



Современные аспекты лечения миофасциальных и дискогенных миелорадикулярных синдромов

16–18 сентября в г. Ялте состоялся II Инновационный международный симпозиум «YaltaNeuroSummit 2010: Современные аспекты практической неврологии». В рамках конференции прошел сателлитный симпозиум при поддержке компании Nyscomed, в ходе которого прозвучали доклады ведущих украинских специалистов.

Заведующая кафедрой рефлексотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования, член Всемирной ассоциации по борьбе с болью, доктор медицинских наук, профессор Ольга Григорьевна Морозова рассказала о принципах восстановительной терапии рефлекторных мышечно-тонических синдромов.



— Широкая распространенность скелетно-мышечной (миофасциальной) боли согласно данным эпидемиологических исследований побудила экспертов ВОЗ объявить 2000–2010 гг. декадой костно-суставных болезней, причем боль в спине и мышечно-скелетные нарушения в детском возрасте входят в пятерку приоритетных направлений. Европей-

ская ассоциация боли с учетом частоты и влияния миофасциальных дисфункций на качество жизни объявила 2010 г. годом мышечно-скелетной боли. В Украине вертеброгенные болевые синдромы с временной утратой трудоспособности в общей структуре заболеваемости занимают 2-е место и составляют до 20–30%, а в структуре заболеваемости периферической нервной системы частота случаев утраты трудоспособности, связанной с данной патологией, достигает 80%.

Эпизоды неспецифической мышечно-скелетной боли в течение жизни беспокоят 60–85% населения, а у 20% боль носит хронический характер. В течение жизни хотя бы один болевой эпизод в поясничной области испытывают до 84% населения страны, в области шеи — 40–70%.

В теле человека свыше 600 мышц, общая масса которых составляет до 40% массы тела. Каждая отдельно взятая мышца может становиться источником боли при ее напряжении. Мышечная боль в спине и конечностях — это синдром, происхождение которого связано с ирритацией рецепторного аппарата в области пораженных позвоночно-двигательных сегментов или крупных суставов с болевыми реакциями мышц позвоночника и конечностей. Частой причиной возникновения миофасциальных болей служат не морфологические, а функциональные биомеханические нарушения в опорно-двигательном аппарате, проявляющиеся в виде обратимых вертеброгенных изменений и миофасциальной дисфункции. Развитие миофасциального болевого синдрома обусловлено нарушениями функции той или иной мышцы и формированием в ней триггерных точек (ТТ) на фоне болезненных уплотнений.

Триггерные точки, представляющие собой зону гипервозбудимости мышцы или ее фасции, являются генераторами патологических рефлекторных реакций с участием рецепторов и сегментарного аппарата спинного мозга и запускают болевой синдром при воздействии провоцирующих факторов. Выделяют активные и пассивные ТТ. Активные болезненны всегда, пассивные — только при пальпации, но могут являться причиной ограничения движений в течение многих лет после травмы, периодически вызывая боли при незначительном перерастяжении, перегрузке или переохлаждении мышцы.

Различают первичную и вторичную (рефлекторно-мышечную) миофасциальную дисфункцию (МФД). Первичная, или невертеброгенная, МФД чаще всего возникает в результате местного повреждения: травмы, гипоксии, гипотермии и т. д. О вторичности миофасциального болевого синдрома свидетельствует наличие очаговой симптоматики. В таком случае миофасциальная боль может быть проявлением другого заболевания (например, радикулопатии) либо следствием сдавления напряженной мышцей расположенного возле нее нервного ствола.

Для успешного лечения миофасциального болевого синдрома большое значение имеет выявление причин

перенапряжения мышц спины. Среди факторов, способствующих развитию этого синдрома, выделяют такие: аномалии развития костно-мышечной системы; нарушения осанки; плоскостопие; длительное неправильное положение тела; травмы; нарушение питания и обмена веществ в организме. Существенное значение имеют и эмоциональная характеристика человека, отраженные боли при заболеваниях внутренних органов и т. д. Важным моментом в этом отношении является своевременное начало патогенетического лечения миофасциальной боли, поскольку длительный болезненный мышечный спазм, возникающий в результате перенапряжения мышцы, приводит к спазму сосудов, локальной ишемии и гипоксии тканей, вазогенному отеку, нейротоксическим и нейродеструктивным изменениям в этих тканях.

Анализ патобиомеханических нарушений, проведенный А.А. Ярошевским на базе кафедры рефлексотерапии Харьковской государственной медицинской академии последипломного образования, показал, что в основе развития мышечно-тонических синдромов лежат нарушения осанки (сколиотическая осанка, сутулость и т. д.), сколиотическая деформация позвоночного столба и в 70% — асимметрия и особенности развития (асимметрия плечевого пояса, короткая или длинная шея, асимметрия длины ног). Асимметрия нижних конечностей создает основу для нарушений осанки. При сравнении результатов оказалось, что в популяции лиц без мышечной боли асимметрия конечностей величиной в 1 см наблюдалась у 30% пациентов, тогда как в популяции пациентов с наличием болевого синдрома — у 70%. Предрасполагающими факторами для развития таких нарушений являются: длительное неправильное положение тела, вибрации, перенесенные травмы в прошлом, психологический стресс, неправильное питание (особенно стоит обратить внимание на недостаток витаминов группы В), чрезмерное употребление кофе и алкоголя, курение. К факторам, запускающим каскад миофасциального болевого синдрома, относятся: быстрое перерастяжение мышцы при выполнении «неподготовленного» движения, травма, избыточная нагрузка на мышцу, воздействие низкой температуры, острый эмоциональный стресс.

Рефлекторно-мышечные синдромы (РМС) представляют собой сочетание боли и мышечного спазма, которые обуславливают развитие вторичных неврологических нарушений: цервикогенной головной боли, цервикогенного атактического синдрома, мышечно-плече-лопаточного периартроза, нарушений церебральной гемодинамики при локализации РМС в шейно-грудном отделе, выраженного вертебро-мышечно-коронарного синдрома в сочетании с тахикардией при РМС мышц грудной клетки, а также сегментарных проявлений вегетативной дисфункции и т. д.

Для установления точного клинического диагноза большое значение имеют данные дополнительных методов обследования пациента: общего и биохимического анализов крови, рентгенографии позвоночника в нескольких проекциях, компьютерной или магнитно-резонансной томографии позвоночника. Но не стоит забывать, что недооценка клинических проявлений и переоценка рентгенографических методов исследования может приводить к гипердиагностике остеохондроза позвоночника. Признаки остеохондроза на рентгенограммах после 25-летнего возраста обнаруживаются достаточно часто, но это не означает, что имеющиеся у пациента боли во всех случаях связаны с этими изменениями. При визуальном осмотре пациента стоит обращать особое внимание на аномалии развития, асимметрию тела, особенности осанки, специфику ходьбы, выраженность физиологических изгибов позвоночника и т. д. Только сопоставление клинических проявлений с результатами специальных диагностических методов способствует установлению правильного диагноза.

В основе разработки алгоритмов лечения должны лежать такие положения:

- РМС любой локализации развиваются на фоне общей патобиомеханической патологии двигательной системы, нарушений биомеханики во всех отделах позвоночного столба и в каждом случае сопровождаются нарушением двигательного паттерна.

- Независимо от локализации РМС программа лечения требует биомеханической коррекции позвоночника в целом и создания нового динамического стереотипа.

- Развитие РМС приводит к возникновению вторичных неврологических проявлений, являющихся туннельными (мышечно- и сухожильно-мышечно-компрессионными).

- Появление вторичных неврологических симптомов связано не столько с выраженностью дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, сколько с биомеханическим нарушением и выраженностью мышечного синдрома.

- РМС любой локализации сочетаются с синдромом вегетативной дистрофии и тревожно-депрессивными нарушениями.

- Выявляется четкая связь между степенью мышечного синдрома, наличием ТТ и выраженностью симпатикотонии.

- В острую фазу РМС выраженность болевых ощущений обусловлена степенью мышечного синдрома (повышением тонуса и количеством активных ТТ), а в хроническую — выраженностью биомеханических изменений, вегетативно-эмоциональных проявлений и степенью мышечного синдрома, определяющейся количеством мышц, вовлеченных в процесс МФД, и количеством латентных ТТ.

Лечение МФД должно быть комплексным и основываться на данных доказательной медицины и индивидуальном подходе к каждому больному. Основными принципами лечения миофасциального болевого синдрома, регламентированными современными клиническими рекомендациями, являются установление доброкачественности заболевания, быстрое купирование боли, отказ от длительного постельного режима, проведение анальгетической терапии через одинаковые промежутки времени.

Средствами выбора для купирования миофасциального болевого синдрома являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и парацетамол. Кроме того, в базисном лечении этого вида боли используются миорелаксанты, усиливающие эффекты НПВП. Большое значение имеет включение в схему лечения немедикаментозных методов — мануальной и рефлексотерапии, направленных на устранение нарушенного биомеханического паттерна, лежащего в основе развития МФД, укрепление мышечного корсета и инактивацию ТТ, а также воздействие на эмоционально-вегетативные нарушения.

Одним из препаратов выбора для купирования боли на сегодняшний день является представитель группы НПВП лорноксикам (Ксефокам, Nyscomed). Этот препарат обладает выраженным анальгетическим действием, что позволяет быстро купировать болевой синдром при МФД. Витамины группы В (Нейробион, Nyscomed) в острую стадию РМС усиливают действие НПВП, а в хроническую — улучшают обменные процессы в мышце. Препараты имеют таблетированную и инъекционную формы.

Патогенетическое лечение миофасциального болевого синдрома заключается не только в купировании боли, но и во влиянии на метаболические и обменные процессы в напряженной мышце для устранения ТТ и предотвращения развития нейропатической боли. С этой целью применяют метаболические препараты — универсальные антигипоксанты, одним из которых является Актовегин (Nyscomed) — депротеинизированный гемодериват из крови молодых телят. Основное действие препарата заключается в повышении транспорта и утилизации глюкозы и кислорода клетками разных органов и систем, а также в активации процессов аэробного и анаэробного окисления, что способствует стабилизации энергетического потенциала клеток. Этот препарат улучшает микроциркуляцию и трофику тканей, обладает антигипоксическим и антиоксидантным эффектами. При миофасциальном болевом синдроме

Продолжение на стр. 4.

Современные аспекты лечения миофасциальных и дискогенных миелорадикулярных синдромов

Продолжение. Начало на стр. 3.

Актовегин применяется внутривенно струйно в течение 7 дней в дозе 400 мг/сут. В дальнейшем на протяжении 1-3 мес препарат назначается внутрь в дозе 200 мг/сут. Эффективно также местное применение Актовегина в виде 5% мази для аппликаций и фонофореза.

Лечение, влияющее на все патогенетические звенья развития миофасциальной дисфункции, обеспечивает быстрое улучшение состояния больного и качества его жизни, а также возвращение к активной жизнедеятельности.

Доклад заведующего кафедрой нервных болезней, психиатрии, наркологии и медицинской психологии Запорожского государственного медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора Александра Анатольевича Козелкина был посвящен принципам диагностики и консервативного лечения дискогенных миелорадикулярных синдромов — одной из важных проблем современной неврологии.



— В структуре общей неврологической заболеваемости взрослого населения заболевания периферической нервной системы — дискогенные миелорадикулярные синдромы (ДМРС) — составляют наибольший удельный вес (48-52%), зачастую являясь основной причиной длительной нетрудоспособности, а иногда и инвалидности больных. При патологии периферического отдела нервной системы первое место занимают вертеброгенные пояснично-крестцовые синдромы, причем в 70-80% случаев основным этиопатогенетическим фактором является дегенеративно-деструктивная патология позвоночника. Согласно статистическим данным США, ежегодная потеря только от вертеброгенных поясничных синдромов составляет 100 млн рабочих дней и 15 млрд долларов, в Великобритании эта сумма составляет 6 млрд фунтов стерлингов. В Украине подобная статистика не ведется, однако по состоянию на 1999 г. количество больных, страдающих вертеброгенными проявлениями, составляло 5 млн человек.

В настоящее время все большее количество работ посвящено диагностике и лечению пояснично-крестцовых вертеброгенных синдромов; несмотря на это, малоизученными остаются вопросы комплексного лечения ДМРС. Проблема заключается в том, что эта патология находится на стыке трех направлений неврологии: вертеброневрологии, нейрохирургии и нейроортопедии, поэтому каждый специалист имеет свою точку зрения по ведению и стратегическим позициям лечения таких пациентов.

Использование устаревшей классификации И.П. Антонова (1984) и ее модификации для МКБ-10 не устраивает клиницистов, поскольку не отображает всех известных на сегодня аспектов данной патологии. В последнее время все шире используются нейровизуализационные методы исследования, позволяющие получать новые данные о состоянии позвоночных структур и переосмыслить некоторые патогенетические механизмы. В связи с этим назрела необходимость создания новой классификации вертеброгенных заболеваний, которой смогли бы пользоваться не только врачи-неврологи, но и специалисты общей практики.

Согласно современным представлениям, все ДМРС можно разделить на дискогенные компрессионные радикулопатии (ДКРП), дискогенные компрессионно-ишемические радикулопатии (ДКИРП) и дискогенные компрессионные миелопатии (ДКМП).

Диагностика ДМРС — сложный и весьма трудоемкий процесс, поэтому большое внимание уделяется детальному обследованию пациента, которое включает:

- оценку степени нарушения вертебродинамики и степени выраженности болевого синдрома;
- выявление двигательных, чувствительных и вегетативно-трофических расстройств;
- определение типа двигательных расстройств (неоптимальный двигательный стереотип, постуральный дисбаланс мышц, гипермобильность, нестабильность и др.);

- выявление с помощью мануально-мышечного тестирования функционального блокирования позвоночно-двигательных сегментов, дополнительных сочленений (реберно-позвоночных, реберно-грудинных) и суставов конечностей, мышечно-дистонических и нейродистрофических расстройств;

- определение признаков вовлечения в процесс спинномозговых структур (наличие в анамнезе проходящей слабости в ногах, проходящего нарушения спинального кровообращения, двусторонних чувствительных, двигательных, мышечно-дистонических, рефлекторных расстройств), наличия патологических знаков и расстройств функции тазовых органов и др.;

- определение экстравертебральных факторов, формирующих клиническую картину комбинированных вертебро-висцеральных синдромов (заболевания внутренних органов);

- выявление экстравертебральных системных процессов с поражением костно-суставного и мышечно-связочного аппарата, влияющих на функциональное состояние позвоночника с формированием биомеханических расстройств, миоадаптивных и викарных синдромов).

Для установления диагноза ДМРС необходимо проведение:

- рентгенографии позвоночника с функциональными пробами;
- контрастной миелографии (при вовлечении в процесс спинальных структур);
- компьютерной и магнитно-резонансной томографии позвоночника и спинномозговых структур;
- ангиографии с исследованием позвоночных и спинномозговых артерий;
- ультразвуковой доплерографии с исследованием вертебробазилярного бассейна с функциональными пробами;
- реоэнцефалографии с исследованием кровотока в вертебробазилярном бассейне с функциональными пробами;
- реовазографии с исследованием кровотока в сосудах конечностей;
- термографии;
- электромиографии и электронейромиографии (с исследованием скорости проведения импульса, М-ответа, Н/Ф-рефлекса и др.);
- полного параклинического лабораторного исследования крови, мочи, спинномозговой жидкости (при необходимости) и др. для исключения невертеброгенного (дискогенного) происхождения выявленных расстройств (опухоль, воспалительных заболеваний спинного мозга, оболочек и позвоночника, системных поражений соединительной ткани, костей и суставов и др.).

Основные принципы лечения больных с ДМРС можно представить таким образом.

1. Патогенетическая обоснованность лечебных мероприятий направлена на купирование болевого синдрома; устранение статических и динамических нагрузок на позвоночный столб; восстановление вертебродинамики (деблокирование позвоночно-двигательных сегментов, межпозвоночных суставов, суставов конечностей и дополнительных сочленений); восстановление двигательных функций; улучшение кровообращения в системе позвоночных и спинномозговых артерий, улучшение микроциркуляции и др.

2. Комплексное лечение предполагает использование различных методов и способов воздействия на вертебральные структуры, периферические паретические нарушения, на экстравертебральные очаги и весь организм в целом.

3. Этапность и последовательность лечебных мероприятий определяется лечащим врачом в зависимости от выраженности клинических проявлений (степени выраженности болевого синдрома, нарушений вертебродинамики и периферического пареза) и общего самочувствия больного вплоть до стойкого улучшения состояния и устранения вертеброневрологических расстройств.

4. Преобладание в лечебно-реабилитационных комплексах немедикаментозных способов лечения: электростимуляции паретичных мышц, массажа, ЛФК, кинезотерапии, тракционного лечения, физиобальнеотерапии, рефлексотерапии и др.

5. Индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом особенностей психовегетативного статуса,

течения заболевания, наличия соматической патологии и состояния организма больного.

Необходимо подчеркнуть важность поэтапного лечения больных с ДМРС. Первый (лечебный) этап заключается в госпитализации пациента с двигательными (паретическими) расстройствами на фоне резко выраженного болевого синдрома (III-IV степени по И.П. Антонову) и резко ограниченной вертебродинамики в общий неврологический или вертеброневрологический стационар. Чаще используются препараты, направленные на купирование болевого синдрома, — литические смеси, НПВП, анестетики, транквилизаторы, антидепрессанты, диуретики, миорелаксанты и др. На этом этапе можно использовать препарат лорноксикам (Ксефокам, Nycomed), обеспечивающий длительный анальгетический эффект. Также применяются средства, улучшающие спинальное кровообращение.

Второй (лечебно-реабилитационный) этап проводится в условиях специализированных отделений вертеброневрологии или нейрореабилитации при наличии у больного двигательных (паретических) расстройств, умеренно выраженным болевым синдромом (II ст. по И.П. Антонову) и умеренном нарушении вертебродинамики. Основной акцент ставится на восстановление двигательных (паретических) расстройств (электростимуляция паретичных мышц, антихолинэстеразные препараты, ЛФК). Широко применяют немедикаментозные методы лечения (МТ-мобилизации, тракции, игло-рефлексотерапия, массаж, физиобальнеолечение и др.).

Третий (реабилитационно-профилактический) этап у больных с двигательными (паретическими) расстройствами, слабо выраженным болевым синдромом (I стадия по И.П. Антонову) и незначительным ограничением вертебродинамики осуществляется в условиях профилактория, санатория, водогрязелечебницы. В лечении преобладают мероприятия, направленные на полное восстановление двигательных (паретических) расстройств, устранение биомеханических нарушений, укрепление мышечного корсета позвоночника и конечностей (электростимуляция, массаж, кинезотерапия, постизометрическая релаксация мышц (ПИРМ), ЛФК, физиобальнеолечение и др.). Медикаментозная терапия на этом этапе включает антихолинэстеразные средства, ангио- и хондропротекторы, витаминные препараты.

Четвертый, заключительный этап лечения — профилактический — проводится зачастую в поликлинических отделениях. Пациенты диспансерно наблюдаются врачом-вертеброневрологом. Используются лечебные комплексы, включающие ЛФК, массаж, ПИРМ, аутомобилизацию, препараты, способствующие регенерации хрящевой ткани, витаминотерапию и др.

При ДКРП и ДКИРП компрессионно-ишемических радикулопатиях проводят комплексные лечебно-реабилитационные мероприятия с использованием медикаментозной терапии, физиобальнеолечения, тракционной терапии, кинезотерапии, рефлексотерапии, электростимуляции паретичных мышц, санаторно-курортного лечения и др. При безуспешности или низкой эффективности комплексной терапии (2-3 курса) показано оперативное лечение.

Более ранними показаниями к оперативному лечению больных с ДКРП и ДКИРП являются некупируемый резко выраженный болевой синдром, выраженный прогрессирующий атрофический процесс, прогрессирующие паретические расстройства, проявления проходящей миелорадикулопатии. ДКРП и ДКИРП — это относительные показания к оперативному лечению; абсолютным показанием к операции считается ДКИРП.

В завершение следует подчеркнуть, что больные с ДМРС подлежат тщательному клиничко-неврологическому, нейроортопедическому, нейрохирургическому и параклиническому обследованию для решения вопросов о характере лечения (консервативном или оперативном), способах и методах терапии, их целесообразности и эффективности. Консервативное лечение таких больных должно быть патогенетически обоснованным, этапным и комплексным. Эффективность терапии пациентов с ДМРС во многом зависит от ответственности в работе неврологов, нейрохирургов и нейроортопедов. Необходимо разработка единых стандартов диагностики и лечения больных с дискогенными и спондилогенными миелорадикулярными синдромами.

Подготовила Этери Колесник

