

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА та лікування дорсопатій

Є.О. Труфанов,
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,
м. Київ

Хронічний біль істотно погіршує якість життя пацієнтів, він може зумовлювати розвиток симптомів депресії, дратівливість, тривогу, порушень сну. Біль у спині (дорсопатія) — як один із найчастіших чинників звернення пацієнтів за медичною допомогою — виникає протягом життя у 70–90 % населення. Переважно саме остеохондроз хребта стає причиною больового синдрому в спині та одним із найпоширеніших хронічних захворювань, що посідає провідне місце серед патологій, які призводять до тимчасової непрацездатності.

До диференціальних діагнозів больових синдромів у спині належать:

- дегенеративно-дистрофічні зміни у хребті (остеохондроз, деформувний спондиліоз, спондилоартроз);
- патологія м'яких тканин — міофасціальний синдром, перенапруження попереково-крижового відділу, тендиніти;
- травми;
- метаболічні захворювання — остеопороз, хвороба Педжета;
- запальні неінфекційні захворювання — хвороба Бехтерева, реактивні артрити, хвороба Крона;
- інфекційні захворювання — остеомієліт хребта, туберкульоз хребта;
- пухлини й метастази.

Часто пацієнти з остеохондрозом описують свої скарги як «відкладення солей» або «защемлення сідничного нерва». Це, звичайно ж, хибні уявлення, оскільки вони не зовсім розуміють, що при цьому відбувається з хребтом. Насамперед пацієнтові слід пояснити, що остеохондроз — це дегенеративно-дистрофічні зміни в хребті, які починаються з пульпозного ядра, поширюються на фіброзне кільце, а потім — на інші елементи хребтового рухового сегмента та нерідко зачіпають прилеглі нервові й судинні утворення.

До них належать:

- 1) дегенерація міжхребцевого диска;
- 2) протрузія, грижа, стоншення диска;
- 3) формування остеофітів.

Такі зміни нерідко починаються ще в молодому віці й прогресують протягом життя. Однак ступінь цього прогресування є неоднаковим у різних пацієнтів і залежить від низки чинників. Серед чинників ризику розвитку остеохондрозу: неправильна постава (сколіоз); значні фізичні навантаження і певні види діяльності (спорт — важка атлетика та інші; професії — вантажники,

працівники сільського господарства, водії тощо); тривале перебування в незручному робочому положенні; надлишкова маса тіла; гіподинамія.

Особливості перебігу остеохондрозу

Міжхребцевий диск, функціями якого є амортизація, фіксація та забезпечення руху, являє собою найважливішу й найвразливішу ланку міжхребцевого суглоба. Протягом усього тривалого періоду розвитку остеохондрозу прогресивно нарастають характерні для нього зміни: тріщини фіброзного кільця, переміщення пульпозної речовини, фібротизація.

Клінічна картина захворювання характеризується циклічністю перебігу зі зміною загострень і ремісій, виникненням і зникненням синдромів.

Серед стадій остеохондрозу виділяють такі:

I. Доклінічна:

- клінічних ознак немає або вони мінімальні.

II. Наростання змін (порушення обміну речовин у драглистому ядрі:

- больові синдроми в ділянці уражених сегментів, м'язово-тонічні та іррадіювальні синдроми.

III. Повного руйнування фіброзного кільця (безліч розривів і тріщин):

- розвиваються протрузії дисків, спондилолістез, компресійні синдроми.

IV. Прогресування дегенеративних процесів регенерації міжхребцевого диска з подальшим заміщенням їх рубцевою тканиною:

- поширення деструкції на структури, що оточують хребець (судини, зв'язки);
- може порушуватися кровообіг у спинному мозку та вертебробазиллярній системі;
- найтяжче ускладнення — спінальний ішемічний інсульт.

Ускладнення остеохондрозу класифікують як рефлекторні та компресійні. До першої групи належать больові синдроми (люмбаго, люмбалгія, цервікалгія, торакалгія); ангіоспастичні рефлекси хребетних артерій (синдром хребетної артерії), що призводять до порушення мозкового кровообігу у вертебробазиллярній системі; трофічні рефлекси (плечолопатковий періартрит — нейродистрофічні зміни в плечовому суглобі). Компресійні ускладнення розвиваються внаслідок протрузії міжхребцевого диска. Серед них: вертеброгенні радикулопатії, полірадикулопатії (слабкість та атрофії, порушення чутливості,

рефлекторні випадіння); вертеброгенна мієлопатія (стискання спинного мозку грижею міжхребцевого диска і як наслідок — парези м'язів ніг, порушення функції тазових органів); спінальний інсульт.

Для диференціального діагностування остеохондрозу необхідне клінічне обстеження, оскільки динаміку захворювання слід оцінювати передусім за клінічною картиною — наявністю больових відчуттів, розладів чутливості (гіпостезія, аналгезія або гіпералгезія в зоні іннервації корінців, зниження або випадіння підшовного/ахілового рефлексу) та руху (порушення ходьби тощо).

Нині широко застосовують також методи нейровізуалізації (магнітно-резонансна та комп'ютерна томографія, спондилографія, електронейрографія в разі потреби).

Роль порушення корінцевого кровопостачання в патогенезі остеохондрозу хребта

Найуразливішою структурою міжхребетного отвору є венозне сплетення, яке зазнає стискання вже на стадії відносного стенозу без ознак прямої компресії корінця. Венозний застій у корінці призводить до його хронічного набряку з локальною ішемією, а згодом — до демієлінізації. Такий набряк зберігається протягом тривалого періоду, а швидка компресія робить його тяжчим. Через рефлекторні або компресійні ішемії виникають трофічні порушення нервових корінців певних спинномозкових сегментів і відповідних периферичних нервів.

Клінічно радикалоішемію поділяють на:

- минулі порушення корінцевого кровопостачання;
- гостре порушення кровообігу (із повною блокадою провідності корінцем);
- хронічне порушення кровообігу, тобто компресійно-ішемічну радикалопатію.

Дегенеративні зміни хребта можуть викликати судинні ураження — як церебральні, так і периферичні:

1. Центральні судинні ураження — у вигляді порушень кровообігу у вертебробазиллярному басейні, у структурах головного та спинного мозку, наслідком чого можуть бути енцефалопатії та інсульти.

2. Периферичні ураження — у вигляді недостатності кровопостачання м'яких тканин, що своєю чергою призводить до ішемії периферичних нервів і тканин та дегенеративних змін у хребтових утвореннях, прогресування захворювання.

Підходи до лікування пацієнтів з остеохондрозом

Немедикаментозні методи

Сьогодні серед немедикаментозних методів лікування остеохондрозу, які відіграють важливу роль на всіх стадіях захворювання, найдієвішим є лікувальна фізкультура, тобто спеціальні вправи для зміцнення паравертебральних м'язів, що є методом номер один у світі для гальмування прогресування патології. Однак нині цей ефективний метод, на жаль, є найменш популярним серед пацієнтів з остеохондрозом, оскільки він вимагає регулярного виконання комплексу вправ принаймні п'ять разів на тиждень протягом усього життя.

Лікувальна фізкультура особливо ефективна на ранніх стадіях остеохондрозу, коли в пацієнта ще немає виражених

больових відчуттів, розладів руху та чутливості. На пізніших стадіях, уже за наявності зазначених розладів, спеціальні вправи є вже менш дієвими. Комплекс лікувальних вправ можна замінити на заняття з плавання. Певних успіхів у лікуванні остеохондрозу допомагають досягти також й інші немедикаментозні методи, зокрема фізіотерапія, рефлексотерапія, масаж. У разі неефективності консервативних методів застосовують нейрохірургічне лікування.

Фармакотерапія

Згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 487 від 17.08.2007, у Клінічному протоколі лікування дорсалгії вказані основні класи препаратів для медикаментозного лікування, а саме: нестероїдні протизапальні препарати; аналгетики; міорелаксанти; антипароксизмальні препарати; транквілізатори; антидепресанти; препарати з хондропротекторною та метаболічною дією; лікувальні засоби, що поліпшують мікроциркуляцію, регіонарну та центральну гемодинаміку, зменшують венозний застій і гідратацію тканин.

Найчастіше для лікування остеохондрозу хребта призначають нестероїдні протизапальні препарати. Однак слід пам'ятати, що таке втручання має бути комплексним, оскільки в патогенезі згаданого захворювання відіграють роль різні складові.

Інфузійні препарати для лікування мікроциркуляторних порушень сприяють відновленню мікроциркуляції та ефективного колатерального кровотоку, поліпшують реологічні властивості крові, завдяки чому пацієнт отримує стійку і тривалу ремісію.

Розчин для інфузій Реосорбілакт® поліпшує мікроциркуляцію та гемодинаміку; покращує периферичний кровообіг; чинить протинабряковий ефект, який дає змогу усунути компресію різних структур центральної та периферичної нервової системи; зменшує набряк навколо корінців, діючи на його зовнішньосудинні причини; сприяє відкриванню прекапілярних сфінктерів.

Показаннями для застосування препарату Реосорбілакт® у неврології є:

- ішемія та набряк головного мозку;
- діабетична полінейропатія;
- дорсопатії за остеохондрозу хребта;
- різні порушення периферичного кровообігу (ендартеріїти та тромбофлебії, хвороба Рейно).

Препарат призначають також у ранній період посттравматичних порушень; за розладів мікроциркуляції, спричинених шоком будь-якого генезу (опіковий, травматичний, токсичний). Зазвичай пацієнтам із дорсопатіями призначають по 200 мл Реосорбілакт® внутрішньовенно краплинно в першій половині дня протягом 5 діб.

Не рекомендовано використовувати Реосорбілакт® для першої допомоги в разі травм до остаточної зупинки кровотечі, за тяжких форм серцевої недостатності, за гострої ниркової недостатності (якщо пацієнтові не проводиться гемодіаліз). Також препарат не можна використовувати як розчинник для інших лікарських засобів.

Ще один препарат для інфузійної терапії при порушеннях мікроциркуляції — Тівортін® (аргініну гідрохлорид). Цей препарат містить оригінальний лівообертальний

ізомер аргініну — амінокислоти, яка належить до класу умовно незамінних, є активним і різнобічним клітинним регулятором численних життєво важливих функцій організму, чинить важливі в критичному стані протекторні ефекти.

Аргінін діє на судинні стінки, захищаючи їх, він сприяє відновленню функцій ендотелію судин: є потужним регулятором судинного тону, підтримує анатомічну будову судин, сприяє збереженню гемостазу. Він активує ендотеліальний механізм вазодилатації, має антигіпоксичну, мембраностабілізуючу, цитопротекторну, антиоксидантну та дезінтоксикаційну дію, поліпшує периферичний кровообіг.

Показаннями для застосування препарату Тівортін® є передусім атеросклероз судин серця і головного мозку, атеросклероз периферичних судин; діабетична ангіопатія; астеничні стани. Зазвичай повний курс терапії препаратом Тівортін® становить 10 днів інфузійної терапії (по 100 мл на день) і 14 днів приймання перорального розчину (Тівортін® аспартат) по 10 мл двічі на день.

Доповнює дію двох вищезгаданих інфузійних засобів препарат Латрен® (1 мл розчину містить 0,5 мг пентоксифіліну), який діє на внутрішньосудинні порушення мікроциркуляції:

1) гальмує агрегацію тромбоцитів та еритроцитів; поліпшує реологічні властивості крові, зменшуючи її в'язкість і збільшуючи плинність у мікросудинах;

2) чинить помірну міотропну судинорозширювальну дію, не призводячи до «синдрому обкрадання»;

3) знижує продукування прозапальних цитокінів.

Застосування препарату Латрен® сприяє впливу на внутрішньосудинні причини набряку і його зменшенню навколо корінців нервів; активує ендотеліальний механізм вазодилатації. Основними показаннями до застосування лікарського засобу є: атеросклеротична енцефалопатія; ішемічний церебральний інсульт; порушення периферичного кровообігу, зумовлені атеросклерозом, цукровим діабетом, запаленням. Призначають Латрен® також пацієнтам із трофічними розладами у тканинах,

пов'язаними з ураженням вен або порушенням мікроциркуляції; облітеруючим ендартеріотом; ангіонейропатіями (хвороба Рейно); порушеннями кровообігу ока; порушеннями функції внутрішнього вуха судинного генезу, які супроводжуються зниженням слуху.

Латрен® також використовують для лікування як захворювань центральної нервової системи (атеросклеротичні енцефалопатії), так і як засіб комплексної терапії патологій периферичної нервової системи (зокрема, дорсопатій, пов'язаних з остеохондрозом хребта).

Призначають препарат після курсу застосування Реосорбілакт®, по 200 мл внутрішньовенно краплинно протягом 5 днів (введення 100 мл пентоксифіліну має тривати щонайменше 60 хвилин).

Висновки

Лікування остеохондрозу хребта та дорсопатій передбачає виключно комплексний підхід, оскільки монотерапія не може забезпечити належної ефективності. Насамперед пацієнту необхідно рекомендувати лікувальну фізкультуру. За наявності загострень слід використовувати нестероїдні протизапальні препарати.

У складі комплексного лікування остеохондрозу хребта і дорсопатій необхідно коригувати мікроциркуляторні порушення за допомогою застосування тріади препаратів для інфузійної терапії, як-от: Реосорбілакт®, Тівортін® та Латрен®.

Такі заходи сприяють:

- усуненню набряку завдяки гіперосмолярності, відкриванню прекапілярних сфінктерів і поліпшенню периферичного кровообігу;
- відновленню функції ендотелію, активації як ендотеліального, так і ендотеліального механізмів вазодилатації;
- захисту судин, зменшенню агрегації формених елементів крові, зниженню продукції прозапальних цитокінів та посиленню мікроциркуляції.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ ПОРУШЕНЬ

ЛАТРЕН®

Зменшує набряк навколо корінців впливаючи на внутрішньосудинні причини набряку
По 200 мл 5 днів

- Зменшує агрегацію формених елементів крові
- Знижує продукцію прозапальних цитокінів
- Активує ендотелій-незалежний механізм вазодилатації¹

СХЕМА ЛІКУВАННЯ

ПРИЗНАЧЕННЯ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ТІВОРТІН® по 4,2 - 8,4 в/в крапельно 1 раз на день	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ЛАТРЕН® по 200,0 - в/в крапельно 1 раз на день		✓		✓		✓		✓		✓
РЕОСОРБІЛАКТ® по 200,0 - в/в крапельно 1 раз на день	✓		✓		✓		✓		✓	
ТІВОРТІН® аспарат по 2 мірні ложки 2 рази на день	Продовжити після інфузійного курсу ТІВОРТІНУ на протязі 24-28 днів з метою відновлення ендотелію судин									

РЕОСОРБІЛАКТ®

Зменшує набряк навколо корінців впливаючи на зовнішньосудинні причини набряку
По 200 мл 5 днів



- Усуває набряк за рахунок гіперосмолярності
- Відкриває прекапілярні сфінктери
- Покращує периферичний кровообіг

ТІВОРТІН®

4.2 г або 8.4 г
10 днів з переходом на **ТІВОРТІН® аспарат**



- Відновлює функцію ендотелію судин
- Захищає судини
- Активує ендотелійзалежний механізм вазодилатації²

ЛАТРЕН®

ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу Латрен®

Склад: діюча речовина: 1 мл розчину містить 0,5 мг пентоксифіліну; допоміжні речовини: натрію хлорид, калію хлорид, кальцію хлорид, натрію лактату розчин, вода для ін'єкцій.
Фармакотерапевтична група. Периферичні вазодилатори. Похідні пурину. Код АТХ C04A D03.
Фармакологічні властивості. Пентоксифілін є похідним метилксантину. Механізм дії пентоксифіліну пов'язаний з пригніченням фосфодіестерази і накопиченням 3,5-АМФ у клітинах гладкої мускулатури судин, клітинах крові, а також в інших тканинах і органах. Пентоксифілін гальмує агрегацію тромбоцитів та еритроцитів, підвищує їх гнучкість, зменшує підвищену концентрацію фібриногену у плазмі крові та посилює фібриноліз, що зменшує в'язкість крові і поліпшує її реологічні властивості.

Показання Атеросклеротична енцефалопатія; ішемічний церебральний інсульт; дисциркуляторна енцефалопатія; порушення периферичного кровообігу, зумовлені атеросклерозом, цукровим діабетом (включно з діабетичною ангіопатією), запаленням; трофічні розлади у тканинах, пов'язані з ураженням вен або порушенням мікроциркуляції (посттромбофлебітичний синдром, трофічні виразки, гангрена, відмороження); облітеруючий ендартерит; артіонейропатія (хвороба Рейно); порушення кровообігу ока (гостра, підгостра, хронічна недостатність кровообігу у сітківці і судинній оболонці ока); порушення функції внутрішнього вуха судинного генезу, які супроводжуються зниженням слуху.

Протипоказання. Латрен® протипоказаний: пацієнтам із підвищеною чутливістю до пентоксифіліну до інших метилксантинів або до будь-якої з допоміжних речовин препарату Латрен®; пацієнтам із масивною кровотечею (ризик посилення кровотечі); пацієнтам з обширним крововиливом у сітківку ока, при крововиливач у мозок (ризик посилення кровотечі). Якщо під час лікування пентоксифіліном відбувається крововилив у сітківку ока, застосування лікарського засобу слід одразу припинити; пацієнтам у гострий період інфаркту міокарда; пацієнтам із виразкою шлунка та/або кишковими виразками; пацієнтам із геморагічним діатезом.

Упаковка. По 100 мл або 200 мл, або 400 мл розчину у пляшках скляних.
Категорія відпуску. За рецептом.
Виробник. ТОВ «Юрія-Фарм».
РП МОЗ України UA/6388/01/01

ТІВОРТІН®

ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу ТІВОРТІН®

Склад: діюча речовина: L-arginini hydrochloridum; 1 мл містить 42 мг аргініну гідрохлориду (у 100 мл міститься 20 ммоль аргініну та 20 ммоль хлоридів); допоміжні речовини: вода для ін'єкцій.
Фармакотерапевтична група. Кровозамінники та перфузійні розчини. Додаткові розчини для внутрішньовенного введення. Амінокислоти. Аргініну гідрохлорид. Код АТХ B05X B01.

Фармакологічні властивості. Аргінін (α-аміно-δ-гуанідиновалеріанова кислота) – амінокислота, яка належить до класу умовно незамінних амінокислот і є активним і різноманітним клітинним регулятором численних життєво важливих функцій організму, виявляє важливі в критичному стані організму протекторні ефекти. Тівортін® виявляє антигіпоксичну, мембраностабілізуючу, цитопротекторну, антиоксидантну, антирадикальну, дезінтоксикаційну активність, проявляє себе як активний регулятор проміжного обміну і процесів енергозабезпечення, відіграє певну роль у підтриманні гормонального балансу в організмі. Тівортін® є субстратом для NO-синтази – ферменту, що каталізує синтез оксиду азоту в ендотеліоцитах. Препарат активує гуанілатциклазу і підвищує рівень циклічного гуанідимінофосфату (цГМФ) в ендотелії судин, зменшує активацію й адгезію лейкоцитів і тромбоцитів до ендотелію судин, пригнічує синтез протейнів адгезії VCAM-1 і MCP-1, запобігаючи таким чином утворенню і розвитку атеросклеротичних бляшок, пригнічує синтез ендотеліну-1, який є потужним вазоконстриктором і стимулятором проліферації й міграції гладких м'язів судинної стінки.

Показання. Метаболічний алкалоз, гіперамоніємія, атеросклероз судин серця і головного мозку, атеросклероз периферичних судин, у тому числі із проявами перемісної кульгавості, діабетична ангіопатія, артеріальна гіпертензія, хронічна серцева недостатність, гіперхолестеринемія, хронічні обструктивні захворювання легень, легенева гіпертензія, затримка розвитку плода і преєклампсія - в складі комплексної терапії.

Протипоказання. Підвищена чутливість до препарату. Тяжкі порушення функції нирок, гіперхлоремічний ацидоз; алергічні реакції в анамнезі; застосування калійзберігаючих діуретиків, а також спіронолактону. Інфаркт міокарда (у тому числі в анамнезі).

Упаковка. По 100 мл або 200 мл у пляшці № 1 у паці.
Категорія відпуску. За рецептом.
Виробник. ТОВ «Юрія-Фарм».
РП МОЗ України UA/8954/01/01

РЕОСОРБІЛАКТ®

ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу РЕОСОРБІЛАКТ®

Склад: діючі речовини: 1 мл розчину містить сорбітолу 60,0 мг, натрію лактату (у перерахунку на 100 % речовину) 19,0 мг, натрію хлориду 6,0 мг, кальцію хлориду дигідрату (у перерахунку на кальцію хлорид) 0,1 мг, калію хлориду 0,3 мг, магнію хлориду гексагідрату (у перерахунку на магнію хлорид) 0,2 мг.

Фармакотерапевтична група. Розчини, які впливають на електролітний баланс. Електроліти у комбінації з іншими препаратами. Код АТХ B05B B04.
Фармакологічні властивості Реосорбілакт® має реологічну, протишокову, дезінтоксикаційну і залужувальну дію та стимулює перистальтику кишечника. Основними фармакологічно активними речовинами препарату є сорбітол і натрію лактат. Ізотонічний розчин сорбітолу має дезагрегантну дію і таким чином поліпшує мікроциркуляцію і перфузію тканин. Посилює діурез.
Показання. Для поліпшення капілярного кровотоку з метою профілактики та лікування травматичного, операційного, гемолітичного, токсичного і опікового шоку, при гострій кровотраті, опіковій хворобі; інфекційних захворюваннях, що супроводжуються інтоксикацією, загостренні хронічного гепатиту; сепсис; для передопераційної підготовки та в післяопераційний період; для поліпшення артеріального і венозного кровообігу з метою профілактики тромбозів, тромбоемболій, ендартеріїтів, хвороби Рейно.

Протипоказання Індивідуальна підвищена чутливість до компонентів препарату. Реосорбілакт® не застосовувати при алкалозі, а також у випадках, коли протипоказане вливання великих об'ємів рідини (крововилив у мозок, тромбоемболія, серцево-судинна декомпенсація, артеріальна гіпертензія III ступеня, декомпенсовані вади серця, термінальна ниркова недостатність), зневодження, олигурия.
Упаковка. По 200 мл або 400 мл у пляшці, по 1 пляшці у паці; по 200 мл або 400 мл у пляшках; по 250 мл або 500 мл у контейнерах.

Категорія відпуску. За рецептом. **Виробник.** ТОВ «Юрія-Фарм».
РП МОЗ України UA/2399/01/01

1. Чухловина М.Л. Особенности диагностики и лечения дорсопатий у пациентов с дисплазией соединительной ткани / М.Л. ЧУХЛОВИНА, А.А. ЧУХЛОВИН. ЖУРНАЛ НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ, 7, 2017.
2. Путилина М.В. Вертеброгенный болевой синдром / М.В. ПУТИЛИНА/Медицинские новости. 2015 - №4

