

Боли в спине: стратегия лечения

А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова

Боли в спине (дорсалгии) – один из самых распространенных клинических симптомокомплексов, с которыми больные обращаются к неврологам и врачам общей практики. В статье освещены наиболее частые причины развития дорсалгий, их клинические проявления, стратегия лечения больных с острыми и хроническими болями в спине на основе комплексной терапии с применением одного из самых эффективных нестероидных противовоспалительных препаратов – лорноксикама.

Ключевые слова: дорсалгия, миофасциальный болевой синдром, триггерные пункты, лорноксикам (Ксефокам).

Дорсалгии (боли в спине) и, соответственно, цервикалгии (боли в шее), торакалгии (боли в спине на уровне грудного отдела позвоночника), люмбалгии (боли в пояснице) Я.Ю. Попелянский и другие сторонники вертеброгенной теории относят к рефлекторным поражениям позвоночника [1]. В 1980–1990-е годы стала преобладать теория преимущественного миогенного происхождения дорсалгий. В настоящее время многие авторы считают, что почти в 90% случаев боли в спине – это проявление миофасциального синдрома.

К факторам риска развития дорсалгий относят [2]:

- тяжелые физические перенапряжения, часто сочетающиеся с перерастяжением мышц;
- перегрузку нетренированных мышц;
- неудобную, антифизиологическую позу;
- длительную иммобилизацию мышц;
- травмы;
- переохлаждения, сквозняки;
- злоупотребление алкоголем;
- профессиональные вредности (высокая температура в горячих цехах, резкие колебания температуры, работы, связанные с переносом тяжестей, работа в холодных и сырых помещениях, вибрация и т.д.);
- болезни внутренних органов и суставов.

В происхождении дорсалгий большое значение имеет функционально обратимое блокирование межпозвоночных суставов, которое может предшествовать развитию спондилоартроза и остеохондроза, но также может возникать и в уже пораженных суставах. Наиболее частой причиной блокирования могут быть статические или динамические нагрузки, антифизиологические позы и микротравмы. Блокирование в одном участке позвоночника вызывает функциональные изменения в смежных областях в виде формирования компенсаторной гипермобильности [3].

Как уже отмечалось выше, дорсалгию в настоящее время многие исследователи относят к миофасциальным бо-

левым синдромам (МФБС) [4]. Миофасциальный болевой синдром – хроническая мышечная боль, связанная с локализованной зоной изменения болевой чувствительности, вызываемой триггерными пунктами (точками). Триггерный пункт представляет собой гиперраздражимую область с уплотнением и формированием “тугого тяжа” скелетной мышцы, локализованную в мышечной ткани или ее фасции. Миофасциальная боль может быть локальной или отраженной. По определению Международной ассоциации по изучению боли, МФБС – хронический болевой синдром, возникающий от одного или нескольких триггерных пунктов одной или нескольких мышц позвоночника.

Мышечный спазм может быть связан со многими болезненными состояниями позвоночника и внутренних органов. В ряде случаев локализованный мышечный спазм может являться защитным физиологическим механизмом, ограничивающим подвижность заинтересованных отделов позвоночника. Однако затем спазмированные мышцы становятся вторичным источником боли, который запускает порочный круг боль–мышечный спазм–боль, способствующий формированию МФБС.

К ведущим патогенетическим механизмам МФБС независимо от этиологического фактора относятся локальная вазомоторная дисфункция и рефлекторные тонические изменения всей мышцы или ее ограниченного участка [1].

Рефлекторная концепция стала новым этапом в исследовании механизма развития МФБС. В соответствии с этой концепцией образование триггерных пунктов рассматривается как рефлекторный процесс, важнейшими звеньями которого являются искажения проприоцептивной информации от гипертонической мышцы, возникновение остаточного напряжения мышцы, снижение порога возбудимости афферентного звена, нарушение кальциевого обмена, вторично возникающие нарушения микроциркуляции. Этот комплекс формирует устойчивую патологическую систему, генератором которой является триггерный пункт – область первичной гипералгезии [5]. Таким образом, МФБС может как наблюдаться вне зависимости от вертеброгенной патологии, так и осложнять практически любые вертеброгенные боли.

Для диагностики МФБС выделяют две группы критериев.

III неврологическое отделение ФГБНУ “Научный центр неврологии”, Москва.

Альберт Серафимович Кадыков – профессор, зав. отделением.

Наталья Владимировна Шахпаронова – докт. мед. наук, вед. науч. сотр.

I. “Большие” критерии (для подтверждения МФБС необходимо наличие всех пяти перечисленных ниже пунктов):

- региональная боль;
- пальпируемый “тугой тяж” в мышце;
- участок повышенной чувствительности в пределах “тугого тяжа”;
- характерный паттерн отраженной боли или чувствительных расстройств;
- ограничение объема движений.

II. “Малые” критерии (для подтверждения МФБС необходимо наличие одного из трех перечисленных ниже пунктов):

- воспроизводимость боли и чувствительных нарушений при стимуляции триггерных пунктов;
- локальные вздрагивания при пальпации триггерных пунктов или при инъекции в триггерную точку;
- уменьшение боли при растяжении или при инъекции в мышцу.

Острые боли в спине той или иной интенсивности отмечаются в течение жизни у 80–90% населения. У 20% взрослых наблюдаются периодические рецидивирующие дорсалгии, чаще в пояснице, длительностью 3 дня и более. Большому риску возникновения болей в спине подвержены люди молодого и среднего возраста, деятельность которых связана с управлением автомобилем, динамическим физическим трудом (плотники, строители), работой в офисе. Факторами риска являются также недостаток физической активности, алкоголизм, курение, частые наклоны и подъемы тяжестей во время работы.

К острой боли в спине относят все случаи боли длительностью до 6 нед, к подострой – от 6 до 12 нед, к хронической – свыше 12 нед [6]. Среди острых болей в спине чаще всего наблюдается люмбалгия – боль в пояснице. Острые боли в спине могут иметь тенденцию к хронизации, особенно при неправильном или недостаточном их лечении. Развиваются рефлекторные мышечно-тонические и компрессионно-ишемические синдромы (радикулопатии). Наиболее часто возникают поясничный и пояснично-крестцовый корешковые компрессионные синдромы.

Для поражения корешка L5 характерны:

- боли, иррадиирующие от поясницы в ягодичную область по наружному краю бедра, по передненаружной поверхности голени до внутреннего края стопы и I пальца;
- парестезии и гипалгезии в вышеупомянутых зонах дерматома;
- снижение силы разгибателя I пальца;
- гипотрофия передней большеберцовой мышцы, затруднения при стоянии на пятках.

При поражении корешка S1 наблюдаются:

- боли, иррадиирующие от поясницы и ягодичной области по наружному краю бедра, по наружному краю голени до наружного края стопы и V пальца;

- парестезии, а затем гипалгезия в упомянутых выше зонах дерматома;
- гипотрофия икроножной мышцы;
- снижение силы трехглавой мышцы голени и сгибателей пальцев стопы, затруднения при стоянии на носках;
- снижение или выпадение ахиллова рефлекса;
- положительный симптом Ласега.

Причиной болей в спине, особенно хронических, помимо дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника и МФБС могут быть:

- опухоли позвоночника, спинного мозга и корешков;
- миеломная болезнь;
- сирингомиелия;
- травмы позвоночника;
- инфекционные и неинфекционные воспалительные заболевания (миелиты, арахноидиты, туберкулез);
- заболевания внутренних органов (отраженная боль).

К “красным флажкам” – признакам серьезной патологии при болях в спине – А.Н. Баринов относит наличие симптомов поражения спинного мозга и корешков конского хвоста, наличие в анамнезе злокачественного образования (возможность метастазирования), хроническое лихорадочное состояние, возраст дебюта боли старше 55 лет и моложе 20 лет, длительное сохранение болевого синдрома, несмотря на проводимую адекватную комплексную терапию [7].

При хронизации болевого синдрома наряду с тщательным неврологическим и рентгенологическим обследованием больным показано проведение компьютерной или магнитно-резонансной томографии (МРТ) позвоночника, а в ряде случаев – электронейромиографии и исследования ликвора.

Лечение больных дорсалгией в острой стадии заболевания включает следующие задачи:

- снятие боли;
- снятие мышечного спазма;
- разгрузка позвоночника;
- нормализация эмоционального состояния.

Для снятия боли применяются:

- медикаментозная терапия;
- обезболивающие и раздражающие мази (капсин, капсаицин, финалгон), перцовый пластырь;
- хлорэтиловые орошения триггерных точек (можно заменить пиявками);
- блокады (новокаиновые или лидокаиновые, иногда с добавлением преднизолона или дексаметазона) в область триггерных точек (например, паравертебральные блокады), иногда, при резко выраженном болевом синдроме, – в эпидуральное пространство;
- физиотерапия (ультрафиолетовое облучение, магнитотерапия, короткоимпульсная электроаналгезия, диадинамические или синусоидально-модулированные токи).

Для снятия боли считается целесообразным использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), обладающих хорошим обезболивающим и противовоспалительным эффектом. Препараты могут вводиться перорально, парентерально, а также ректально в виде свечей. Все НПВП подавляют активность фермента циклооксигеназы, что в результате приводит к угнетению синтеза простагландинов, простацклинов и тромбксана.

Одним из наиболее эффективных НПВП является лорноксикам (Ксефокам), особенно для купирования острых болей в спине. Первая доза Ксефокама может составлять 16 мг внутрь (или 8 мг внутримышечно), в дальнейшем – по 8 мг 2–3 раза в день. В России наряду со стандартной формой Ксефокама в виде таблеток 4 и 8 мг зарегистрирована быстро абсорбируемая форма в виде таблеток Ксефокам рапид 8 мг, а также лиофилизат для приготовления раствора для внутривенных и внутримышечных инъекций 8 мг [8]. Преимущество Ксефокама в сравнении с другими НПВП заключается, с одной стороны, в высоком противоболевом и противовоспалительном потенциале, с другой – в меньшем риске развития заболеваний желудочно-кишечного тракта за счет уменьшения периода полувыведения.

В связи с опасностью эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта и желудочно-кишечных кровотечений больным с заболеваниями желудочно-кишечного тракта в анамнезе (особенно язвенной болезнью) следует принимать НПВП в сочетании с противоязвенными препаратами, такими как мизопростол по 200 мкг 2–4 раза в день, последний прием на ночь или омепразол по 20 мг 1 раз в день, лучше на ночь.

Более редкими осложнениями являются НПВП-индуцированные заболевания печени и дестабилизация артериального давления (периодическое его повышение, несмотря на прием адекватной гипотензивной терапии) [9].

Важной задачей реабилитации больных с вертеброгенными и миофасциальными болевыми синдромами в острой стадии является снятие мышечного спазма. С этой целью применяется мягкое пассивное растяжение спазмированной мышцы с одновременным ее охлаждением путем нанесения на кожу быстро испаряющейся жидкости, например хлорэтила. Для достижения максимального мышечного расслабления больной должен находиться в удобной позе при комфортных температурных условиях.

С целью релаксации применяется ишемическая компрессия, которая заключается в сильном надавливании на триггерные пункты кончиком пальца в течение 1 мин (сила давления постепенно увеличивается до 10–13 кг). Механизм лечебного действия ишемической компрессии связан с увеличением кровотока в пораженной области, которое наступает сразу же после прекращения давления.

Для релаксации спазмированных мышц используются расслабляющий массаж (поглаживание, легкое растирание, неглубокое разминание), а также методика постизо-

метрической релаксации, которая заключается в расслаблении мышц после их волевого изометрического напряжения без изменения расстояния между точками прикрепления мышцы.

Для снятия мышечного спазма рекомендуется применение миорелаксантов. Средствами выбора являются тизанидин по 2–4 мг 2–3 раза в день, баклофен по 10–15 мг 3 раза в день, толперизон по 150 мг 3 раза в день.

Важное терапевтическое значение также имеет нормализация эмоционального состояния. На первых порах рекомендуется назначение транквилизаторов, к которым при затяжном болевом синдроме добавляют антидепрессанты. Одним из наиболее эффективных антидепрессантов, обладающим также и антиноцицептивным (противоболевым) эффектом, является амитриптилин (средняя суточная доза 50–75 мг в 2–3 приема). Хороший эффект оказывают также ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина – дулоксетин и венлафаксин, которые можно применять в случаях плохой переносимости амитриптилина [10].

Лечебно-реабилитационные мероприятия у больных с вертеброгенными и миофасциальными болевыми синдромами в подострой и хронической стадиях включают:

- расширение режима;
- снятие боли и мышечного спазма. При стойких МФБС применяются препараты ботулотоксина, денервирующие мышцы. Эффект наступает в течение 1–2 нед и длится около 3 мес;
- лечебную гимнастику, в том числе занятия в бассейне;
- тракционное лечение;
- мануальную терапию, включая постизометрическую релаксацию;
- физиотерапию, в том числе бальнеолечение;
- применение антидепрессантов, снотворных препаратов;
- витаминотерапию – витамины группы В (В₁, В₆, В₁₂), лучше в виде наиболее биодоступной формы (мильгамма);
- применение хондропротекторов.

При неэффективности консервативной терапии прибегают к хирургическому лечению, “абсолютными” показаниями к которому являются [1]:

- большая по размеру грыжа межпозвоночного диска, оказывающая давление через мозговые оболочки на спинной мозг или конский хвост, что приводит к проявлениям проводниковой или корешковой симптоматики, возникновению стойкой боли и тазовых расстройств, однако при тенденции к улучшению в первые 6 ч после развития эти показания становятся относительными;
- грыжа диска при полном ликвородинамическом и миелографическом блоке;
- секвестрация грыжевого выпячивания и развитие при этом стойкого воспалительного процесса по типу хронического эпидурита, который обычно сопровождается интенсивной перманентной локальной болью в связи с раздражением спинномозговых корешков или конского хвоста.

Относительные показания к хирургическому лечению:

- выраженные или упорные корешковые боли при отсутствии тенденции к их исчезновению в течение 3 мес, несмотря на проведение активной консервативной терапии (при задней грыже диска более 5 мм, выявленной при МРТ);
- функционально значимый парез крупных мышц, например четырехглавой мышцы бедра;
- частые рецидивы корешкового болевого синдрома, чаще люмбоишиалгии;
- резко выраженный спондилолистез, при котором операция может быть показана с целью стабилизации позвоночно-двигательного сегмента;
- кистозные и кистозно-слипчивые спинальные арахноидиты [11].

Дорсалгии остаются актуальной клинической и социально-экономической проблемой, существенно снижая качество жизни и приводя к значительному числу случаев временной нетрудоспособности среди населения, а иногда

и к инвалидизации. Для успешного купирования болевого синдрома и последующей реабилитации пациентов требуется комплексное лечение и сочетание различных современных терапевтических подходов.

Список литературы

1. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. Руководство для врачей. М., 1989.
2. Кадыков А.С. и др. Реабилитация неврологических больных. М., 2008.
3. Воробьева О.В. // Рус. мед. журн. 2003. № 10. С. 594.
4. Тревелл Дж.Г., Симонс Д.Г. Миофасциальные боли. М., 1989.
5. Иваничев Г.А. Мануальная терапия. Казань, 1997.
6. Герасимова О.Н., Парфенов В.А. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010. № 4. С. 65.
7. Баринев А.Н. // Рус. мед. журн. 2013. № 30. С. 1524.
8. Дадыкина И.С., Дадыкина П.С. // Фарматека. 2014. № 7. С. 62.
9. Пахомова И.Г., Павлова Е.Ю. // Consilium Medicum. Неврология. Ревматология. 2014. № 1. С. 8.
10. Латышева Н.В., Филатова Е.Г. // Лечение заболеваний нервной системы. 2012. №1(9). С. 33.
11. Гуца А.О. и др. // Рус. мед. журн. Неврология. Психиатрия. 2013. № 30. С. 1549. ●



Продолжается подписка на журнал непрерывного медицинского образования

“ПРАКТИЧЕСКАЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЯ”

Журнал выходит 4 раза в год **ВМЕСТО** журнала “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 480 руб., на один номер – 240 руб. Подписной индекс 81166.



Продолжается подписка на научно-практический журнал

“Лечебное дело” –

периодическое учебное издание РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 240 руб., на один номер – 120 руб. Подписной индекс 20832.

**Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.
Редакционную подписку на любой журнал издательства “Атмосфера”
можно оформить на сайте <http://atm-press.ru> или по телефону: (495) 730-63-51**