

Боли в спине

ММА имени И.М. Сеченова

Профессор Я.И. Левин, А.М. Кудаква

Боль в спине – это целая группа заболеваний, объединенных общностью проявлений, и одна из наиболее актуальных проблем здравоохранения. Частота болевых синдромов в спине в популяции очень высока и составляет 58–84%, а социально-экономические потери огромны. В течение жизни боль в спине возникает у 70–90% населения и ежегодно отмечается у 20–25%. Хотя эпизод боли в спине часто бывает кратковременным, примерно у 25% пациентов в последующем развивается хроническая боль, которая служит причиной длительной нетрудоспособности [1].

Причины болей в спине разнообразны. Можно говорить о том, то боли в спине – это расплата человека за возможность ходить с высоко поднятой головой, т.е. за прямохождение. Боли могут быть вызваны инфекционным заболеванием (эпидурит, менингит, туберкулезный спондилит), травматическим повреждением позвонков, корешков, оболочек спинного мозга, эндокринной патологией (гиперпаратиреоз, гиперкортицизм), заболеванием висцеральных органов (инфаркт миокарда, перикардит, пневмония, эзофагит, холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатит, заболевания почек и др.) [2].

Однако все же самой частой причиной дорсопатии является остеохондроз позвоночника. Остеохондроз позвоночника – дегенеративный процесс в межпозвоноковых дисках с последующим вовлечением тел смежных позвонков (спондилез), межпозвоноковых суставов и связочного аппарата позвоночника. Однако сам по себе дегенеративный процесс в позвоночнике может считаться лишь предпосылкой боли в спине, но не ее непосредственной причиной. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника составляют до 70% всех заболеваний периферической нервной системы преимущественно в период активной трудовой деятельности. Однако следует отметить, что между выраженностью рентгенологических данных и клинической картиной заболевания зависимость отсутствует. Так, по данным литературы, до 50% больных с выраженными на рентгенограммах изменениями в позвоночнике никогда не испытывают болей в спине. Существенную роль в возникновении болей в спине играет также выпрямление физиологических изгибов.

По механизму возникновения боль различают:

1. Ноцицептивная – локальная, отраженная (проекционная, рефлекторная).
2. Невропатическая – корешковая (радикулопатия) и некорешковая.
3. Психогенная (психалгия).

Боли в спине могут быть связаны с любым из этих механизмов или даже с их комплексом.

Ноцицептивная боль – боль, развивающаяся в ответ на непосредственное раздражение ноцицепторов (болевых рецепторов). В случае с болями в спине это могут быть рецепторы, находящиеся в наружной трети фиброзного кольца межпозвонокового диска, суставных капсулах межпозвоноковых суставов, в сухожилиях и связках, околопозвоночных мышцах. Боль появляется при развитии воспалительных и дистрофических изменений в дугоотростчатых суставах, при развитии рефлекторного

мышечного спазма (мышечно-тонический синдром). Рефлекторное напряжение мышц вначале имеет защитный характер, поскольку приводит к иммобилизации пораженного сегмента, однако в дальнейшем становится фактором, поддерживающим боль. В настоящее время в генезе дорсопатии большое значение придается миофасциальному болевому синдрому, который проявляется не только спазмом, но и наличием в напряженных мышцах участков гипертонуса и триггерных точек. Чаще он не связан с остеохондрозом позвоночника, встречается и независимо от него. Локальные боли обычно постоянные, диффузные с локализацией в области поражения позвоночника. Характер боли изменяется в зависимости от положения тела, боли усиливаются при движении. Проекционные боли имеют распространенный характер. Они более диффузны, наблюдается тенденция к поверхностному их распространению, но по интенсивности и характеру приближаются к локальным.

Нейропатическая боль – боль, возникающая при поражении нервной системы (повреждение периферической части нервной системы (повреждение нерва или корешка) или повреждение центрального аппарата, воспринимающего болевые импульсы). Нейропатический компонент присутствует при корешковых болях в спине, т.е. при болях, вызванных компрессией спинномозгового корешка (при образовании грыжи диска, спондилолистезе, компрессионных переломах позвоночника при остеопорозе и др.). Радикулярные, или корешковые, боли обычно имеют простреливающий характер. Они могут быть тупыми и ноющими, однако движения значительно усиливают боль, в результате чего она становится острой. Почти всегда радикулярная боль иррадирует от позвоночника в конечность. Наклоны туловища и движения конечностей, а также другие провоцирующие факторы (кашель, чиханье, натуживание) усиливают радикулярную боль. При обследовании больного, кроме мышечно-тонического синдрома, выявляют чувствительные, рефлекторные и реже – двигательные нарушения в зоне пораженного корешка [1].

Психогенные боли с локализацией в спине также не являются редкостью. Эмоциональный стресс всегда сопровождается тревогой и мышечным напряжением, и после прекращения воздействия эмоциональных стрессоров мышцы часто остаются в спазмированном состоянии. Важна также роль хронических стрессовых состояний с высоким уровнем тревожных расстройств, сопровождающихся мышечным напряжением. Формируется порочный круг: стресс – эмоционально-аффективные расстройства – изменение двигательного стереотипа с избыточным напряжением ряда мышечных групп – боли от напряженных мышц – усиление стресса – усиление аффективных расстройств – усугубление нарушений двигательного стереотипа [3]. Практически при всех механизмах развития боли в спине развивается рефлекторный мышечный спазм, т.е. мышечно-тонический компонент болевого синдрома присутствует при болях в спине различной этиологии.

Лечение болей в спине базируется на терапии основного заболевания с присоединением патогенетической терапии (обезболивающие и противовоспалительные, миорелаксанты). Поскольку мышечно-тонический синдром развивается в большинстве случаев, при болях в спине, целесообразно назначение миорелаксантов в качестве дополнительной терапии.

Лечение рефлекторных синдромов и радикулопатий вследствие остеохондроза основывается в остром периоде на покое, избегании резких движений и болезненных поз. Рекомендуются постельный режим в течение нескольких дней до стихания резких болей, жесткая постель (щит под матрац), прием анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и миорелаксантов.

В настоящее время постельный режим рекомендуется только в первые (1–4) дни и преимущественно при выраженном болевом синдроме. После этого рекомендуется постепенное увеличение физической нагрузки, при этом больного следует оберегать от чрезмерного мышечного напряжения (длительное сидячее положение, ношение тяжестей, вождение автомобиля и др.). Ранняя активизация больных и постепенное возвращение их к труду снижают вероятность развития хронического течения болевого синдрома. При острых болях в нижней части спины можно использовать фиксирующий пояс, при болях в шее – шейный воротник. Однако длительная фиксация шейного или поясничного отдела не рекомендуется, за исключением некоторых случаев, например, травматического перелома позвонков или наличия поясничного спондилолистеза. Поясничный фиксирующий пояс можно использовать также периодически – при необходимости передвижения в случае острых болей, а также подъема тяжестей после стихания болей.

При болях в спине наиболее часто применяются **НПВП**, которые обладают хорошим обезболивающим эффектом и выраженным противовоспалительным действием. Механизм действия НПВП заключается в подавлении фермента циклооксигеназы, который играет ведущую роль в синтезе метаболитов арахидоновой кислоты (простагландинов и других), усиливающих воспалительный процесс и непосредственно участвующих в формировании болевых ощущений. НПВП противопоказаны при язвенной болезни желудка, их рекомендуют применять внутрь во время еды, а при риске осложнений для защиты желудка используют антациды.

Для лечения болезненного мышечного спазма используются **миорелаксанты внутрь или парентерально**. Миорелаксанты уменьшают боль, снижают рефлекторное мышечное напряжение, улучшают двигательные функции и облегчают проведение лечебной физкультуры. Лечение миорелаксантами начинают с обычной терапевтической дозы и продолжают в течение всего периода сохранения болевого синдрома; как правило, курс лечения составляет несколько недель. Доказано, что при болезненном мышечном спазме добавление к стандартной терапии (НПВП, лечебная гимнастика) миорелаксантов приводит к более быстрому регрессу боли, мышечного напряжения и улучшению подвижности позвоночника [4].

Клинические испытания, в которых сравнивали монотерапию НПВП с комбинированной терапией НПВП

(**Вольтареном**) и тизанидином (Сирдалуд), продемонстрировали превосходство последней по эффективности. Это дает основание говорить о синергичном эффекте миорелаксанта и НПВП. С 80-х годов прошлого века накопилось множество экспериментальных и клинических доказательств того, что **тизанидин (Сирдалуд)** при назначении одновременно с НПВП может давать гастропротективный эффект: уменьшать абдоминальный дискомфорт и снижать вероятность возникновения кровотечений, вызываемых НПВП. Этот эффект, по всей видимости, является результатом угнетения Сирдалудом секреции желудочного сока и благоприятного влияния этого препарата на содержание желудочных гликопротеинов и нейтрализации, таким образом, изменений, вызываемых НПВП.

Поскольку **Сирдалуд** не только усиливает эффективность НПВП, но и уменьшает желудочно-кишечные побочные эффекты этих препаратов, в настоящее время **он считается наиболее предпочтительным миорелаксантом для комбинированной терапии с НПВП**.

Сирдалуд является миорелаксантом центрального действия – основная точка приложения его действия находится в спинном мозге. Стимулируя пресинаптические α_2 -рецепторы, тизанидин подавляет высвобождение возбуждающих аминокислот, стимулирующих рецепторы, чувствительные к N-метил-D-аспартату (NMDA-рецепторы). Вследствие этого на уровне промежуточных нейронов спинного мозга происходит подавление полисинаптической передачи возбуждения. Поскольку именно этот механизм отвечает за избыточный мышечный тонус, то при его подавлении мышечный тонус снижается. В дополнение к миорелаксирующим свойствам тизанидин оказывает также центральный умеренно выраженный анальгезирующий эффект. Сирдалуд эффективен как при остром болезненном мышечном спазме, так и при хронической спастичности спинального и церебрального генеза. Уменьшает спастичность и клонические судороги, вследствие чего снижается сопротивление пассивным движениям и увеличивается объем активных движений.

Сирдалуд назначается в дозе от 2 до 12 мг в сутки, оптимальная доза 6–8 мг в сутки. Положительный эффект отмечается уже на 3-й день от начала лечения в виде уменьшения выраженности мышечного спазма, боли в покое, ночью и при движении. К тому же на фоне лечения Сирдалудом уменьшается необходимая доза НПВП. Длительность курса терапии определяется динамикой мышечно-тонических и болевых проявлений. При остро возникшей боли мышечного генеза, в том числе и при спортивной травме, видимое улучшение в состоянии больных может отмечаться уже на 3–5-й день от начала терапии, продолжительность приема препарата в этих случаях составляет от 1 до 2–3 нед. При хронических болевых мышечно-тонических синдромах могут понадобиться более длительные курсы терапии [5].

Таким образом, в настоящее время первоочередным в комплексной терапии острых вертеброгенных болей в спине является сочетание НПВП и миорелаксантов, в том числе и Сирдалуда.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>