

АЛГОРИТМ ТЕРАПИИ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Проблема болевых синдромов, связанных с патологией позвоночника, остается одной из наиболее актуальных в клинической медицине. Вертеброгенные боли — ведущая неврологическая причина временной нетрудоспособности среди наиболее активной части взрослого населения. Считается, что к 50 годам заболеваниями позвоночника страдает около 80 % мужчин и 60 % женщин, а с соответствующими болевыми синдромами (среди которых основная часть приходится на боли пояснично-крестцовой локализации) на протяжении жизни сталкивается каждый второй человек. Это обуславливает медицинскую и социальную значимость данной проблемы. Важным аспектом для ее решения является своевременная диагностика и оптимальное лечение.

24–26 апреля 2013 г. в Судаке состоялась XV Международная конференция «Основные направления фармакотерапии в неврологии», в рамках которой рассматривались вопросы диагностики и комплексного лечения вертеброгенных болевых синдромов.

В своем докладе профессор А.А. Козелкин (Запорожский государственный медицинский университет) рассказал о современных аспектах диагностики и лечения вертеброгенных болевых синдромов.

Вертеброгенные болевые синдромы — распространенная патология во всех странах мира. В США только поясничные боли приводят к ежегодной потере 100 млн рабочих дней и обходятся экономике государства в 15 млрд долларов затрат на различные виды выплат (R. Maciewicz, J. Martin, 1993). Причем, по данным исследования National Institute of Neurological Disorders and Stroke, прослеживается тенденция к увеличению данных расходов — с 4,6 млрд долларов в 1977 г. до 11,4 млрд долларов в 1994 г. В Великобритании экономические потери по причине той же low back pain составляют 6 млрд фунтов стерлингов. Украина не является исключением, количество людей, страдающих заболеваниями периферической нервной и костно-мышечной систем, к 1999 году превысило 5 млн человек (В.А. Берсенева, 2003).

К основным факторам возникновения дегенеративно-дистрофической патологии позвоночного столба относятся: нарушение обменных процессов и ферментного равновесия, аутоиммунитет, асептическое воспаление, состояние гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковых структур. Известны и факторы риска в развитии данной патологии — это наличие острых или частых

хронических инфекций, хроническая интоксикация, внешние средовые факторы, профессиональные вредности, врожденная или приобретенная патология вегетативных, сосудистых, вертебральных структур. Для возникновения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника также необходимы «реализующие» факторы: переохлаждение, физическое перенапряжение, стрессовая ситуация, микротравматизация, микровибрация. Под воздействием этиологических факторов развивается ряд патогенетических конфликтов, приводящих к возникновению неврологических проявлений деструктивно-дистрофической патологии позвоночного столба.

К наиболее распространенной дегенеративно-дистрофической патологии позвоночного столба, сопровождающейся болевым синдромом, относится остеохондроз позвоночника — заболевание, при котором происходит поражение пульпозного ядра межпозвоночных дисков, вследствие чего возникает их деформация, уменьшение высоты, расслоение, утрата амортизационных функций и постепенное разрушение. Рентгенологическими признаками остеохондроза являются уменьшение расстояния между позвонками, появление остеофитов, гипертрофии фасеточных суставов, склероза замыкательных пластинок, а также нестабильность позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) при наклонах пациента вперед и назад. Магнитно-резонансная томография позволяет определить признаки грубого дегенеративного разрушения дисков и формирование грыжи.

Нами было проведено комплексное клинко-вертебрологическое исследование 139 больных с

комбинированными вертебровисцеральными синдромами с целью изучения клинических особенностей и оптимизации лечебно-диагностических мероприятий. Среди них было 100 женщин (71,9 %) и 39 мужчин (28,1 %), преимущественно среднего и пожилого возраста — 116 человек (83,5 %). Больных с вертеброгенными тораковисцералгиями оказалось 46 человек (33,1 %). Сюда были отнесены пациенты, у которых при дополнительном терапевтическом обследовании не обнаружены признаки органической патологии внутренних органов. С комбинированными тораковисцералгиями было 93 человека (66,9 %), у них вертебральная патология сочеталась с органической висцеральной.

Для диагностики вертеброгенного болевого синдрома было проведено детальное клинико-вертеброневрологическое обследование, включающее:

— оценку степени нарушения вертебродинамики и степени выраженности болевого синдрома;

— выявление двигательных, чувствительных, вегетативно-трофических расстройств;

— определение типа патобиокинематических расстройств (неоптимальный двигательный стереотип, поструральный дисбаланс мышц, гипермобильность, нестабильность и др.);

— выявление с помощью мануально-мышечного тестирования и функционального блокирования ПДС и дополнительных сочленений (реберно-позвоночных, реберно-грудинных), а также суставов конечностей мышечно-дистрофических и нейродистрофических расстройств;

— определение признаков заинтересованности спинномозговых структур (наличие в анамнезе проходящей слабости в ногах, ПНСК, двухсторонних чувствительных, двигательных, мышечно-дистонических, рефлекторных расстройств), наличия патологических знаков и расстройств функции тазовых органов;

— определение экстравертебральных факторов, формирующих клиническую картину комбинированных вертебровисцеральных синдромов (заболевания внутренних органов);

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

Для уточнения генеза вегетативно-висцеральных проявлений и их связи с вертебральной патологией грудного уровня были разработаны специальные дифференциально-диагностические критерии КВВС. Основными из них являлись:

1. Возникновение висцеральных проявлений одновременно с грудными вертебральными или вскоре после них.

2. Хроническое ремиттирующее течение висцеральных проявлений, сопряженное с обострениями и ремиссиями грудного вертебрального процесса.

3. Экзацелляция висцеральных проявлений при воздействии провоцирующих факторов, специфичных для вертебральной патологии.

4. Атипичная картина висцеральных проявлений.

5. Наличие анталгических поз, специфичных для грудной вертебральной патологии, уменьшающих висцеральные проявления.

6. Отсутствие признаков органического поражения внутренних органов при дополнительном терапевтическом обследовании.

7. Наличие рентгенологических признаков дегенеративно-дистрофической патологии грудного отдела позвоночника.

8. Определение патобиомеханических расстройств в грудном отделе позвоночника и функционального блокирования позвоночных двигательных сегментов, сегментарно связанных с соответствующим внутренним органом.

9. Наличие местных вегетативных нарушений.

10. Отсутствие положительного эффекта в лечении висцеральных проявлений при проведении соответствующих терапевтических мероприятий.

11. Исчезновение висцералгий при мануальном воздействии на заблокированные ПДС и дополнительные сочленения (реберно-позвоночные и реберно-грудинные).

12. Положительная динамика висцеральных проявлений и уменьшение их рецидивов под воздействием комплексных лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий, направленных на вертебральный очаг.

Вертеброкардиальный синдром определялся у 70 больных, что составило 50,4 % от общего числа обследованных пациентов. Из них у 33 (47,1 %) больных при дополнительном обследовании была выявлена органическая патология со стороны сердца (ишемическая болезнь сердца, коронарокардиосклероз, стенокардия напряжения). Они составили группу комбинированных торакокардиалгий. У 37 пациентов (52,9 %) дополнительные обследования не определили органических изменений со стороны сердца, и они были отнесены к группе вертеброгенных торакокардиалгий.

Больные с вертеброкардиальным синдромом предъявляли жалобы на боли в области сердца и за грудиной, длящиеся от нескольких минут до нескольких часов и даже суток. По характеру боли были чаще тупые, ноющие, распирающие — у 64 больных (91,4 %), реже жгучие и стреляющие — только у 6 пациентов (8,6 %).

При пальпации остистых отростков и паравертебральных точек у 67 пациентов (95,7 %) определялась болезненность в зоне блокирования ПДС с

иррадиацией в область сердца. Функциональное блокирование нижнешейных и верхнегрудных ПДС (C_V - Th_{II}) было выявлено у 44 больных (62,9 %), среднегрудных сегментов (Th_{III} - Th_V) — у 26 пациентов (37,1 %). Кроме того, у 56 больных (80,0 %) определялось блокирование дополнительных сочленений (реберно-позвоночных и реберно-грудных).

У больных с комбинированными торакокардиалгиями наблюдалась мальформация стенокардитических приступов. Боль локализовалась в одной точке, в межлопаточной зоне или в области соска, иногда в межреберье. Приступы становились длительными (часы, дни) и провоцировались активными движениями левой руки и поворотом головы и туловища. Они часто возникали по утрам после длительного физического покоя, а также в определенных позах. Все это свидетельствовало о взаимозависимости и взаимообусловленности вертебрального и кардиального процессов. Важно отметить, что у больных с комбинированными торакокардиалгиями после приема нитроглицерина наблюдался лишь частичный эффект.

Следует отметить, что при деструктивно-дистрофических повреждениях позвоночника происходит постоянная раздражение вегетативных структур соответствующего двигательного сегмента с развитием вертебровисцеральных нарушений, что влечет за собой углубление дистрофических изменений миокарда, обусловленных одновременно текущей ишемической болезнью сердца. В то же время ноцицептивная импульсация из ишемизированного миокарда в нижнешейные и верхнегрудные вегетативные центры способствует формированию вертеброневрологических проявлений.

Важным принципом терапии пациентов с вертеброгенным болевым синдромом является этапность и последовательность лечебных мероприятий в зависимости от выраженности клинических проявлений (степени выраженности болевого синдрома, нарушения вертебродинамики и периферического пареза) и общего самочувствия больного, вплоть до стойкого улучшения состояния и устранения вертеброневрологических расстройств.

Первый этап — лечебный

При наличии резко выраженного болевого синдрома (по И.П. Антонову III–IV степень) и резко ограниченной вертебродинамики лечение проводится в условиях общего неврологического или вертеброневрологического стационара. Превалируют противоболевые мероприятия (литические смеси, нестероидные анальгетики, анестетики, транквилизаторы, антидепрессанты, диуретики, миорелаксанты и др.) при ограниченном двигательном режиме, антальгических укладках и снятии динамических и статических нагрузок на опорно-двигательный

аппарат. Применяются препараты, улучшающие спинальное кровообращение.

При выраженном болевом синдроме необходимо назначение нестероидных противовоспалительных препаратов. Хорошо себя зарекомендовал при данной патологии лорноксикам (Ксефокам). Ксефокам не подавляет синтез лейкотриенов, сбалансированно ингибирует ЦОГ-1 и ЦОГ-2, подавляет синтез простагландинов, стимулирует выработку эндогенных эндорфинов, угнетает высвобождение активных форм кислорода, тормозит синтез NO-синтетазы, замедляет образование интерлейкина-6. Также он обладает противовоспалительным действием и активизирует эндогенную антиноцицептивную систему, поэтому особенно эффективен при ноцицептивной боли. Назначение Ксефокама при выраженном болевом синдроме осуществляется по следующей схеме: 16 мг в/в струйно или в/в капельно 1–3 дня, или 8 мг в/в струйно 5 дней, или 8 мг в/м в течение 5 дней.

Второй этап — лечебно-реабилитационный

При умеренно выраженном болевом синдроме (II ст. по И.П. Антонову) и умеренном нарушении вертебродинамики лечение необходимо проводить в условиях специализированных отделений вертеброневрологии или нейрореабилитации. В ограниченном объеме используются анальгетики, сосудистые препараты, антихолинэстеразные препараты, хондропротекторы, витаминотерапия. Широко применяются немедикаментозные методы лечения: мануальная терапия, тракции, ИРТ, массаж, физиобальнеолечение.

При лечении вертеброгенного болевого синдрома очень важно осуществление комплексной терапии. С этой целью при умеренно выраженной боли назначают Ксефокам по 8 мг в/м в течение 5–7 дней либо в таблетках по 8 мг 2 раза в сутки 5–7 дней. Для усиления анальгетического эффекта целесообразно применение Нейробиона по 1 ампуле в сутки в/м, 10–15 инъекций, с переходом на таблетированную форму — по 1 табл. 3 раза в сутки не менее месяца. Для улучшения процессов ремиелинизации используют Келтикан по 2 капсулы 2 раза в сутки. С целью улучшения гемодинамических и трофических процессов назначают Актовегин в/в струйно 1000 мг в течение 7–10 дней, затем внутрь по 400 мг 2 раза в сутки в течение 1–3 месяцев.

Третий этап — реабилитационно-профилактический

При слабо выраженном болевом синдроме (I ст. по И.П. Антонову) и незначительном ограничении вертебродинамики лечение проводится в условиях профилактория, санатория, водогрязелечебницы. Проводятся мероприятия, направленные на полное восстановление двигательных расстройств, устранение патобиомеханических нарушений, укрепление мышечного корсета позвоночника и конечностей

(электростимуляция, массаж, МТ, ПИРМ, ЛФК, физиобальнеолечение и др.). Лекарственная терапия включает в себя антихолинэстеразные препараты, нейромедиаторы, витаминотерапию, хондропротекторы.

Четвертый этап — профилактический

Проводится в поликлинических отделениях — это диспансерное наблюдение и профилактическое лечение у врача-вертеброневролога. Используются комплексы, включающие ЛФК, массаж, ПИРМ, аутомобилизацию, препараты, способствующие регенерации хрящевой ткани, витаминотерапию.

Таким образом, на основании всего вышеперечисленного можно сделать следующие выводы:

1. При вертеброгенных тораковисцералгиях в процессе динамического наблюдения за больными следует учитывать, что иногда функциональные расстройства со стороны того или иного органа могут перейти в органические.

2. Больные с комбинированными вертебровисцеральными синдромами должны тщательно обследо-

ваться у врачей терапевтического профиля для исключения органической висцеральной патологии.

3. При сочетании вертебральной и висцеральной патологии необходимо проводить лечение, направленное на санацию как вертебрального, так и висцерального очагов, что значительно улучшает результативность проводимой терапии.

4. При вертеброгенных болевых синдромах необходимо проводить комплексное лечение с использованием различных способов и методов терапии с соблюдением их последовательности и преемственности.

5. Использование в комплексном лечении вертеброгенного болевого синдрома нестероидного анальгетика Ксефокама и витаминов группы В (Нейробион) способствует более быстрому регрессу болевых проявлений и восстановлению вертебродинамики, а в комбинации с Актовегином и Келтиканом — улучшению трофики и уменьшению паретических нарушений.

Подготовила Татьяна Чистик □