

УДК 616.7 009.7 07 08

О.И. ШУШЛЯПИН, к. мед. н.

/Харьковский национальный медицинский университет/

Спинальная дорсалгия: этиология, патогенез, диагностика, терапия

Резюме

В статье описан алгоритм ведения больного с вертеброгенным болевым синдромом. Рассмотрены вопросы неврологической патологии – спинальной дорсалгии, которая на сегодняшний день является актуальной медицинской и социальной проблемой, развивающейся как при соматических, так и при неврологических заболеваниях, которая особенно распространена среди лиц трудоспособного возраста.

Детально описаны методы диагностики и лечения вертеброгенного болевого синдрома различного генеза, отмечена необходимость применения комплекса лекарственных препаратов, в частности нестероидных противовоспалительных препаратов, миорелаксантов, витаминов группы В и препаратов метаболического действия. Указано на необходимость и своевременность применения нефармакологических средств: постизометрической релаксации, мануальной терапии, массажа, иглорефлексотерапии, физиотерапии и лечебной физкультуры.

Ключевые слова: вертеброгенный болевой синдром, радикулопатия, миофасциальный болевой синдром, нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты

Спинальная дорсалгия является частой неврологической патологией, около 20% взрослого населения страдают от периодически повторяющейся боли в спине, что служит частой причиной госпитализации. Чаще всего болью в спине страдают люди трудоспособного возраста – от 30 до 50 лет. Именно в этот возрастной период спинальная дорсалгия является одной из причин потери трудоспособности и, в ряде случаев, перевода больных на ту или иную группу инвалидности. Спинальная дорсалгия – проблема междисциплинарная, она может наблюдаться при ряде соматических и неврологических заболеваний. Основная задача терапевтов и невропатологов – установить правильный диагноз и применить все средства комплексной терапии для лечения пациентов с данным заболеванием.

Длительное время спинальная дорсалгия может иметь бессимптомное течение, осложняясь радикулопатиями или мышечно-тоническими судорогами. Одной из наиболее частых причин вертеброгенной боли является дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника в виде остеохондроза, который проявляется мышечно-тоническими рефлекторным синдромом, а источником микротравматизации корешков при остеопорозе позвоночника могут быть грыжи дисков, артрозы позвоночных суставов и остеофиты.

Для радикулопатии характерна интенсивная боль в спине стреляющего характера с дистальным распространением боли по ходу пораженного корешка вплоть до пальцев стопы. Радикулопатии всегда сочетаются с так называемыми антальгическими позами (приходится изгибаться из-за боли) и рефлекторным спазмом мышц. Блокирование межпозвоночного сустава сопровождается появлением функциональной гипермобильности в межпозвоночных суставах выше- и нижележащих позвонков.

Функциональное блокирование суставов, как и их гипермобильность, воспринимается как боль.

Основной причиной боли в спине невертеброгенного характера является миофасциальный болевой синдром. Возникновение миофасциального болевого синдрома не связано с остеохондрозом позвоночника, хотя может формироваться и на его фоне, осложняя его течение.

В постановке диагноза могут помочь следующие клинические ориентиры: история заболевания, связанная с физической перегрузкой, длительным пребыванием в одном положении, прямым охлаждением мышц, при осмотре в мышцах обнаруживаются плотные болезненные тяжи.

Распространенность миофасциального болевого синдрома связана с аномальным развитием костно-мышечного скелета, длительной иммобилизацией мышц, переохлаждением мышц, психическими факторами: эмоциональным стрессом, сопровождающимся тревогой и мышечным напряжением, при этом большое значение имеют сопутствующие заболевания внутренних органов и суставов.

В диагностике при анализе болевого синдрома следует обращать внимание на интенсивность и характер боли, её локализацию и иррадиацию, возникновение во время сна или бодрствования. Важно выявлять связь болевого синдрома с обострением заболеваний соматических органов. Основным анамнестическим фактором являются возраст и пол больного. Так, первое появление боли в спине в пожилом возрасте у мужчин требует исключения онкологических заболеваний, а у женщин – остеоартроза и коксартроза.

При осмотре больного необходимо исследовать подвижность суставов и провести тщательную пальпацию мышц спины и конеч-

ностей. Дополнительные методы исследования необходимы, если боль в спине сопровождается нарушением мочеиспускания, повышением температуры тела, иррадиацией боли в нижнюю конечность, непрекращающейся болью в течение недели, интенсивно нарастающей болью, наличием слабости или онемения нижней конечности. При этом необходимо провести клиническое обследование: анализ крови и мочи, УЗИ внутренних органов, рентгенологическое исследование позвоночника в прямой и боковой проекциях, компьютерную томографию (КТ), которая более информативна для визуализации костных структур, в то время как магнитно-резонансная томография (МРТ) необходима для визуализации спинного мозга, межпозвоночных дисков и связочного аппарата.

Данные дополнительных исследований играют важную роль, но первое место все же принадлежит клинической симптоматике. Так, дискогенные грыжи, обнаруженные при МРТ, во многих случаях остаются незначимыми и приобретают важное значение только при выявлении клинических признаков корешковой компрессии.

При лечении болевого синдрома в спине приоритет отдается консервативным методам. Первым необходимым условием лечения боли в спине в острый период является создание покоя пораженным мышцам с исключением длительного статистического перенапряжения. При остеохондрозе позвоночника с радикулопатией рекомендуется его иммобилизация с помощью специальных поясов, корсетов. При наличии корешкового синдрома достаточно соблюдения постельного режима в течение двух недель. При боли в спине без признаков поражения корешка постельный режим может быть сокращен до одного – двух дней. В период острой спонтанной боли рекомендуется применение сухого тепла. Может применяться новокаиновая блокада напряженных мышц и болезненных мышечных уплотнений; эффективны аппликации с раствором димексид.

Фармакологическое лечение боли в спине связано с применением нестероидных противовоспалительных препаратов, из которых наиболее сильным анальгезирующим и противовоспалительным эффектом обладают диклофенак и лорноксикам; при их применении курс лечения составляет 1–2 месяца. В острый период назначают транквилизаторы с релаксирующим эффектом, а также местные противовоспалительные препараты в форме мази, раствора (димексид). Назначают диазепам, буспирон с продолжительностью лечения не менее 8 недель.

Очень большое значение в комплексной терапии боли в спине имеют мышечные релаксанты – толперизон, тиакоколизид, которые позволяют разорвать порочный круг боль – мышечный спазм – боль. Практически любая боль сопровождается мышечным спазмом. Наиболее предпочтительным для снятия спазма является назначение тизанидин – селективного альфа-2-адренергического агониста (торговое название Сирдалуд), подавляющего выброс нейротрансмиттеров. Тизанидин одновременно защищает слизистую желудка от побочного действия нестероидных противовоспалительных препаратов. Данное средство назначают по 4–6 мг в сутки в три приема.

При спинальной дорсалгии рекомендуется назначение сосудистых препаратов, улучшающих микроциркуляцию и венозный отток, курс лечения – один месяц (мельдоний в капсулах по 250 мг в течение 1 месяца).

После ликвидации болевого синдрома назначают витамины и биологические стимуляторы, в частности комплексный метаболический препарат, содержащий никотинамид, кокарбоксилазу,

цианокобаламин, динатрия аденозин, трифосфата тригидрат. Его использование способствует улучшению трофики нервной ткани и хрящевой ткани межпозвоночных дисков. Это и определяет необходимость включения в комплексное лечение боли в спине метаболических препаратов, обладающих высокой тропностью к нервной ткани.

Применение метаболических препаратов способствует нормализации обмена веществ, энергетического метаболизма, улучшает трофику тканей, способствуя активации репаративных процессов. Витамины группы В, входящие в состав данных препаратов, помимо метаболической активности, оказывают собственное обезболивающее действие, а также, при их совместном применении с местными анестетиками (лидокаин), способствуют усилению анальгезирующего эффекта нестероидных противовоспалительных средств, позволяют купировать боль, замедлить прогрессирование заболевания и улучшить качество жизни больных.

Существенную роль в лечении спинальной дорсалгии имеют нефармакологические средства: постизометрическая релаксация, мануальная терапия, массаж, иглорефлексотерапия, физиотерапия и лечебная физкультура. Эти методы следует наиболее широко применять в подострый период заболевания.

Постизометрическая релаксация – метод, не имеющий противопоказаний, как в острый, так и в подострый период, его проведение облегчается при предварительном согревании мышц или применении методики на фоне курса лечения миорелаксантами. При выявлении в спазмированных мышцах «триггерных точек» используются локальные методы воздействия: разминание, введение в активные точки мышечного спазма раствора новокаина, аппликации с раствором димексид.

Одним из важнейших методов терапии является лечебная физкультура, её желательно назначать как можно раньше, сразу после исчезновения боли в покое. Комплекс упражнений должен подбираться индивидуально под контролем специалиста по лечебной физкультуре.

Нейрохирургическое вмешательство показано при: симптомах, свидетельствующих о сдавливании спинного мозга или появлении синдрома конского хвоста, радикулопатиях с нарастающим парезом, выраженном стойком болевом синдроме и неэффективности консервативной терапии, проводимой не менее 4 месяцев в условиях специализированного вертеброневрологического стационара.

Выводы

1. При болевом вертеброгенном синдроме необходимо проведение комплексного поэтапного лечения и применение различных средств и методов терапии.

2. Применение комплекса витаминных препаратов (группы В), метаболических препаратов в комбинации с обезболивающими средствами у больных с вертеброгенным болевым синдромом потенцирует действие нестероидных противовоспалительных средств (НПВП), повышая их анальгезирующий эффект и уменьшая проявления парестезии и мышечного спазма.

3. Данные препараты не оказывают отрицательного влияния на функциональное состояние других органов, хорошо переносятся пациентами и могут быть рекомендованы в составе комплексного лечения болевого синдрома спины.

4. Все вышеуказанное способствует быстрому выздоровлению больных, улучшению их работоспособности и качества жизни.

Список использованной литературы

1. Куприенко Н. Изучение костной ткани / Н. Куприенко // Новости медицины и фармации – 2010. – № 21 (349). – С. 8–9.
2. Стрильчук Л. Лечение боли в поясничном отделе позвоночника: быстрое и продолжительное действие в одной таблетке диклофенака / Л. Стрильчук // Здоров'я України. – 2016. – № 11–12 [384-385]. – С. 30–31.

3. Кремец К. Связь физической активности и боли в спине: систематический обзор литературы / К. Кремец // Новости медицины и фармации. – 2012. – № 13–14 (423–424). – С. 5.
4. Бакалюк О. Й. Народна медицина світу: традиції, значення для сучасної медичної науки і практики / О. Й. Бакалюк, С. В. Дзига, Є. І. Давидович // Новости медицины и фармации. – 2012. – № 1–14 (423–424). – С. 26–30.
5. Боженко Н. Л. Досвід лікування больового синдрому в спині / Н. Л. Боженко // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 17 (224). – С. 10.

Резюме

Спинальна дорсалгія: етіологія, патогенез, діагностика, терапія

О.І. Шушляпін

Харківський національний медичний університет

У статті розглянуто питання неврологічної патології – спинальної дорсалгії, яка на даний час є актуальною медичною та соціальною проблемою, що спостерігається при як при соматичних, так і при неврологічних захворюваннях, яка особливо поширена серед осіб працездатного віку.

Детально описані методи діагностики та лікування вертеброгенного больового синдрому різного генезу, зазначається необхідність застосування цілого комплексу лікарських препаратів, зокрема нестероїдних протизапальних препаратів, міорелаксантів, вітамінів групи В та препаратів метаболічної дії. Зазначена необхідність та своєчасність призначення нефармакологічних засобів: постізометричної релаксації, мануальної терапії, масажу, голкорекфлексотерапії, фізіотерапії та лікувальної фізкультури.

Ключові слова: вертеброгенний больовий синдром, радикулопатія, міофасціальний больовий синдром, нестероїдні протизапальні препарати, міорелаксанти

Summary

Spinal dorsalgia: etiology, pathogenesis, diagnostics, therapy

O.I. Shushliapin

Kharkiv National Medical University

In this article is described the algorithm of management of patients with vertebrogenic pain syndrome. The article deals with issues of neurologic pathologies - spinal dorsalgia that today is an urgent medical and social problem, developing both in somatic and neurological diseases, which is particularly common among people of working age.

The methods of diagnostics and treatment of vertebrogenic pain syndrome of various origins are described in detail, and is noted the need for drug complex, especially including nonsteroidal anti-inflammatory drugs, muscle relaxants, B vitamins and drugs of metabolic action. The necessity and timeliness of the use of non-pharmacological means including post-isometric relaxation, manual therapy, massage, acupuncture, physiotherapy and physical therapy – are also emphasized.

Key words: vertebrogenic pain syndrome, radiculopathy, myofascial pain syndrome, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, muscle relaxants