таблетки, вкрита плівковою оболонкою. Розчин для ін'єкцій. **Фармакотерапевтична група.** Міорелаксанти з центральним механізмом дії. Код АТС М03В Х04. **Показання.** Таблетки. Симптоматичне лікування м'язового спазму у дорослих після перенесеного інсульту. Ін'єкції. М'язова спастичність, включаючи постінсультну спастичність, у випадках, коли ін'єкційна форма є методом вибору. **Протипоказання.** Таблетки. Гіперчутливість до діючої речовини або подібного з нею за хімічним складом еперизону, або до будь-якої з допоміжних речовин. Міастенія гравіс. Період годування груддю. Ін'єкції. Гіперчутливість до діючих речовин або подібного з толперизоном за хімічним складом еперизону, а також до будь-якої з допоміжних речовин та до інших амідних місцевозагострюючих засобів. Міастенія гравіс. Період годування груддю. Дитячий вік. **Побічні реакції.** Таблетки, ін'єкції. Нечасто (≥1/1000, <1/100): анорексія, безсоння, порушення сну, головний біль, запаморочення, сонливість, гіпотонія, відчуття дискомфорту в животі, діарея, сухість слизової оболонки порожнини рота, диспепсія, нудота, м'язова слабкість, міалгія, болі в кінцівках, астения, дискомфорт, підвищена стомлюваність. Ін'єкції. Часто (≥1/100, <1/10): почервооніння у місці введення. **Упаковка.** Таблетки. 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, по 50 мг або по 150 мг у блистері, по 3 блистери в картонній упаковці. Ін'єкції. По 1 мл в ампулі з коричневого скла, по 5 ампул у картонній упаковці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** БАТ «Гедеон Ріхтер», Угорщина. **Р. п.:** № UA/7535/01/01, № UA/7535/02/01, № UA/7535/02/02; Наказ МОЗ України №1921 від 10.09.2021.

Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. Інформаційне повідомлення. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. Застосовується за призначенням лікаря. Перед застосуванням обов'язково ознайомтеся з повною інструкцією.

1. Міщенко Т.С., Харина К.В. Ефективність та безпека препарату Мідокалм у лікуванні постінсультної спастичності // Міжнародний неврологічний журнал. — 2016. — № 5(83).



GEDEON RICHTER

Представництво «Ріхтер Гедеон» в Україні:
01054, м. Київ, вул. Тургенєвська, 17-Б. Тел.: (044) 389-39-50 (-51), факс: (044) 389-39-52.
E-mail: ukraine@richter.kiev.ua | www.richter.com.ua

REG.86785UK