

Neurologové se ptají



DOTAZ:

Jsou myorelaxancia užitečná v léčbě algického vertebrogenního syndromu?

J. R. Neurologie, Praha

Bolestivá postižení pohybového systému a tedy i zad jsou spojena se změnami napětí svalů – zvýšené napětí fixuje ohroženou, bolestivou oblast. Toto napětí je fyziologickou, ochrannou reakcí, která má svůj podklad v regulačních mechanismech centrálního nervového systému. Bolest provokuje zvýšené napětí svalu a to naopak bolest. Takto zvýšené svalové napětí může být postupně fixováno a rozšiřuje se u postižení zad v často typické zřetězené spazmy. Přidávají se svalové bolestivé body (trigger pointy) a myogelózy. Čím déle trvá nefyziologické přetěžování pohybového systému, tím spíše se kombinují funkční a strukturální poruchy skeletu, svalstva, úponů, tím více se bez léčby fixuje centrálním nervovým systémem akceptované a nastavené abnormální napětí kosterních svalů. To platí samozřejmě jak pro situace vrozených a poúrazových svalů, tak podobně i pro situace nefyziologického přetěžování pohybového aparátu. Funkční poruchy pohybového aparátu a abnormální pohybové vzorce se postupem doby

zákonitě kombinují se strukturálními poruchami (zejména rozvoj osteoartrózy). Svalový korzet trupu je pak diferencován na svaly se zvýšeným napětím a svalstvo typicky ochabující (např. mezilopatkové, břišní, hýžděvé).

Ve farmakoterapii zvýšeného napětí svalů u vertebrogenních onemocnění přichází v úvahu prakticky skupina tzv. centrálních myorelaxancií. Jedná se o farmaka primárně určená na léčbu centrálně zvýšeného patologického tonu – spasticity. Výsledkem jejich podání je snížení svalového napětí kosterního svalstva celého těla. Pokud jsou podána v případech vertebrogenních onemocnění, **navodí logicky snížení napětí všech svalů, ale dysbalance napětí zůstává!**

U chronických bolestivých vertebrogenních stavů, u hypotonických jedinců a osob s ochabým svalovým korzetem jsou myorelaxancia zcela nevhodná. Hlavní léčebný efekt zde má fyzioterapie.

U akutních bolestivých vertebrogenních postižení lze podpořit centrálními myorelaxancií fyziologický pokles abnormálně zvýšeného svalového napětí, ke kterému dochází např. u nekomplikované akutní blokády krční páteře kolem 3. dne od jejího vzniku, u akutní blokády bederní páteře kolem 4.–5. dne od jejího rozvoje. Myorelaxancia jsou v uvede-

ných případech podávána v kombinaci s analgetiky (většinou antirevmatiky) a je nutno myslet na jejich potenciál zvyšovat zatížení žaludeční sliznice a centrálně tlumivý efekt. Možnost vedlejších účinků roste s věkem pacienta, výškou dávky a kumulativní dávkou léků.

Podávání centrálních myorelaxancií na ovlivnění subakutní a chronické kořenové (tedy neuropatické) bolesti nemá opodstatnění.

Krátký přehled preparátů

s centrálně myorelaxačním účinkem:

Nejběžněji perorálně podávaná myorelaxancia jsou tetrazepam = Myolastan s rel. dlouhým poločasem a preparáty s poločasem kratším jako jsou thiocholthiazid = Muscoril, mefenoxalon = Dorsiflex, tolperizon = Mydocalm. Díky odlišným poločasům se liší i dávkování. Muscoril a Myolastan jsou k dispozici též v injekční formě pro možnost rychlého nástupu efektu.

Myorelaxancia přednostně určená na tlumení spasticity jsou tizanidin = Sirdalud a baclofen.

prim. MUDr. Petr Mečír
Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
Kateřinská 30, 128 00 Praha 2
e-mail: petrmecir@vfn.cz



Otázky můžete posílat e-mailem na adresu: kultanova@solen.cz

či poštou na adresu: Mgr. Eva Kultanová
Vydavatelství SOLEN
Lazecká 297/51
779 00 Olomouc

