Актовегин в комплексной терапии дорсалгий

15–16 марта в г. Харькове на базе Института неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины прошла научно-практическая конференция «Неотложные состояния в неврологии». Большой интерес присутствующих вызвало обсуждение проблемы лечения боли в спине, являющейся одной из актуальнейших проблем современной медицины.

О.Г. Морозова

Согласно рекомендациям ВОЗ, с 2000 г. исследования, посвященные проблеме боли в спине, во всем мире включены в число приоритетных. Актуальность данной проблемы связана, прежде всего, с высокой частотой возникновения хронического болевого синдрома, приводящего к длительной потере трудоспособности у лиц молодого возраста. Мышечная боль представляет собой сложную междисциплинарную проблему и привлекает внимание врачей разных специальностей: неврологов, вертебрологов, ревматологов и других.

В докладе «Дифференцированный подход к терапии дорсалгий» **заведующая кафедрой рефлексотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Ольга Григорьевна Морозова** рассказала о возможностях применения препарата Актовегин.

По ее словам, чаще всего боли в спине встречаются при вертеброгенных заболеваниях периферической нервной системы, преобладающих среди хронических заболеваний человека. В нашей стране вертеброгенные болевые синдромы занимают второе место в общей структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Так, до 80% случаев утраты трудоспособности, связанных с патологией периферической нервной системы, также обусловлены развитием болевых синдромов (П.В. Волошин, Т.С. Мищенко, 2010). Эпизоды неспецифической мышечно-скелетной боли в течение жизни беспокоят 60-85% людей, а у 20% населения нашей страны боли имеют хронический характер (О.В. Воробьева, 2005; О.Е. Коваленко, 2008).

Согласно МКБ-10 боли в спине внесены в разряд заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани. К дорсалгиям относят болевые синдромы, связанные с формированием триггерных точек в фасциях и мышцах. Одной из наиболее частых причин дорсалгий является миофасциальная болевая дисфункция.

! Миофасциальные болевые синдромы могут наблюдаться при отсутствии вертеброгенной патологии (первичная миофасциальная дисфункция), а также осложнять практически любые вертеброгенные боли (вторичная миофасциальная дисфункция).

Миофасциальная болевая дисфункция представляет собой нарушение функции той или иной мышцы, возникающее в результате ее перегрузки и проявляющееся мышечным спазмом, наличием в напряженных мышцах болезненных уплотнений, или локальных гипертонусов, и триггерных точек. Происхождение этого синдрома связано с тоническим напряжением мышц (мышечным защитным спазмом), которое возникает в ответ на болевую импульсацию. Такие боли имеют относительно доброкачественный характер, но значительно снижают качество жизни и трудоспособность пациентов.

Как известно, мышцы практически всегда реагируют на болевую импульсацию появлением тонической рефлекторной реакции. С одной стороны, напряжение мышц, которое следует за любой болью, физиологически обосновано, поскольку способствует иммобилизации пораженного участка тела, созданию мышечного корсета, с другой – спазмированная мышца становится источником дополнительной боли. Избыточное напряжение ряда групп мышц, обусловленное разными причинами (от нефизиологической позы до мышечного дистресса, вызванного тревогой), обусловливает дисфункцию миофасциальных тканей с формированием болевого синдрома. В свою очередь, мышечный спазм приводит к усилению стимуляции болевых рецепторов мышцы, в результате чего возникает порочный круг «боль – мышечный спазм» с постепенным усилением проявлений. В спазмированных мышечных волокнах нарушается перфузия, развиваются ишемия и гипоксия, сопровождающиеся выбросом медиаторов воспаления и активацией болевых рецепторов.

Триггерные точки клинически представляют собой участок повышенной чувствительности в пределах локального мышечного уплотнения, что при пальпации вызывает резкую боль. Выделяют активные и латентные триггерные точки. Боль, связанная с активной триггерной точкой, проявляется как острый спонтанный отраженный болевой синдром в покое и/или при движении. В латентной триггерной точке боль возникает только при пальпации. Вместе с тем периодическая активация латентных триггерных точек может приводить к острым приступам боли при незначительном перерастяжении, перегрузке или переохлаждении мышцы. Если сформировалась как минимум одна активная или латентная триггерная точка, мышца становится менее растяжимой, что обусловливает затрудненность и ограниченность движений с ее участием. Чем больше в ней таких точек, тем более выражена миофасциальная дисфункция. Кроме того, в результате ишемии и гипоксии в соответствующей мышце происходит изменение метаболических процессов с возникновением участков миофиброза, что дополнительно усиливает дисфункцию. В целом миофасциальная дисфункция развивается на фоне общих патобиомеханических изменений двигательной системы, биомеханики со стороны всех отделов позвоночного столба и в каждом случае сопровождается нарушением двигательного паттерна.

Болезненный мышечный спазм является важным патогенетическим механизмом дорсопатий. С его развитием тесно сопряжены такие процессы, как спазм сосудов, локальная ишемия и гипоксия, вазогенный отек тканей, нейротоксические и нейродистрофические изменения в тканях, которые, в свою очередь, провоцируют ноцицептивную импульсацию с последующим развитием рефлекторной гиперактивности проводящих путей.

Клинический протокол оказания медицинской помощи больным, страдающим дорсалгиями, включает клинико-неврологическое, вертеброневрологическое обследование с элементами ортопедической диагностики. Предполагается проведение лабораторной диагностики, биохимических и иммунологических исследований.

На протяжении десятилетий в отечественной практике универсальным методом диагностики дорсопатий считалось рентгенографическое исследование. В последние годы широкое распространение получили методы спондилографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Для правильной постановки диагноза пациентам с дорсопатией позвоночного отдела рекомендуется проводить консультации у врачей смежных специальностей, таких как ортопед, уролог, гинеколог, инфекционист и т. д. Каждый пациент с болью в области позвоночника по-своему уникален и требует внимательного осмотра для выбора оптимального метода терапии. Лечебная программа при данных состояниях направлена на создание условий, которые должны способствовать снижению интенсивности болевых проявлений, уменьшению нагрузки на структуры опорно-двигательной системы.

Говоря о немедикаментозных методах терапии дорсалгий, профессор О.Г. Морозова отметила эффективность методов биомеханической коррекции позвоночника и мануальной терапии, которые хорошо дополнять акупунктурой, физиотерапией и лечебной физкультурой. Необходимо помнить, что методы мануальной терапии и физиотерапевтические процедуры назначают только через 5-10 дней после купирования боли.

Фармакологическое лечение вертеброгенного болевого синдрома многообразно и зависит от формы синдрома и преобладающего патогенетического компонента.

! Основными принципами медикаментозной терапии поражений периферической нервной системы и дегенеративных изменений позвоночного столба являются ее раннее начало, купирование болевого синдрома, сочетание патогенетического и симптоматического лечения.

Патогенетическая терапия направлена в первую очередь на борьбу с оксидантным стрессом, воздействие на микроциркуляторное русло, улучшение кровоснабжения пораженного участка, устранение признаков нейрогенного воспаления.

Основными классами лекарственных средств, применяемых для купирования боли, являются нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики, миорелаксанты, антиконвульсанты, антидепрессанты. В целях коррекции метаболизма поврежденных мышц назначают препараты, улучшающие микроциркуляцию, регионарную и центральную гемодинамику, уменьшающие венозный застой, а также средства с метаболическим воздействием, хондропротекторы.

Профессор О.Г. Морозова подчеркнула, что наличие компрессионного синдрома является показанием для назначения противоишемических препаратов: антиоксидантов, антигипоксантов (Актовегин), вазоактивных препаратов. По мнению профессора, при дорсопатии целесообразно применение препарата Актовегин как в острой, так и в подострой стадиях заболевания, в том числе при отсутствии эффекта от других методов терапии. Выбор в пользу Актовегина обусловлен возможностью его использования для проведения блокад совместно с анестетиком, высокой степенью безопасности и доказанной эффективностью в лечении различных неврологических заболеваний.

Современный антигипоксант и антиоксидант Актовегин представляет собой депротеинизированный экстракт крови телят и содержит широкий спектр низкомолекулярных компонентов клеточной массы и сыворотки крови с молекулярной массой до 5000 дальтон. Основное действие данного препарата состоит в улучшении утилизации кислорода и глюкозы, а также повышении энергетического статуса клеток. Под влиянием Актовегина значительно улучшается диффузия кислорода в нейрональных структурах, что позволяет уменьшить выраженность вторичных трофических расстройств. В исследованиях с участием данного препарата показано также значительное улучшение состояния церебральной и периферической микроциркуляции на фоне нормализации аэробного энергообмена сосудистых стенок, высвобождения простациклина и оксида азота. Активация кислородного метаболизма сосудистых стенок под воздействием данного лекарственного средства, в свою очередь, приводит к снижению периферического сопротивления и вазодилатации. Кроме того, под воздействием препарата уменьшается выработка лактата, что обусловливает нормализацию кислотности.

Методика применения Актовегина заключается во внутримышечном или внутривенном введении 160-400 мг в течение 10-15 дней, с последующим переходом (при необходимости) на пероральное применение. Профессор О.Г. Морозова поделилась собственным опытом использования препарата и отметила, что в острой фазе дорсалгии в целях улучшения метаболических процессов в мышцах Актовегин целесообразно применять внутривенно струйно по 400 мг/сут в течение 7-10 дней, затем внутрь по 200 мг 2 р/сут в течение 1-3 мес. Препарат, как правило, хорошо переносится, что особенно важно при лечении пациентов пожилого возраста.

Острый период заболевания завершается выздоровлением (или ремиссией, так как часто бывают рецидивы) либо переходом состояния в подострую или хроническую стадию (например, при радикулярном синдроме). На этом этапе лекарственную и физическую терапию подбирают индивидуально, с учетом всех особенностей пациента. Применение Актовегина при хронической фазе: перорально по 200 мг 2 р/сут, 1-3 мес. Кроме того, целесообразно использовать фонофорез и аппликации, местно в виде мази, крема.

Таким образом, Актовегин может применяться в комплексной терапии дорсалгий. Препарат обладает как центральным действием, стимулируя процессы церебрального метаболизма, так и достаточно выраженным действием при периферических нарушениях. Подобный механизм обеспечивает клиническую эффективность в условиях временно индуцированного стресса и гипоксии тканей, способствуя стимуляции периферического кровотока, улучшению периферической трофики. Эти свойства Актовегина обусловливают его высокую эффективность при лечении дорсалгий, в том числе дискогенных радикулопатий, сопровождающихся отеком, гипоксией и нарушением микроциркуляции корешка.

Подготовила ***Катерина Котенко***
Фото автора

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476