

М.М. Орос, д.м.н., доцент, завідувач кафедри неврології, нейрохірургії і психіатрії; **Н.І. Фістер**, асистент кафедри шкірних та венеричних хвороб, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Діагностика та лікування болю в спині в практиці сімейного лікаря

Біль у спині – одне з найбільш давніх захворювань людини, що з'явилося тоді, коли людина почала ходити. Біль у спині, або дорсалгія, – клінічний синдром, зумовлений безліччю причин. Больовий синдром спини – важлива ланка неврологічної патології та одна з найчастіших скарг у загальномедичній практиці.

Класифікація та фактори ризику

Больовий синдром у спині характеризується надзвичайним поліморфізмом. Синдрому властиві значна етіологічна і прогностична гетерогенність, а також відсутність загальноприйнятої класифікації. Виділяють вісцерогенні, васкулярні, психогенні, нейрогенні, спонділогенні болі і міофасціальний больовий синдром (МФБС). Крім того, розрізняють вертеброгенний і не-вертеброгенний біль в спині. Кожен вид патологічного болю має свої клінічні особливості, що дає можливість розпізнати його причини, механізми і локалізацію. Визначення провідного механізму розвитку болю відіграє значну роль у виборі адекватної терапії. Першою чергою необхідно виділити можливі фактори ризику болю у спині:

- професійні (тяжка фізична праця, статичні навантаження на хребет, підняття важких предметів; монотонна фізична праця, яка включає в себе часті нахили вперед та повороти тіла; праця, що супроводжується вібраційними діями);
- психосоціальні фактори (у підлітків мають навіть більше значення, ніж механічні, особливо при затяжному – підгострому перебігу);
- неповноцінне харчування, куріння, нерегулярні фізичні тренування;
- індивідуальні фізичні фактори (значні фізичні навантаження / перенавантаження та ін.); заняття конкуруючими видами спорту, єдиноборствами;
- недостатні/відсутні фізичні навантаження, адинамія [1-3].

Оцінка факторів ризику є важливою для попередження прогресування, хронізації хвороби та попередження ранньої інвалідизації.

За причинами виникнення можна говорити про диференціацію дорсалгій на первинну та вторинну, механічну та запальну, специфічну та неспецифічну. За тривалістю: гострий (до 3 тиж), підгострий (3-12 тиж) та хронічний (більше 12 тиж або більше 25 епізодів на рік) біль [6].

Біль у спині може бути викликана змінами хребетного стовпа, захворюваннями м'язів, ураженням нервових корінців та периферичних нервів, патологією грудних, черевних та малих тазових органів та психогенними порушеннями. Розлади опорно-рухового апарату – найпоширеніші причини болю в спині. Механізми розвитку болю в спині зараз є предметом активних досліджень. Вони можуть бути рефлексорними та міоадаптивним (адаптація м'язів до зміненої пози тіла – постуральні, або вікарні). Виникають саногенетичні реакції: змінюється біомеханічний стереотип та формується новий. Серед м'язовотонічних реакцій, зумовлених остеохондрозом хребта, розрізняють регіонарні вертебральні синдроми (цервікалія, торакалія, люмбаго) і екстравертебральні прояви у випадку залучення м'язових груп або м'язів (брахіалгія, міофасціальний синдром тазового дна тощо). Спазм сегментарних м'язів призводить до імобілізації ураженого сегмента, що з часом стає чинником, який підтримує біль [4, 9]. Улюблені ділянки локалізації м'язово-тонічних синдромів – трапецієподібні, драбинчасті, ромбоподібні, грушоподібні, середній сідничний і паравертебральні м'язи. Біль у спині неминує є багатодисциплінарною проблемою; це підтверджується тим, що існують різні підходи до виявлення джерела болю та велика кількість методів лікування цього стану [5, 6].

Патогенез

Оскільки наявність болю є основною причиною звернення хворих по медичну допомогу, з метою повноцінного усунення больового синдрому необхідно розуміти патогенетичні механізми його виникнення.

Існує декілька типів болю:

- 1 Ноцицептивний: пошкоджувальний подразник (екзогенний – механічний або термічний фактор та ендогенний – запалення або м'язовий спазм) діє на периферичні больові рецептори -ноцицептори, які є в шкірі, м'язах, зв'язках, суглобах, капсулах внутрішніх органів (наприклад, біль при опіку, травмі, запаленні, інфаркті міокарда).
- 2 Нейропатичний: виникає при органічному ураженні різних відділів нервової системи, які відповідають за контроль і проведення болю. Причина даного варіанту болю – пошкодження аферентної соматосенсорної системи від периферичних чутливих нервів до кори, а також порушення в антиноцицептивних системах (опіатній, серотонінергічній, норадренергічній). Приклади: діабетична полінейропатія, постгерпетична невралгія, тригемінальна невралгія, постінсультний біль.
- 3 Змішані варіанти болю – наприклад, радикулопатія, тунельний синдром, онкологічний біль, комплексний регіонарний больовий синдром.
- 4 Психогенний біль, провідну роль в механізмі розвитку якого відводять психологічним факторам, що ініціюють біль за відсутності серйозних соматичних розладів. Часто такий біль виникає внаслідок м'язового перенапруження, провокується емоціями, конфліктами і психосоціальними проблемами [7].

Найчастіше дорсалгії мають вертеброгенний характер. А.Я. Попелянський поділяє вертеброгенні захворювання на вертебральні та екстравертебральні. Вертебральний синдром включає п'ять симптомів: больовий (больючість під час пальпації), міофіксаційний (напруження м'язів, м'язово-тонічний дисбаланс), вертебральні деформації (сплощення, кіфосколіоз), обмеження рухів у певному відділі хребта та морфологічний (зумовлений виникненням вертебрального синдрому).

Екстравертебральні синдроми поділяють на:

- невральні (нейрональні, що проявляються патологією центральної – гостре порушення мозкового кровообігу у вертебробазиллярному басейні, енцефалопатії, мієлопатії, спінальні інсульти, або периферійної нервової системи – радикулопатії, невропатії;
- нейросудинні (стосується більше кінцівок та проявляється вазоконстрикцією та вазодилатацією);
- м'язові (нейродистрофічна та м'язово-тонічна форма люмбоішіалгії, корінцеві гіпер- або гіпестезії, поява міофіброзів – алгічна та тригерна стадії) [6].

Діагностика

При об'єктивному обстеженні хворого лікарем загальної практики – сімейної медицини необхідно визначити локалізацію і можливу іррадіацію болю.

Відомі 4 види болю в спині:

- локальний біль – обмежений ділянкою ураження хребта, є постійним, але характер його змінюється залежно від положення тіла;



М.М. Орос

– проєкційний біль – дифузний, «поверхнево» поширюється від хребта до поперекової і крижової області, а також до внутрішніх органів;

– корінцевий біль – носить «стріляючий» характер, і навіть при тупих, ниючих фонових відчуттях руху, викликає гострий, ріжучий біль (майже завжди іррадіює в кінцівку, частіше в колінні суглоби; нахил тулуба вперед, піднімання випрямлених в колінах ніг, кашель, чхання, натужування призводять до зміщення, здавлення корінців і посилення болю: обов'язковими компонентами вертеброгенного болю, зумовленого радикулопатією, є зони гіпестезії і зниження (випадіння) рефлексів відповідно ураженого корінця);

– міофасціальний біль [4, 7].

Слід зауважити, що МФБС і остеохондроз хребта є найчастішими причинами хронічного неспецифічного больового синдрому, за якого дія протизапальних лікарських засобів може бути незначною, тоді як за умови правильно проведеного діагностичного пошуку, призначення регулярних фізичних вправ ці препарати значно ефективніші.

На відміну від механічних запальні дорсалгії характеризуються:

- тривалим анамнезом;
- поступовим початком у віці від 15-20 до 40 років;
- ранкової скутістю;
- посиленням болю під час відпочинку і ослабленням при фізичному навантаженні;
- дифузною іррадіацією болю;
- обмеженням рухів у хребті в кількох площинах;
- залученням інших органів і систем у запальний процес.

Гостре виникнення болю в спині, а саме в поперековій ділянці, характерно для таких вторинних станів, як:

- травматичні ушкодження хребців і міжхребцевих дисків;
- остеопорозні переломи хребців;
- розрив або розшарування черевного віддула аорти;
- напад ниркової кольки [8].

У кожному випадку «гострого болю» слід переконатися, що мова не йде про загострення хронічного болю. Цілісне обстеження спини може дати важливу інформацію про причини та діапазон болю в ній. До нього входить огляд, пальпація, оцінка мобільності та при необхідності детальне неврологічне дослідження.

Під час огляду звертають увагу на ходу і поставу хворого (положення голови, нахил тулуба), здатність самостійно роздягтися. Пацієнта оглядають з усіх боків спочатку в положенні стоячи, потім – лежачи. Виявляють викривлення хребта (функціональний або конституційний сколіоз), збільшення або сплощення нормальних передньозадніх вигинів, асиметрія рівнів надпліччя, лопаток, гребнів клубової кістки, шкірних складок сідничної області, підколінних ямок, спазмовані м'язи, що мають більш підкреслені контури порівняно із здоровою стороною.

Визначають наявність больючості або обмеження рухів голови, шиї, тулуба й кінцівок по осях (згинання-розгинання, бічні нахили, повороти, відведення-приведення). Виявляють порушення нормальної послідовності рухового акту, зменшення амплітуди

Продовження на стор. 00.

Діагностика та лікування болю в спині в практиці сімейного лікаря

Продовження. Початок на стор. 00.

згинання голови, шиї й тулуба, амплітуди нахилів та поворотів голови й тулуба в обидві сторони; зіставлення з середньою нормою обсягу рухів дає уявлення про ступінь рухових порушень, рівні локалізації ураження. Це робить подальше дослідження більш цілеспрямованим [6, 8].

Неврологічне обстеження болю в спині включає оцінку тонусу м'язів, їх сили, дослідження вібраційної, пропріоцептивної й больової чутливості, перевірку ахіллового та колінного рефлексів, патологічного рефлексу Бабінського й клонусів. Крім того, перевіряють наявність болючості при симптомі Ласега та схрещенні випрямлених ніг у положенні лежачи на спині. Проба на розтягнення стегна (симптом Вассермана) зазвичай позитивна при грижах диску верхньопоперекових відділів. Вона проводиться шляхом заднього згинання в кульшовому суглобі ноги пацієнта, котрий лежить на животі; при патологічних станах виникає біль передньої поверхні стегна.

Для виключення болю, обумовленого запальними, судинними захворюваннями, а також захворюваннями внутрішніх органів, проводять обов'язковий діагностичний скринінг: вимірювання температури тіла, артеріального тиску верхніх та нижніх кінцівок з обох сторін, аускульту серцевих тонів, легенів, підключичних і клубових артерій, дослідження пульсації артерій верхніх та нижніх кінцівок; пальпацію органів черевної порожнини тощо.

Поряд з клінічною оцінкою больового синдрому використовують такі функціональні та інструментальні методи обстеження:

- рентгенографію хребта в прямій, бічній і косій проекціях; у ряді випадків необхідно використовувати функціональні рентгенологічні тести (в стані максимального згинання та розгинання), які дозволяють виявити нестабільність хребцево-рухового сегмента, а також ранні ознаки дегенеративного ураження хребта;
- електроміографія проводиться при наявності симптомів радикулопатії і неясному діагнозі; необхідності визначити важкість ураження нервів або анатомічне місцезнаходження дисків; перед хірургічним втручанням;
- радіоізотопна остеосцинтиграфія кісток та хребта проводиться при підозрі на пухлинний або метастатичний процес, деформуючий остейт та ін.;
- денситометрія;
- комп'ютерна томографія (КТ) виявляє патологію кісткової тканини, дозволяє діагностувати грижі диска, стеноз хребтового каналу;
- магнітно-резонансна томографія (МРТ) на відміну від КТ дозволяє отримати зображення в будь-якій проекції, володіє вищими чутливістю (93%) і специфічністю (92%). МРТ показана для дослідження не тільки хребта, а й спинного мозку, особливо при підозрі на пухлини, грижі диска, стеноз хребтового каналу, патологію оболонок спинного мозку. Абсолютними протипоказаннями до використання МРТ є наявність імплантованого штучного водія ритму, підозра на металеві осколки в життєво важливих органах (наслідки поранень);
- мієлографія використовується при підозрі на стиснення спинного мозку або кінського хвоста (якщо КТ або МРТ недоступні), а також при плануванні оперативного втручання [4, 7].

Слід пам'ятати, що призначення МРТ або КТ дослідження хребта при гострому болю в нижній частині спини в більшості випадків не впливає на прогноз, перебіг і тактику лікування таких хворих і водночас збільшує вартість ведення таких пацієнтів. Окрім того, у пацієнтів старших вікових груп досить значно збільшується кількість хибнопозитивних результатів таких досліджень. КТ використовують зазвичай при недоступності або наявних протипоказаннях до застосування МРТ.

При гострому больовому синдромі визначають лабораторні показники: гематологічні, швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ), С-реактивний білок (СРБ). Це має значення при підозрі на інфекційне ураження, однак досить часто ці показники можуть бути нормальними при нейроінфекціях, тому найбільш інформативним методом обстеження є проведення МРТ, за необхідності – із контрастуванням.

При хронічному больовому синдромі за відсутності показань до термінової госпіталізації призначають лабораторні та інструментальні обстеження із урахуванням результатів фізикального обстеження та даних анамнезу:

- загальний аналіз крові (ЗАК) із визначенням кількості тромбоцитів та ШОЕ;
- рівень СРБ;
- загальний аналіз сечі;
- біохімічні дослідження (визначення лужної фосфатази, кальцію, фосфору сироватки крові – при підозрі на порушення метаболізму кісток (хвороба Педжета, метастази);
- тести на виявлення збудників реактивного артрити (урогенітальна інфекція, ентероколітична інфекція): *Chlamydia trachomatis* (L2b серовар), *Ureaplasma urealyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Shigella flexneri*, *Salmonella enterica* (серовари *Typhimurium*, *Enteritidis*, *Hadar*), *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis*, *Campylobacter jejuni*, *Campylobacter coli*, *Clostridium difficile*, *Streptococcus viridans* [8].

Лікування

Лікування дорсопатій повинно бути комплексним, має впливати на основні етіологічні чинники, патогенетичні механізми. Лікування хворих з синдромом болю в спині здійснюють за таким алгоритмом: фіксує пояс, фізичні вправи, нестероїдні протизапальні препарати. У європейських рекомендаціях з лікування дорсалгії 2006 р. зазначено, що хворий повинен уникати перенапруження та великих навантажень на хребет і м'язи. Для зменшення болю рекомендовано застосовувати аналгетики, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), комплекси вітамінів групи В. У комплексі лікування при вираженому стійкому больовому синдромі за участі МФБС застосовують також міорелаксанти. Лікування порушеного біомеханічного стереотипу полягає в адекватному застосуванні мануальної терапії, рефлексотерапії, фізіотерапії, різних видів масажу та лікувальної фізкультури. Ефективність цих методів максимально проявляється при розробці індивідуальної програми застосування для кожного пацієнта [6].

Стандартною є комбінація НПЗП та міорелаксантів для лікування МФБС, що дозволяє скоротити терміни лікування. Крім того, одночасне застосування міорелаксантів і НПЗП дозволяє зменшити дозу НПЗП, а отже – і їхні побічні ефекти. Незважаючи на широкий спектр наявних нині НПЗП і створення за останні

роки нових селективних інгібіторів ЦОГ-2, найбільш популярним препаратом, золотим стандартом як і раніше залишається диклофенак. Одним із препаратів диклофенаку, які добре зарекомендували себе в клінічній практиці, є Диклак® (Sandoz). Диклофенак – один із найпотужніших інгібіторів синтезу простагландину E2, а його здатність пригнічувати активність ЦОГ перевищує таку у решті НПЗП в 3-1000 раз. Концентрація диклофенаку в плазмі крові корелює зі ступенем інгібування PGE2 [10].

Диклак® гель має у своєму складі має спирт ізопропіловий. Ця молекула є гідрофільно-ліпофільною, сприяє створенню більш ефективних терапевтичних концентрацій в місцях запалення, особливо в навколосуглобових і внутрішньосуглобових тканинах – такі висновки були отримані зарубіжними дослідниками у хворих з остеоартритом колінних суглобів.

На фармацевтичному ринку України є препарат Сирдалуд® (тизанідин), один з трьох найбільш ефективних міорелаксантів, що затверджені в США для лікування периферичного спазму. У випадку приєднання нейропатичного болю використовують антиконвульсанти другого покоління: прегабалін (Лінбар) 300-450 мг на добу. Мета лікування – ефективне знеболення та швидка активізація пацієнта, що сприяє швидкому регресу симптоматики та зменшенню ризику хронізації болю.

При хронічному болі в спині велике місце належить методам немедикаментозного лікування. Доведено, що при хронічному болю в попереково-крижовій області ефективна лікувальна гімнастика, яка сприяє зменшенню інтенсивності больового синдрому та поліпшення функціональних можливостей. Різні методи фізичних вправ (аеробна гімнастика, розтягнення м'язів і ін.) мають подібну клінічну ефективність. Лікувальна гімнастика включена як ефективний метод практично в усі клінічні рекомендації. Ставлення до масажу при хронічному болю в спині в різних клінічних рекомендаціях неоднозначно. Ефективність звичайного і традиційного тайського масажу однакова. Користь від масажу підвищується, якщо його комбінують з лікувальною гімнастикою, освітньою програмою і виконує кваліфікований фахівець. Ефект зберігається тривалий час (до року).

Пацієнтам з хронічним болем у спині не рекомендується призначення постільного режиму і витягнення (докази високого рівня). Також недоцільно носити бандажі і корсети. Показано, що мануальна терапія є ефективнішою, якщо її здійснює підготовлений фахівець – мануальний терапевт. У сучасних клінічних рекомендаціях фізіотерапевтичні впливи (лазеротерапія, діатермія, лікування ультразвуком, термотерапія, черезшкірна електрична стимуляція) не наводяться як методи лікування болю в спині. Проте всі ці методи широко використовуються при лікуванні хронічного болю в спині в повсякденній практиці, ймовірно, через виражений ефект плацебо. При цьому оцінка їхньої справжньої дії вкрай утруднена, оскільки відсутні якісні рандомізовані контрольовані дослідження [11].

Висновки

У даній статті ми намагалися акцентувати увагу передусім лікарів загальної практики – сімейної медицини на можливих факторах ризику, причинах виникнення, вікових аспектах, особливостях клінічної картини та діагностичного пошуку, коли провідним синдромом є біль у спині. Загалом можна зробити такі висновки.

- Біль у спині може бути викликаний змінами хребетного стовпа, захворюваннями м'язів, ураженням коріння та периферичних нервів, патологією грудних, черевних та малих тазових органів та психогенними порушеннями.
- При об'єктивному обстеженні пацієнта лікарем загальної практики – сімейної медицини необхідно визначити локалізацію і можливу іррадіацію болю.
- Під час огляду звертають увагу на ходу й поставу хворого (положення голови, нахил тулуба), здатність самостійно роздягтися.
- Лікування має бути комплексним, тривалим, виваженим, із застосуванням препаратів різних груп.

Список літератури знаходиться в редакції.
Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я

3-19-АНП-РЕЦ-1120

Сирдалуд®

тизанідин



ДОВЕДЕНА ЕФЕКТИВНІСТЬ В ЛІКУВАННІ БОЛІСНОГО М'ЯЗОВОГО СПАЗМУ^{1, 2, 3}

Коротка інструкція для медичного застосування лікарського засобу Сирдалуд® (Тизанідин). Склад. Діюча речовина: тизанідин; 1 таблетка містить 2,288 мг або 4,576 мг тизанідину гідрохлориду, що відповідає 2 мг або 4 мг тизанідину відповідно. Для детальної інформації див. повну інструкцію для медичного застосування. **Лікарська форма.** Таблетки. **Фармакотерапевтична група.** Міорелаксанти центральної дії. Код АТХ МОЗВ Х02. **Клінічні характеристики. Показання.** Болісний м'язовий спазм, спастичність внаслідок розсіяного склерозу, спастичність внаслідок ушкоджень спинного мозку, спастичність внаслідок ушкоджень головного мозку. **Категорія відпуску. За рецептом.** РП № UA/1655/01/01 та UA/1655/01/02.

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Сирдалуд®. **2.** European Guidelines for the management of acute nonspecific lowback pain in primary care? Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): 169 - 197. **3.** Melange GA et al. Tizanidine is Effective in the Treatment of Myofascial Pain Syndrome Pain Physical 2002; 5 (4): 422 - 432.

і Лікарські засоби мають протипоказання та можуть викликати побічні реакції. Для більш детальної інформації дивіться інструкцію для медичного застосування лікарського засобу. Перед застосуванням лікарського засобу необхідно проконсультуватись з лікарем та обов'язково ознайомитись з інструкцією для медичного застосування. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за телефоном, електронною адресою або допомогою сайту: +380 44 389 39 30 (вартість дзвінків згідно з тарифами вашого оператора зв'язку), drugs_safety.ukraine@novartis.com, www.sandoz.ua. ТОВ «Сандоз Україна», м. Київ, пр. С. Бандери, 28А (літ-Г).