

Рациональная терапия для пациента с мышечно-скелетной болью

Х.Я. Умарова, П.Р. Камчатнов

Статья посвящена актуальной проблеме современной неврологии – мышечно-скелетным болевым синдромам, в первую очередь поясничной боли и цервикалгии. Приведены сведения по распространенности этих патологических состояний, отмечен их большой вклад в формирование временной нетрудоспособности населения. Сформулированы главные направления лечения указанного контингента больных, подчеркивается роль максимально полного вовлечения пациента в процесс лечения, а также сочетания медикаментозных и немедикаментозных методов терапии, реабилитационных мероприятий. Освещена терапевтическая эффективность нестероидных противовоспалительных средств и препаратов группы В при лечении мышечно-скелетных болевых синдромов. Подчеркивается, что применение лорноксикама в сочетании с комбинированными препаратами витаминов группы В может способствовать повышению конечной эффективности и сокращению сроков лечения данной категории пациентов.

Ключевые слова: мышечно-скелетная боль, цервикалгия, поясничная боль, радикулопатии, нестероидные противовоспалительные препараты, лорноксикам, витамины группы В.

Мышечно-скелетные болевые синдромы, обусловленные дегенеративными поражениями позвоночника и расположенных вблизи мягких тканей, являются одной из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью. Вследствие целого ряда биомеханических особенностей строения позвоночника наиболее уязвимым в отношении возникновения болевого синдрома является его поясничный отдел. В связи с этим одним из самых распространенных синдромов является поясничная боль (ПБ), локализующаяся в области между реберными дугами и ягодичными складками. Наряду с этим довольно часто страдает и шейный отдел позвоночника, что обусловлено его значительной подвижностью, а в ряде случаев – недостаточной развитой мускулатурой, особенностями развития скелета. Как свидетельствуют результаты популяционного исследования, проведенного в Японии, до 1/3 взрослого городского населения страдает цервикалгией – неспецифической болью в шее, вызванной сочетанием остеоартроза, остеохондроза, изменениями в связочном и мышечном аппарате позвоночника [1]. Исключительная распространенность цервикалгии была установлена и в результате масштабного исследования, проведенного в Гонконге, – из 4640 наблюдавшихся на протяжении 12 мес пациентов боль в области шеи имела место у 64,6%, при этом интенсивность боли, расцениваемая как выраженная или значительная, отмечалась у 38,0% опрошенных [2]. Считается, что цервикалгия является одним из наиболее распространенных болевых

мышечно-скелетных синдромов – она занимает 4-е место среди всех болевых синдромов, обусловленных патологией опорно-двигательного аппарата [3]. Как и ПБ, цервикалгия может приобретать хронический характер или рецидивировать; стойкий болевой синдром отмечается практически у 60% больных с цервикалгией при наблюдении за ними не менее 5 лет [4].

Как и другие мышечно-скелетные болевые синдромы, цервикалгия является источником значительных материальных затрат вследствие исключительно частой временной утраты трудоспособности, невозможности выполнения трудовых обязанностей в должном объеме, значительных расходов на приобретение лекарственных препаратов и оказание иных видов медицинской помощи. Кроме того, дегенеративные поражения суставов позвоночника ассоциированы с рядом соматических заболеваний, что также повышает расходы на проводимое лечение. По данным фармакоэкономических исследований, объемы такого рода материальных затрат постоянно возрастают [5]. Результаты масштабного эпидемиологического исследования, проведенного в США методом случай–контроль (в основную группу вошло 258 237 больных остеоартрозом различной локализации, в группу сравнения – 258 237 здоровых лиц), свидетельствуют о том, что расходы на стационарную и амбулаторную медицинскую помощь многократно выше у больных с суставной патологией [6].

Большое количество больных с суставно-мышечными болевыми синдромами не обращаются за профессиональной медицинской помощью, пытаются самостоятельно купировать болевой синдром или прибегая к услугам непрофессиональных медиков, родственников и близких, что искажает реальные затраты на лечение таких больных в популяции [2]. Определенный интерес представляет проблема зависимости распространенности цервикалгии от возраста. По результатам систематизированного обзора

Хади Ясуевна Умарова – профессор кафедры преподавания внутренних болезней с курсами общего ухода за больными и клинической фармакологии медицинского факультета Чеченского государственного университета, Грозный.

Павел Рудольфович Камчатнов – профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва.

серии популяционных исследований, распространенность цервикалгии в популяции среди лиц среднего и пожилого возраста (старше 60 лет) существенно не различается [7]. Более того, в старшей популяции частота встречаемости цервикалгии не только не увеличивается, но даже несколько снижается, что может быть обусловлено компенсаторными изменениями хрящевой и периартикулярных тканей.

Имеются данные о том, что цервикалгия, как и другие варианты мышечно-скелетных болевых синдромов, является следствием поражения ряда анатомических образований, включая фасеточные суставы, межпозвонковые диски, периартикулярные ткани – связки, сухожилия, поперечнополосатую мускулатуру [8]. Возможно вовлечение в патологический процесс спинальных корешков шейного отдела спинного мозга в виде их компрессии грыжей межпозвонкового диска или крупными остеофитами. Вместе с тем, как свидетельствуют результаты анализа серийных радиологических исследований, истинные радикулярные синдромы встречаются в клинической практике относительно редко. Ежегодная заболеваемость шейной радикулопатией составляет 83 случая на 100 000 населения в возрасте от 13 до 91 года [9]. Считается, что это несколько меньше, чем ежегодная заболеваемость радикулопатией поясничной локализации, хотя корешковые синдромы шейной локализации, обусловленные дискогенной компрессией корешка (реже нескольких корешков), служат наиболее частой причиной болевого синдрома в области шеи или верхней конечности [10].

Современные представления о ведущих патофизиологических механизмах формирования цервикалгии позволили сформулировать главные направления лечения данного контингента больных. Исключительное внимание при этом уделяется не только и не столько купированию болевого синдрома как таковому, сколько расширению способности пациента к самообслуживанию, возвращению его к привычному образу функционирования, что, в свою очередь, обеспечивает повышение качества жизни. Необходимо принимать во внимание, что максимально раннее устранение болевого синдрома в значительной степени снижает риск формирования хронической боли, требующей специфических терапевтических подходов, предоставляет значительные возможности для проведения полноценных реабилитационных мероприятий.

Пациент должен быть обеспечен адекватной информацией о состоянии своего здоровья, изложенной в доступной для него форме. Также больной должен быть в достаточной степени информирован о причинах возникновения заболевания, источниках болевого синдрома, о его доброкачественном характере, основных способах устранения боли. Важной задачей медицинского персонала является поддержание у пациента уверенности в отсутствии существенной угрозы для состояния его здоровья, формирование установки на выздоровление и возвращение

к полноценной жизни и трудовой деятельности. Зачастую неверное понимание причин возникновения болевого синдрома, отсутствие уверенности в правильности выбранной терапевтической тактики создают у больного ложное впечатление о наличии нераспознанного и, по его мнению, неизлечимого заболевания, нарушают доверие к возможностям медицины, способствуют формированию тревожных и депрессивных расстройств. Именно такие пациенты отказываются от медицинской помощи в лечебных медицинских учреждениях и ищут способы нетрадиционного исцеления, обращаются в поисках медицинских услуг к знахарям, колдунам и пр.

Исходя из современных взглядов на причины возникновения мышечно-скелетной боли считается, что реальное повышение эффективности лечения возможно за счет максимально полного вовлечения пациента в процесс лечения [11]. Больной должен самостоятельно оценивать динамику интенсивности, характера и локализации болевого синдрома, определять связь имеющегося болевого синдрома и характера статических и динамических физических нагрузок, отслеживать эффективность проводимого лечения. По мере купирования острой боли и по миновании острейшего периода заболевания пациент также должен принимать участие в выборе оптимального двигательного режима, определении необходимости в приеме обезболивающих препаратов и пр.

Кроме медикаментозной терапии исключительное значение для ведения пациента с ПБ и цервикалгией имеет обеспечение комплекса немедикаментозных мероприятий, который включает в себя дозированные физические нагрузки, элементы рациональной психотерапии, другие способы нелекарственной терапии [12]. Достижение достаточного уровня эффективности такого комплекса лечебных мероприятий может быть обеспечено работой мультидисциплинарной бригады. С целью купирования и устранения суставно-мышечного болевого синдрома наиболее часто применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) из группы неселективных ингибиторов циклооксигеназы (ЦОГ). Важным свойством всех НПВП является выраженный противоболевой и противовоспалительный эффект. Практически все НПВП эффективны как при локальном болевом синдроме (цервикалгия, ПБ и пр.), так и при вовлечении в патологический процесс шейных корешков.

Следует иметь в виду, что чрезмерно длительное применение НПВП ассоциировано с повышенным риском ulcerогенных осложнений, в связи с чем следует избегать их назначения на слишком большой срок. Риск ulcerогенного эффекта в значительной степени связан с длительностью приема НПВП, поэтому продолжительность курса лечения не должна превышать срок, необходимый для устранения болевого синдрома. Риск поражения слизистой оболочки желудка обусловлен не локальным, а системным действи-

ем препаратов, повреждающий эффект которых реализуется вследствие циркуляции их метаболитов в сосудистом русле. В этой связи необходимо информировать пациента о том, что риск развития побочных эффектов лишь незначительно снижается при парентеральном или ректальном введении НПВП. Кроме того, значимыми факторами риска язвенно-эрозивных осложнений при применении НПВП являются перенесенные заболевания желудочно-кишечного тракта, а также одновременный прием нескольких НПВП, ацетилсалициловой кислоты, непрямых антикоагулянтов, глюкокортикостероидов. Вероятность развития язвы желудка повышается при курении, избыточном употреблении алкоголя, наличии инфекции *H. pylori*. При наличии факторов риска гастроинтестинальных осложнений следует рассмотреть возможность назначения гастропротекторов, в частности ингибиторов протонной помпы [13]. С относительно меньшим риском развития язвенно-эрозивных осложнений связан прием селективных ингибиторов ЦОГ-2 типа (ЦОГ-2). Такие препараты, оказывая достаточно выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие, характеризуются минимальным риском повреждающего воздействия на слизистую желудка. Хорошая переносимость этих лекарственных средств обеспечивает возможность их применения на протяжении длительного периода. Вместе с тем, при благоприятном профиле в отношении осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта, к числу серьезных побочных эффектов селективных ингибиторов ЦОГ-2 следует отнести повышенный риск тромботических осложнений, в частности тромбоза коронарных артерий, а также повышения артериального давления, что требует коррекции проводимой антиромбоцитарной и антигипертензивной терапии [14]. С особой осторожностью следует назначать такие препараты пациентам с имеющейся сердечно-сосудистой патологией, в частности, нежелательно их назначение пациентам, в недавнем прошлом перенесшим острый коронарный синдром.

Одним из наиболее часто применяемых препаратов группы НПВП является сбалансированный ингибитор ЦОГ-1/ЦОГ-2 лорноксикам (Ксефокам). Характерная особенность фармакологических эффектов Ксефокама – выраженное противоболевое и противовоспалительное действие, которое позволяет добиться купирования болевых синдромов, обусловленных суставной патологией, в течение короткого промежутка времени [15]. Хорошая переносимость и высокая эффективность препарата позволяют рассматривать его в качестве средства выбора при спондилогенных болевых синдромах различной локализации [16]. Лорноксикам широко используется в разных странах мира для устранения разнообразных болевых синдромов, в частности, в стоматологической и абдоминальной хирургии, ортопедии, травматологии [17]. Важным свойством лорноксикама является его минимальное повреждающее действие на хрящевую ткань даже при длительном курсе

лечения, о чем свидетельствует отсутствие прогрессирующего сужения суставной щели по данным рентгенологического обследования. Имеется значительный опыт практического применения Ксефокама в Российской Федерации, который подтверждает высокую эффективность и хорошую переносимость препарата [18].

У пациентов с ПБ, цервикалгией, при наличии радикулярного синдрома НПВП в виде монотерапии не всегда оказывают своевременный и достаточный обезболивающий эффект, что может быть обусловлено невропатической составляющей болевого синдрома. В такой ситуации требуется применение дополнительных лекарственных препаратов, что обеспечивает повышение эффективности терапии. Перспективным и хорошо себя зарекомендовавшим направлением в лечении указанной категории пациентов является применение в комплексной терапии боли в спине витаминов группы В. Их назначение больным с вертеброгенными болевыми синдромами широко используется на протяжении ряда десятилетий. Традиционно с этой целью применялось поочередное внутримышечное введение растворов тиамин, пиридоксин и цианокобаламина с ежедневным чередованием каждого препарата. Недостатком такой схемы лечения был длительный курс терапии – не менее 3–4 нед, кроме того, потребность в проведении повторных инъекций была ассоциирована с низкой приверженностью к лечению. Проведение комбинированной терапии не только обеспечивает более быстрое и полное купирование болевого синдрома, но и приводит к удлинению периода ремиссии. Назначение пациентам с ПБ, цервикалгией, другими суставно-мышечными болевыми синдромами комплекса витаминов группы В, в частности Нейробиона, характеризуется хорошей переносимостью, снижением риска формирования хронического болевого синдрома [19].

В состав одной таблетки Нейробиона входит 100 мг тиамин дисульфида, 200 мг пиридоксин гидрохлорида и 240 мкг цианокобаламина, тогда как в одной ампуле Нейробиона содержится 100 мг витамина В₁, 100 мг витамина В₆ и 1000 мкг витамина В₁₂. Выбор указанной комбинации обусловлен важной ролью витаминов группы В в жизнедеятельности нервной системы. Выявлено, что тиамин связан с процессами энергетического метаболизма углеводов в нервной ткани, в частности с декарбоксилированием пирувата и метаболизмом α -кетоглутаровой кислоты, которые происходят в цикле Кребса. Кроме того, тиамин способен активизировать пентозофосфатный путь метаболизма глюкозы, благодаря чему имеется возможность покрытия энергетических потребностей нейронов и накопления субстратов для синтеза нуклеиновых кислот. Также тиамин принимает участие в белоксинтезирующих процессах в центральной и периферической нервной системе. Пиридоксин – кофермент процессов декарбоксилирования и трансаминирования аминокислот в нейронах. Цианокобаламин

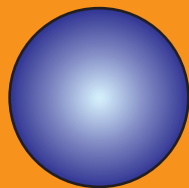
в организме метаболизируется в кобамамид, участвует в работе ферментных систем (в частности, в составе редуктазы, восстанавливающей фолиевую кислоту до тетрагидрофолиевой), а также принимает участие в переносе целого ряда радикалов, играя важную роль в синтезе дезоксирибозы, ДНК, креатина. Значимой его функцией является участие в катаболизме метионина – донора метильных групп для синтеза липотропного фактора – холина, входящего в состав миелина. Имеются данные о наличии собственного противоболевого эффекта у витаминов группы В, наиболее выраженного у цианокобаламина.

Как свидетельствуют результаты экспериментальных исследований влияния препаратов витаминов группы В на обмен веществ в нейронах, их применение оказывает значительный противоболевой эффект, что является основанием для проведения исследований по их применению при лечении пациентов с различными формами мышечно-скелетной боли. Результаты исследований, свидетельствующие о положительном влиянии витаминов группы В на обмен веществ в нейронах периферической нервной системы, позволяют широко применять их при лечении пациентов с болевыми синдромами, обусловленными дегенеративными поражениями позвоночника. Включение в комплексную терапию препаратов, содержащих витамины В₁, В₆ и В₁₂, обеспечивает повышение эффективности купирования невропатических и ноцицептивных болевых синдромов. Указанное свойство таких препаратов (в частности, Нейробиона) делает перспективным их применение при дегенеративных поражениях позвоночника, сопровождающихся болевым синдромом. Препараты витаминов группы В, в частности Нейробион, следует использовать в комплексной схеме лечения болевого синдрома. Задачами комбинированной терапии являются ускорение купирования болевого синдрома, пролонгирование сроков ремиссии, минимизация выраженности имеющегося неврологического дефицита. Раннее достижение положительного эффекта должно рассматриваться в качестве возможности для своевременного начала реабилитационных мероприятий.

Наряду с купированием болевого синдрома необходимо максимально раннее начало реабилитационных мероприятий. Восстановительное лечение должно включать активные и пассивные занятия лечебной гимнастикой, массаж, восстановление правильного двигательного стереотипа. Важно, чтобы больной был вовлечен в лечебный процесс, благодаря этому возможно увеличение его приверженности к терапии и повышение эффективности лечения в целом. Назначение больным с ПБ и цервикалгией комплексной терапии – НПВП Ксефокам плюс комбинированный препарат витаминов группы В Нейробион – может способствовать сокращению сроков лечения и повышению его конечной эффективности.

Список литературы

1. Kato S. et al. // J. Orthop. Sci. 2012. V. 17. № 6. P. 687.
2. Chiu T. et al. // Spine (Phila Pa 1976). 2010. V. 35. № 21. P. E1088.
3. McLean S.M. et al. // J. Epidemiol. Community Health. 2010. V. 64. № 7. P. 565.
4. Enthoven P. et al. // Spine (Phila Pa 1976). 2004. V. 29. № 21. P. 2458.
5. Lawrence R. et al. // Arthritis Rheum. 2008. V. 58. № 1. P. 26.
6. Kim T. et al. // J. Pain Res. 2012. V. 5. P. 23.
7. Fejer R., Leboeuf-Yde C. // Chiropr. Man. Therap. 2012. V. 20. № 1. P. 24.
8. Benyamin R. et al. // Pain Physician. 2009. V. 12. № 1. P. 137.
9. Radhakrishnan K. et al. // Brain. 1994. V. 117. Pt. 2. P. 325.
10. Carette S., Fehlings M. // N. Engl. J. Med. 2005. V. 353. № 4. P. 392.
11. van Tulder M. et al. // Eur. Spine J. 2006. V. 15. Suppl. 2. P. S169.
12. Andersson S. et al. // Altern. Ther. Health Med. 2012. V. 18. № 3. P. 25.
13. Насонов Е.Л. Противовоспалительная терапия ревматических болезней. М., 1996.
14. Caldwell B. et al. // J. R. Soc. Med. 2006. V. 99. № 3. P. 132.
15. Ahmed M., Al-Badr A. // Profiles Drug Subst. Excip. Relat. Methodol. 2011. V. 36. P. 205.
16. Herrmann W., Geertsen M. // Int. J. Clin. Pract. 2009. V. 63. № 11. P. 1613.
17. Sharma A. et al. // J. Indian Med. Assoc. 2008. V. 106. № 12. P. 811.
18. Шевченко Е.В. и др. // Рус. мед. журн. Спецвып. “Болевой синдром”. 2012. С. 23.
19. Камчатнов П.Р., Казаков А.Ю. // Эффективн. фармакотер. Неврол. и психиатр. 2011. № 1. С. 36.



АТМОСФЕРА
atm-press.ru

На сайте atm-press.ru вы сможете ПРИОБРЕСТИ все наши книги и журналы по издательским ценам без магазинных наценок.

Также на сайте atm-press.ru В БЕСПЛАТНОМ ДОСТУПЕ вы найдете архив журналов “Нервные болезни”, “Нервы”, “Атмосфера. Новости кардиологии”, “Атмосфера. Пульмонология и аллергология”, “Астма и аллергия”, “Лечебное дело”, переводы на русский язык руководств и брошюр.