

Дорсалгия – современные подходы к терапии

Н.А.Шостак, А.А.Клименко

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И.Нестерова ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, Москва

В настоящее время боли в спине (БС) широко распространены, а в развитых странах, по данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, достигли размеров неинфекционной эпидемии, что в большинстве случаев связано с возрастающими нагрузками на человека [1–3].

Все случаи БС делятся на две категории: первичные и вторичные.

Первичный синдром БС, или дорсалгия, – это болевой синдром в спине, обусловленный дистрофическими и функциональными изменениями в тканях опорно-двигательного аппарата: (дугоотростчатые суставы, межпозвоночный диск – МПД, фасции, мышцы, сухожилия, связки) с возможным вовлечением смежных структур (корешок, нерв).

Вторичный синдром БС может быть связан с врожденными аномалиями, травматическими поражениями позвоночника, опухолью и инфекционными процессами, остеопорозом, заболеваниями внутренних органов.

БС чаще всего развивается в возрасте от 20 до 50 лет (пик заболеваемости в возрасте от 35 до 45 лет). Именно в этой возрастной группе обычно диагностируют первичный (механический) синдром БС, тогда как у больных моложе 20 лет и старше 50 лет преобладает вторичный синдром БС.

Заболевание может протекать остро (до 3 нед), подостро (3–12 нед) и хронически (более 12 нед или до 25 эпизодов в год).

Острая БС является важной проблемой здравоохранения и из-за высокой распространенности вызывает серьезные социально-экономические последствия. Согласно данным международных исследований, при обследовании случайных выборок взрослых людей 19–43% из них испытывали БС в течение последнего месяца, 27–65% – в течение последнего года и 59–84% страдали от БС хотя бы 1 раз в жизни [1]. В большинстве случаев эпизоды БС носят неспецифический характер, локализуются в пояснично-крестцовой области и при адекватной терапии регрессируют в течение 1 мес у 80–90% больных. Однако у части пациентов болевой синдром сохраняется в течение длительного времени, приводя к инвалидизации [4].

Этиология

Среди причин острых болей в нижней части спины выделяют:

- дисфункцию мышечно-связочных структур спины;
- спондилез (спондилоартроз);
- грыжу межпозвоночного диска;
- стеноз позвоночного канала.

В каждом из этих случаев болевой синдром имеет клиническое своеобразие, разную временную динамику и прогноз.

Среди факторов, провоцирующих развитие острой люмбалгии, выделяют травму, подъем непосильного груза, неподготовленные движения, длительное пребывание в нефизиологической позе, переохлаждение.

Выделяют 4 вида БС:

- локальные;
- проекционные;
- радикулярные (корешковые);
- боли, возникающие вследствие мышечного спазма.

Наиболее часто в практике врача-интерниста встре-

чаются сочетанные формы болевых синдромов, в частности – люмбоишиалгия, которая имеет 3 формы: мышечно-тоническую в виде синдромов грушевидной, икроножной и ягодичных мышц, нейродистрофическую и нейрососудистую.

Грыжа МПД – основная причина вертебральной боли у лиц молодого возраста (30–50 лет). Под грыжей МПД понимают выпячивание пульпозного ядра и части фиброзного кольца в позвоночный канал. Некоторые авторы в зависимости от сохранения или нарушения целостности наружных слоев фиброзного кольца выделяют протрузию и грыжу МПД. Учитывая направления грыжевого выпячивания, выделяют следующие их виды:

1) дорсальные (медианные, парамедианные, фораминальные) – проникающие в спинномозговой канал или межпозвоночные отверстия и сопровождающиеся клинической симптоматикой;

2) вентральные и латеральные – протекающие большей частью бессимптомно;

3) грыжи Шморля – образующиеся вследствие внедрения пульпозного ядра МПД в губчатое вещество тела позвонка с разрушением его замыкательной пластины. Грыжи Шморля обычно являются рентгенологической находкой и не имеют клинического значения.

При дорсальном грыжевом выпячивании МПД боль вначале появляется в результате раздражения болевых рецепторов наружных слоев фиброзного кольца и задней продольной связки, сопровождающегося спазмом сегментарных мышц (рефлекторная люмбоишиалгия). Смещаясь в сторону позвоночного канала или межпозвоночного отверстия, грыжа МПД может компримировать спинномозговой корешок, что ведет к возникновению корешкового синдрома – радикулопатии. Процессы повреждения корешка поддерживаются развитием неврогенного асептического воспаления на уровне позвоночно-двигательного сегмента [4].

Боль при грыже диска часто возникает при резком движении, наклоне, подъеме тяжести или падении. Боль усиливается при движении, натуживании, подъеме тяжести, сидении в глубоком кресле, длительном пребывании в одной позе, кашле и чиханье, особенно если больной лежит на здоровом боку, согнув больную ногу в коленном и тазобедренном суставе.

На этапах дифференциальной диагностики острой люмбалгии необходимо помнить о вторичном характере БС. Компрессионный перелом позвоночника при остеопорозе или опухолевом процессе (метастатическое поражение, гемангиомы тел позвонков) могут служить причиной острых БС. Остеопоротический компрессионный перелом имеет характерную клиническую окраску: боль может иррадиировать в грудную клетку, брюшную полость или бедро с резким ограничением движений. Болевой синдром длится 1–2 нед, затем постепенно стихает. Обычно страдают позвонки, испытывающие наибольшую осевую нагрузку (X–XII грудные и I–II поясничные позвонки).

Клинически по типу острой люмбалгии могут протекать разрыв аневризмы брюшного отдела аорты, дивертикулиты, заболевания мочеполовых органов (альгодисменорея, мочекаменная болезнь).

Самой частой причиной острой люмбалгии у пожилых является спондилоартроз, осложненный болевым синдромом. При артрозе фасеточных суставов боль

(обычно двусторонняя) локализуется в отличие от дискогенной паравертебрально, а не по средней линии, усиливается при длительном стоянии и разгибании и уменьшается при ходьбе и сидении.

Лечение

Лечение должно проводиться с учетом формы заболевания и варианта его течения с использованием консервативного и хирургического подходов.

В настоящее время показания к хирургическому лечению сужены, поскольку накопились факты о том, что даже при очень хорошей методике хирургической декомпрессии заболевание склонно рецидивировать.

Показаниями к хирургическому лечению грыжи диска определяются следующие условия [4]:

1) наличие выраженного болевого корешкового синдрома;

2) выявление при магнитно-резонансной томографии задней грыжи диска более 5 мм;

3) отсутствие эффекта от стационарного курса комплексной консервативной терапии.

Мероприятия при лечении БС:

1) устранение причины БС;

2) отдых в течение нескольких дней (от 2 до 5);

3) ношение бандажа (в острый и подострый период болезни, а в последующем – только по требованию);

4) нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП);

5) применение миорелаксантов;

6) локальная терапия.

При обострении клинических проявлений БС ранее рекомендовался отдых в течение нескольких недель. Однако во всех исследованиях последних лет подчеркивается, что не постельный режим, а ранняя активизация больных, которая способствует улучшению питания межпозвоночного диска, должна быть главным компонентом программы лечения, в связи с чем постельный режим при остром и подостром течении ограничивается несколькими днями.

НПВП должны включаться в программу лечения как можно раньше – в 1–2-й день начала заболевания. Дегенеративный процесс в межпозвоночном диске активирует ноцицепторы по периферии фиброзного кольца, в сухожилиях, фасциях, мышцах с последующей передачей импульсов в спинной мозг. При этом запускаются иммунные и биохимические реакции, завершающиеся формированием асептического нейрогенного воспаления. В связи с этим целесообразность назначения НПВП обоснована.

Основным механизмом противовоспалительного действия НПВП является подавление активности фермента циклооксигеназы (ЦОГ) и биосинтеза простагландинов. Противовоспалительный эффект НПВП обусловлен их способностью ингибировать ЦОГ-2 – провоспалительный изофермент. Развитие побочных реакций, присущих большинству НПВП, связано с одновременным подавлением физиологического фермента – ЦОГ-1. Одним из самых частых осложнений на фоне приема НПВП являются гастропатии, развивающиеся у 13–35% больных, что определяет необходимость поиска новых путей воздействия на болевые синдромы в спине.

Важным элементом лечения БС является локальная терапия, которая зарекомендовала себя эффективным дополнительным методом лечения, в ряде случаев имеющим отчетливые преимущества перед пероральными формами препаратов. Для лечения БС рекомендуются мазевые, кремовые и гелевые формы НПВП, а при упорных болевых симптомах, связанных с механическими факторами, – препараты, способные глубоко проникать в кожу и подкожную клетчатку, блокируя болевые рецепторы, а также применение методов физиотерапевтического воздействия.

Лечебный обезболивающий противовоспалительный пластырь НАНОПЛАСТ ФОРТЕ™ nanoplast forte™

Быстро и эффективно снимает воспаление и боль
в СУСТАВАХ, ШЕЕ, СПИНЕ, ПОЯСНИЦЕ

Использование пластыря удобно и комфортно: не ограничивает движений, не оставляет следов на коже и одежде, снимается легко и безболезненно, без запаха и незаметен на коже.

Применяется для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата

- артрит, остеоартроз
- остеохондроз
- межреберная невралгия
- люмбаго, ишиас, радикулит
- боли в шее, спине, поясничной области
- ушибы, растяжения мышц и связок
- вправленные вывихи суставов
- кожные гематомы и кровоподтеки
- спортивные травмы

Иновация
создан на основе нанотехнологий и восточной медицины.



12 часов
активного действия



Суставки Шей
Спина Поясница

НаноTech Pharma www.nanoplast-forte.ru

**Доказанная клиническая
эффективность и безопасность**

Не содержит гормонов и НПВС

Спрашивайте в аптеках
два размера
в зависимости
от области применения

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ.

Реклама

РУ № ФСЗ 2008/03447 от 19.01.2009

Методы локального воздействия физических факторов (физиотерапия) являются одним из старейших лечебных и профилактических направлений медицины, которые широко используются при дорсалгии. Уникальным методом физиотерапевтического воздействия на болевой синдром с применением современных нанотехнологий стало создание пластыря НАНОПЛАСТ форте, который был разрешен в качестве лечебного средства в 2009 г. Росздравнадзором к использованию при разных острых и хронических заболеваниях, сопровождающихся болевым синдромом [5].

Лечебный обезболивающий противовоспалительный пластырь НАНОПЛАСТ форте представляет собой тонкую гибкую пластину, изготовленную на основе смеси мелкодисперсного порошка из редкоземельных магнитных материалов, уникального нанопорошка – продуциатора инфракрасного излучения и гипоаллергенного полимерного материала [5]. Пластина нанесена на клейкую основу телесного цвета и закрыта защитным бумажным слоем, который перед употреблением необходимо удалить. Лечебный обезболивающий противовоспалительный пластырь НАНОПЛАСТ форте производится по уникальной технологии, основанной на технологии производства магнитоластов.

Излучение инфракрасных волн основным веществом (нанопорошком) активизируется при нагревании до температуры тела и обеспечивает длительное, глубокое тепловое воздействие на очаг воспаления. Порошок из редкоземельных магнитных материалов воздействует в месте нанесения пластыря слабым постоянным магнитным полем. Это сочетание воздействия магнитного поля и инфракрасного излучения приводит к ускорению крово- и лимфообращения, улучшению венозного оттока. В результате обеспечиваются обезболивающий и противовоспалительный эффекты препарата.

Пластырь обладает обезболивающим, противовоспалительным и мышечно-расслабляющим действиями, способствует восстановлению функции опорно-двигательного аппарата (суставов, мышц и связок), а также более быстрому восстановлению и уменьшению последствий закрытых травм мягких тканей, опорно-двигательного аппарата, что было продемонстрировано в ряде клинических исследований [6].

Основными показаниями по применению пластыря НАНОПЛАСТ форте являются дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата, невралгии, миозиты, миофасциальный синдром, заболевания мягких тканей без признаков септических осложнений.

Для удобства применения в зависимости от локализации беспокоящей области выпускается пластырь двух размеров: 7×9 и 9×12 см. После снятия защитного слоя пластырь фиксируется на сухом участке кожи над болезненной зоной и рекомендуется не снимать в течение 12 ч. Следующий пластырь использовать не ранее чем через 6 ч после снятия предыдущего.

Также в арсенале врачей появился другой лечебный пластырь – ДОРСАПЛАСТ, который в сравнении с НАНОПЛАСТ форте обладает не только обезболивающим и противовоспалительным свойствами, но и миорелаксирующим эффектом, что особенно важно при лечении дорсалгии в сочетании с мышечно-тоническим синдромом [7].

При лечении обострений болевого синдрома в спине рекомендуется использование пластырей курсами в среднем до 9 дней с последующими перерывами на 1 нед, в случае острого болевого синдрома пластырь используют от 3 до 9 дней подряд. Пластырь может быть использован в сочетании с физиотерапевтическими методами лечения, а также лечебной физкультурой и массажем.

Появление чувства легкого жжения и тепла в области лечебного воздействия пластыря является нормальной реакцией и не требует прекращения использования. Лечебный пластырь НАНОПЛАСТ форте может быть использован в составе комплексной терапии, совместно с лекарственными препаратами, за исключением одновременного использования других наружных средств на одних и тех же участках кожи.

Заключение

Таким образом, на сегодняшний день имеется большой выбор медикаментозных и немедикаментозных способов воздействия на болевой синдром в спине, в том числе с применением нанотехнологий. Однако лечению должны предшествовать правильно установленный диагноз, тщательное соматическое обследование больного с исключением вторичного болевого синдрома в спине. Использование комплексного подхода с применением современных методов локальной терапии значительно улучшает функциональную способность пациента, помогает уменьшить выраженность дорсалгии.

Литература

1. Ульрих ЭВ, Мушкин АЮ. *Вертебрология в терминах, цифрах, рисунках*. СПб., 2004.
2. WHO. *Department of noncommunicable disease management. Low back pain initiative*. Geneva, 1999.
3. *Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине*. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001; с. 606–11.
4. Borenstein D. *Эпидемиология, этиология, диагностическая оценка и лечение поясничной боли*. *Международ. мед. журн.* 2000; 35: 36–42.
5. *Инструкция по применению изделия медицинского назначения. Лейкопластырь медицинский Нанопласт форте*. URL: <http://nanoplast-forte.ru/products2.html>
6. *Клинические исследования лечебного обезболивающего противовоспалительного пластыря Нанопласт форте*. URL: http://nanoplast-forte.ru/clinicheskie_issledovaniya.html
7. *Инструкция по применению изделия медицинского назначения. Лейкопластырь медицинский Дорсапласт ТМ*. URL: <http://dorsaplast.ru/instrukciya-dorsaplast/>

**Индекс лекарственного препарата:
НАНОПЛАСТ форте® (НаноТек Фарма)**