

ЛЕЧЕНИЕ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ СИНДРОМОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Космачёв В.Е., Шамова Т.М.

Гродненский государственный медицинский университет

Kosmachev V.E., Shamova T.M.

Grodno State Medical University, Belarus

Out-patient treatment of vertebrogenic syndromes

Резюме. Проведена оценка эффективности и безопасности аэртала (ацеклофенака) и диклофенака при вертеброгенных синдромах в амбулаторной практике с использованием визуальной аналоговой шкалы. Пациенты 1-й группы (82) получали аэртал (200 мг/сут), 2-й группы (25) – диклофенак (100 мг/сут). Аэртал хорошо переносился больными и был более эффективен в купировании болевого и мышечно-тонического синдромов.

Ключевые слова: боль в спине, вертеброгенный синдром, лечение, ацеклофенак.

Summary. Efficacy and safety of airtal (aceclofenac) and diclofenac in vertebrogenic syndromes in out-patient treatment have been evaluated using the Visual-Analogue scale. Patients of the first group (82) received airtal (200 mg per day), of the second group (25) – diclofenac (100 mg per day). Airtal was well-tolerated and more effective in the control of pain and muscle-tonic syndromes.

Keywords: back pain, vertebrogenic syndromes, treatment, aceclofenac.

Боли в спине хотя бы раз в жизни случаются у каждого человека. Эта проблема, имеющая огромное социально-экономическое и научно-медицинское значение, давно уже стала междисциплинарной [1, 7, 9]. Это одна из наиболее распространенных причин обращения за медицинской помощью в неврологической практике [5]. Рефлекторные и компрессионные вертеброгенные синдромы в большинстве случаев возникают вследствие дегенеративно-дистрофических процессов в позвоночнике.

При неадекватных терапевтических подходах болевой синдром часто становится хроническим, существенно

ухудшает качество жизни людей, страдающих дорсалгией, и способствует повышению риска сопутствующих заболеваний. Спектр методов терапевтического воздействия при болях в спине широк и включает в себя, наряду с лекарственной терапией, такие популярные методики немедикаментозного воздействия, как массаж, мануальная терапия, акупунктура, физиотерапевтические процедуры. Однако неумелое или несвоевременное применение этих методов может не только не облегчить состояние больного, но и усугубить его.

При остром болевом синдроме рекомендуется ограничение физиче-

ской активности. Медикаментозную терапию следует начинать как можно раньше и добиваться эффективного купирования боли. Для этой цели используется три основные группы препаратов: парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и опиоидные анальгетики.

Наиболее широко применяются НПВП, обладающие анальгезирующим и противовоспалительным действием, которое реализуется путем подавления циклооксигеназы (ЦОГ), ключевого фермента синтеза простагландинов и других метаболитов арахидоновой кислоты. Каскад синтеза провоспалительных метаболитов запускается ЦОГ-2. С подавлением физиологичной ЦОГ-1 связывают нежелательные побочные эффекты НПВП, прежде всего гастропатии.

Поиск новых НПВП ведется в направлении разработки средств, обладающих высокой противовоспалительной эффективностью и благоприятным профилем безопасности. Казалось, проблема была решена с появлением селективных НПВП, избирательно подавляющих ЦОГ-2, однако высказывается мнение, что, возможно, сбалансированные по отношению к обеим изоформам препараты обладают большей противовоспалительной активностью, нежели селективные НПВП [3].

В связи с этим мы обратили внимание на производное фенилук-

сусной кислоты – ацеклофенак, который, по литературным данным, обладает высокой эффективностью, сравнимой с большинством современных НПВП, при минимальном количестве побочных влияний [4, 6]. Действие препарата направлено в основном на ЦОГ-2, что приближает его к селективным НПВП.

При сравнении эффективности НПВП в рандомизированном контролируемом исследовании при остеоартрите снижение болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) у пациентов, принимавших ацеклофенак, было на 7,6 мм больше, чем при приеме парацетамола [8].

Цель настоящего исследования – оценить эффективность и безопасность ацеклофенака при лечении вертеброгенных синдромов в амбулаторных условиях.

Нами обследовано 107 больных с вертеброгенными синдромами. Все пациенты прошли курс амбулаторного лечения в поликлинике Столинской ЦРБ. 1-ю группу составили 82 пациента, в качестве базисной терапии получавших ацеклофенак (**азртал**, **ОАО «Гедеон Рихтер»**), 2-ю (контрольную) группу составили 25 пациентов, принимавших диклофенак. При неврологическом обследовании оценивались моторные, сенсорные и рефлекторные функции. Болевой синдром характеризовался с учетом ограничения объема движе-

ний, степени напряжения паравертебральных мышц, симптомов натяжения. Пациенты оценивали болевые ощущения по ВАШ, градуированной от 0 до 10 баллов. Мышечно-тонический синдром определялся с помощью пальпации заинтересованных мышц с оценкой по трем степеням [8]. Оценивалась также переносимость препарата: регистрировались побочные эффекты, проводился анализ гематологических и биохимических показателей крови, артериального давления в динамике.

Соотношение мужчин и женщин в обследованных группах было приблизительно одинаковым и составило 35,3% : 64,7% в 1-й группе и 28% : 72% во 2-й группе. Распределение пациентов по возрасту представлено в таблице.

Большинство в обеих группах составили сельские жители: 64,7 и 72%. Горожан было 35,3 и 28% соответственно.

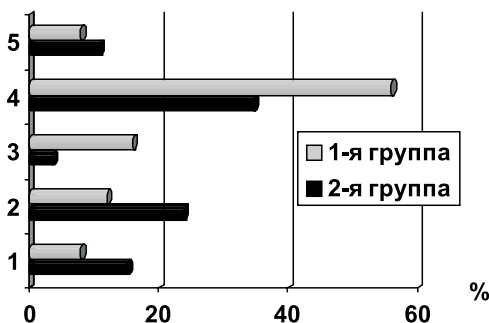
В контрольной группе у 36% пациентов трудовая деятельность связана с физическими нагрузками, у 24% – с длительным вынужденным положением, у 4% – с переохлаждением. Не отметили связи повседневной деятельности с вышеуказанными факторами 53,6% пациентов 1-й группы, физическим трудом заняты 32,9% больных, работа связана с вынужденным положением у 12,1%, с переохлаждением – у 1,21%.

Таблица Распределение больных с неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника по возрасту		
Возраст	1-я группа	2-я группа
	Абс. (%)	Абс. (%)
18–30 лет	2 (2,4)	1 (4)
31–45 лет	29 (35,4)	11 (44)
46–60 лет	36 (43,9)	8 (32)
Старше 60 лет	15 (18,3)	5 (20)

Острое начало заболевания наблюдалось у большинства обследованных: 54,8% – в 1-й группе и 48% – во 2-й. Соответственно у 45,1 и 52% пациентов болевой синдром развивался подросто. У 5 пациентов в контрольной группе и у 3 – в экспериментальной наблюдались шейные синдромы, у остальных патологический процесс локализовался на поясничном уровне. У подавляющего большинства пациентов имели место рефлекторные синдромы, лишь у 9 пациентов 1-й группы и у 2 – контрольной наблюдались симптомы поражения корешков спинного мозга. Клиническая симптоматология по группам представлена на рис. 1.

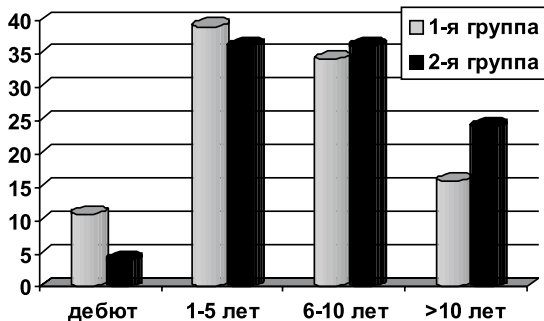
У пациентов обеих групп, наряду с болевым синдромом, часто регистрировался выраженный мышечно-тонический синдром (87,1 и 92% соответственно), нейродистрофические проявления имели место у одного пациента 1-й группы.

Рисунок 1 Симптоматология неврологических проявлений в обследованных группах



Примечание: 1 – цервикокраниалгия, 2 – цервикобрахиалгия, 3 – люмбагия, 4 – люмбошиалягия, 5 – корешковые синдромы.

Рисунок 2 Длительность болезни у обследованных пациентов



Дорсалгия возникла впервые лишь у 9 обследованных 1-й группы и у одного – 2-й. У остальных длительность болезни составила от 1 до 32 лет (рис. 2).

Обострения болевого синдрома ежегодно возникали более чем у 70%

пациентов 1-й группы и у 84% – 2-й группы (рис. 3).

Обострения пациенты связывали с физическими перегрузками (62,1% в 1-й группе и 52% – во 2-й), переохлаждением (24,3 и 40% соответственно). 4 человека в 1-й группе связывали рецидивы болевого синдрома с психоэмоциональными факторами, 1 – с травмой спины.

Длительность настоящего обострения у большинства обследованных не превышала 2 недель (рис. 4). Тем не менее значительная часть пациентов самостоятельно принимали НПВП до обращения к врачу: 57,3% в 1-й группе и 76% – во 2-й.

При первичном осмотре болевой синдром был оценен как резко выраженный у 40,2 и у 28%, умеренно выраженный – у 59,7 и у 72% пациентов 1-й и 2-й групп соответственно.

В результате лечения в обеих группах обследованных больных интенсивность боли достоверно снизилась ($t=3,67$ и $2,3$ соответственно). При этом у 50% пациентов 1-й группы при повторном

Рисунок 3 Количество обострений заболевания в год

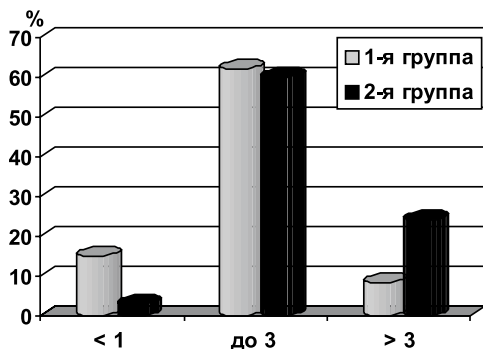
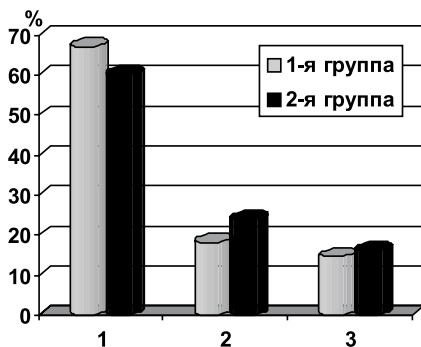


Рисунок 4 Длительность последнего обострения болевого синдрома



Примечание: 1 – до 2 недель, 2 – от 3 до 12 недель, 3 – свыше 12 недель.

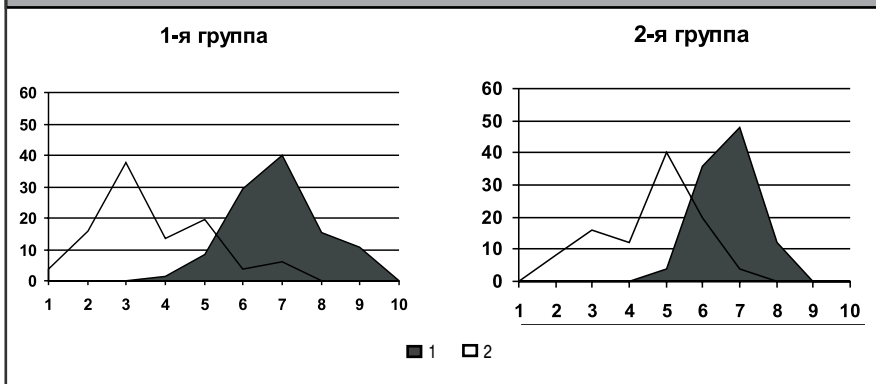
Недостаточно эффективным лечение оказалось у 28,05 и 64% обследованных соответственно.

Сами пациенты при оценке болевого синдрома отметили значительное улучшение самочувствия. Исходные показатели ВАШ по группам существенно не различались и составили в среднем $6,74 \pm 0,11$ и $6,68 \pm 0,14$ балла. После проведения курса терапии самооценка пациентами достоверно ($t=18,55$ и $7,69$ соответственно) снизилась и составила $3,64 \pm 0,16$ и $4,6 \pm 0,26$ балла, что свидетельствовало о значительном регрессе болевых ощущений (рис. 5). При этом улучшение самочувствия

отмечен легкий болевой синдром (в группе сравнения – 12%). Эффект терапии расценили как хороший 59,75 и 36% пациентов соответственно. Очень хороший эффект имел место у 12,2% обследованных 1-й группы, во 2-й подобного эффекта лечения не наблюдали.

отмечали и те пациенты, у которых эффект лечения был расценен как недостаточный. Не отметили положительной динамики 6 (7%) пациентов 1-й и 2 (8%) пациента 2-й группы, повышение оценки на 1 балл имело место в 2 и 32% случаев соответственно.

Рисунок 5 Оценка интенсивности болевого синдрома по ВАШ до (1) и после лечения (2) аэрталом и диклофенаком



Учитывая патогенетическое значение мышечно-тонического компонента, нами проведен анализ динамики синдрома под воздействием терапии (рис. 6).

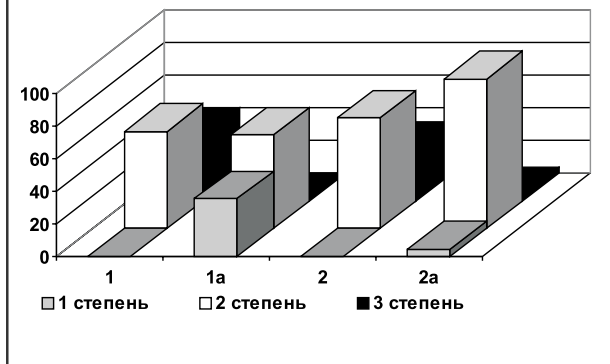
При первичном осмотре мышечно-тонический синдром в той или иной степени имел место у всех обследованных. После курса лечения у пациентов 1-й группы отмечен регресс мышечно-тонических проявлений ($t=2,7$) в отличие от 2-й группы ($t<2$). При резко выраженном синдроме хороший миорелаксирующий эффект наблюдался от применения толперизона (мидокалма).

Особый интерес представляло изучение профиля безопасности ацеклофенака (аэртала). Несмотря на то что в группу больных, получавших аэртал, были включены 7 пациентов, имевших в анамнезе заболевания ЖКТ, гастропа-

тий в ходе лечения индуцировано не было. Лишь у одного пациента на 3-й день курса появилась проходящая тошнота, не потребовавшая лечения. Аэртал не оказывал влияния ни на гематологические и биохимические показатели, ни на уровень артериального давления. Последнее обстоятельство представляется весьма значимым, поскольку у 24% пациентов имела место сопутствующая артериальная гипертензия. Ни в одном случае у пациентов обследованных групп не наблюдалось побочных эффектов, потребовавших отмены препарата.

Таким образом, проведенное исследование показало целесообразность применения аэртала, обладающего высокой эффективностью в купировании болевого и мышечно-тонического синдромов, при вертеброгенных синдромах у пациентов

Рисунок 6 Степень выраженности мышечно-тонического синдрома до (1, 2) и после (1а, 2а) лечения соответственно группам



различных возрастных групп, в том числе при хронических дорсалгиях. Благоприятный профиль безопасности позволяет широко назначать препарат для лечения в амбулаторных условиях. При выраженных мышечно-тонических проявлениях кроме НПВП показан миодаквалм.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вознесенская, Т.Г. Боли в спине и конечностях // Болевые синдромы в неврологической практике / под ред А.М.Вейна. – М.: МЕДпресс-информ, 2001. – С.217–283.

2. Лихачев, С.А. Опыт применения артроксана (теносикама) при спондилогенных дорсалгиях / С.А.Лихачев, В.В.Войтов, В.В.Ващилин // Мед. новости. – 2010. – №1. – С.50–53.

3. Насонов, Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов: клин. рекоменд. / Е.Л.Насонов и др. – М.: Алмаз, 2006.

4. Насонова, В.А. Ацеклофенак (азртал) в ревматологической практике // Тер. архив. – 2005. – Т.77, №5. – С.87–90.

5. Павленко, С.С. Боли в нижней части спины (эпидемиология, клинко-диагностическая классификация, современные направления в диагностике,

лечении и стандартизации медицинской помощи). Руководство. – Новосибирск: Сибмедиздат, 2007. – 172 с.

6. Силивончик, Н.Н. Ацеклофенак: профиль гастроинтестинальной безопасности / Н.Н. Силивончик // Мед. новости. – 2010. – №7. – С. 59–63.

7. Хабиров, Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника. – Казань: Медицина, 2006. – 520 с.

8. Battle-Gualda, E. Aceclofenac vs paracetamol in the management of symptomatic osteoarthritis of the knee: a double-blind 6-week randomized controlled trial / E.Battle-Gualda et al. // Osteoarthr. Cartilage. – 2007. – Vol.15, №8. – P. 900–908.

9. Brevik, H. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment / H.Brelyik [et al.] // Eur. J. Pain. – 2006. – Vol.10, №4. – P.287–233.