

Остеохондроз позвоночника. Опыт применения Мовасина при болевом синдроме

А.И. Ломакин

Областная клиническая больница,
г. Саратов

Большинство людей хотя бы один раз в своей жизни страдают от болей в позвоночнике. Остеохондроз позвоночника представляет одно из наиболее распространенных состояний в общей медицинской практике.

Остеохондроз позвоночника занимает одно из ведущих мест среди причин обращаемости к врачу и получения нетрудоспособности у лиц различного возраста. С ними связаны громадные социально-экономические потери для общества в связи с временной утратой трудоспособности.

Остеохондроз позвоночника – комплекс дегенеративных изменений костно-связочных структур позвоночного столба, обусловленных дегенерацией межпозвонковых дисков. Дегенерация дисков приводит к нарушению функционирования позвоночного двигательного сегмента, в котором диск играет роль амортизирующей прокладки. Дегенерация может протекать в виде острого разрыва фиброзного кольца с выпячиванием ядра диска в полость канала (протрузия или грыжа диска). В других случаях имеет место «коллапс» (спадение пораженного диска с равномерным выпячиванием кольца во всех направлениях) – аннулярные протрузии, которые со временем приобретают костную плотность, мало отличаясь от остеофитов тел позвонков. Значительно чаще передних, боковых и задних протрузий наблюдается образование интраспонгиозных грыж в виде проникновения участков дисков в тело выше- и нижележащих позвонков. Именно эти, лишенные, как правило, какого-либо клинического значения грыжи и носят название грыж Шморля.

Нестабильность, вызванная нарушением функции диска, приводит к реактивным изменениям со стороны костных структур в виде постепенно формирования остеофитов по краям позвонков (спондилез).

Артроз мелких суставов позвоночника, вызванный подвывихом суставных поверхностей и над-

рывом капсул, носит название спондилоартроза. Обычно в развитые стадии остеоохондроза имеют место все вышеперечисленные изменения.

Кроме остеоохондроза и спондилоартроза причиной боли в позвоночнике могут быть его врожденные или приобретенные деформации (кифоз, сколиоз), смещение тел позвонков (спондилолистез), сужение позвоночного канала и наблюдаемый чаще у женщин в период менопаузы остеопороз, осложненный компрессионным переломом тел позвонков. В поясничном отделе чаще наблюдаются грыжи и протрузии дисков, а в шейном – не меньшую роль играют задне-боковые остеофиты тел позвонков и остеофиты в области унковертебральных сочленений.

Причины развития остеоохондроза недостаточно ясны. Очевидная роль принадлежит возрастному изнашиванию. Однако первые признаки дегенеративных изменений нередко обнаруживаются уже в молодом возрасте.

Позвоночно-двигательный сегмент (ПДС) – это условная структура, состоящая из 2 смежных полупозвонков, соединенных межпозвонковым диском, суставными капсулами, межостистыми, межпоперечными и желтыми (междужковыми) связками, а также мышцами. В соединении позвонков участвуют и связки, простирающиеся вдоль всего позвоночника (надостистая, передняя и задняя продольные). Межпозвонковый диск образован студенистым ядром, окружающим его фиброзным кольцом и покрывающим его гиалиновыми пластинками. Студенистое или пульпозное ядро – эллипсоидное, бессосудистое образование, эластической консистенции, состоит из отдельных хрящевых и соединительнотканых клеток, коллагеновых волокон. В состав межклеточного вещества входят протеины, мукополисахариды, включая гиалуроновую кислоту. Фиброзное кольцо состоит из крестообразных пересекающихся коллагеновых волокон, которые своими концами впаяны в краевые каёмки тел позвонков. В отличие от бессосудистого студенистого ядра, фиброзное кольцо обильно кровоснабжается. Капсулы межпозвонковых суставов весьма упруги. Их внутренний слой образует плоские складки, глубоко внедряющиеся в суставную щель – суставные менискоиды, которые содержат хрящевые клетки. Желтые связки, соединяющие сзади суставы и, главным образом дуги смежных позвонков, содержат много эластических волокон, они достаточно упруги, поэтому противодействуют обратно направленной силе студенистого ядра, стремящегося увеличить расстояние между позвонками.

Межостистые, межпоперечные связки лишены подобной эластичности. Задняя и передняя продольные связки состоят из продольно расположенных коллагеновых волокон. Связка плотно соединена с телами позвонков и рыхло – на границе диска и смежных позвонков. Задняя продольная

Информация о препарате

МОВАСИН (ОАО АКО «Синтез», Россия)

Мелоксикам

Таблетки 7,5 мг; 15 мг

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Симптоматическое лечение остеоартроза, ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилоартрита (болезнь Бехтерева) и других ревматических заболеваний, сопровождающихся болевым синдромом.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Препарат принимают внутрь во время еды один раз в день. Рекомендуемый режим дозирования при ревматоидном артрите – 15 мг в сутки. В зависимости от лечебного эффекта доза может быть снижена до 7,5 мг в сутки. При остеоартрозе – 7,5 мг в сутки. При неэффектив-

ности доза может быть увеличена до 15 мг в сутки. При анкилозирующем спондилоартрите – 15 мг в сутки. Максимальная суточная доза не должна превышать 15 мг. У пациентов с повышенным риском развития побочных эффектов, а также у пациентов с выраженной почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе, доза не должна превышать 7,5 г в сутки.

Разделы: Фармакологические свойства, Фармакокинетика, Противопоказания, Беременность и лактация, Побочное действие, Передозировка, Взаимодействие с другими лекарственными средствами, Особые указания – см. в инструкции по применению препарата.

связка образует переднюю стенку позвоночного канала.

Межпоперечные мышцы состоят из двух самостоятельных пучков: медиально-дорсального и латерально-вентрального. Между двумя пучками мышц проходит сосудисто-нервный пучок.

Межостистые мышцы парные, они направляются снизу вверх, вентрально и внутрь.

Изолированные движения отдельного ПДС осуществляют перечисленные короткие мышцы позвоночника, частично и ротаторы, перекидывающиеся через позвонок, а также и отдельные части длинных паравертебральных мышц: спереди – подвздошно-поясничных, сзади многораздельных. В меньшей степени это касается длинных разгибателей спины и квадратных мышц поясницы, всегда осуществляющих разгибание целого отдела позвоночника.

Для вертебрального синдрома в стадии обострения характерно наличие боли в пораженном отделе позвоночника, болезненности структур заинтересованного ПДС и изменение двигательного стереотипа. Особенности указанных проявлений зависят от локализации поражения и от механизма раздражения рецепторов синевебрального нерва, т. е. от варианта вертебрального синдрома. На долю корешкового синдрома приходится 10 % всех вертебро-неврологических поражений. Клинические проявления поражения корешка могут быть в виде чувствительных нарушений в зоне дерматома или склеротома или двигательных – в зоне миотома. При явлении раздражения корешковых структур у больного определяются симптомы гиперестезии, мышечной гипертонии и гиперрефлексии. При явлениях выпадения выявляется гипестезия, мышечная гипотония и гипорефлексия или выпадение рефлексов. Боли у лиц с корешковой патологией зависят от механизма поражения: при компрессионном – стреляющие, острые, возникающие сразу при движении; при дисфункции – развиваются постепенно в процессе нагрузки; при дисгемии и воспалении (появляются в покое) – ноющие, ломящие. Основным диагностическим критерием для постановки диагноза корешкового синдрома является локализация чувствительных или двигательных нарушений в зоне дерматома, склеротома или миотома. Для вертеброгенных корешковых синдромов характерно наличие вертебральных и корешковых нарушений.

При назначении лечения необходимо помнить следующие принципы: лечение должно быть этиологическим, патогенетическим и саногенетическим, должно учитывать локализацию поражения, стадию, форму, этап заболевания, функциональное состояние организма и отдельных его систем.

Патогенетическое лечение включает воздействия, направленные на очаг поражения в позвоночно-двигательном сегменте, на факторы, способствующие появлению синдромов и на факторы, реализующие их, т. е. локализирующие поражение в определенной зоне.

При возникновении боли в позвоночнике из лекарственных средств наиболее эффективны нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), миорелаксанты, которые часто используются в сочетании друг с другом. Наиболее рационально использовать НПВП, которые обладают хорошим обезболивающим эффектом и выраженным противовоспалительным действием. Все НПВП делятся на неселективные (которые вызывают повреждение слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, печени, почек за счёт одновременного угнетения циклооксигеназы-1 и циклооксигеназы-2) и селективные (превосходящие по безопасности стандартные НПВП). К группе селективных от-

МОВАСИН

Мелоксикам

ДИНАМИКА

Препарат выбора для длительного лечения патологии суставов

- ✓ Обладает противовоспалительным, обезболивающим и жаропонижающим действием
- ✓ Селективно ингибирует ЦОГ-2
- ✓ При высокой эффективности минимум побочных эффектов
- ✓ Прием один раз в сутки

Таблетки по 7,5 мг и 15 мг



Рег. удостоверение: ЛС-000191 от 22.04.2005г.

СИНТЕЗ

ОАО Акционерное Курганское общество
медицинских препаратов и изделий "Синтез"
Россия, 640008, г. Курган, пр. Конституции, 7.
Тел.: 8 (3522) 44-91-84, 48-14-64, 48-19-61, 48-15-13, 48-19-49,
48-12-56, 48-19-37, факс: 8 (3522) 48-19-77
<http://www.kurgansintez.ru>
E-mail: real@kurgansintez.ru, market@kurgansintez.ru

носится производное мелоксикама – Мовасин (ОАО «Синтез», Россия), который представляет собой нестероидный противовоспалительный препарат с выраженным анальгетическим эффектом. В основе механизма действия лежит угнетение синтеза простагландинов вследствие сбалансированного угнетения активности изоферментов циклооксигеназы-2. Угнетение активности циклооксигеназы не вызывает увеличения выработки лейкотриенов. Мелоксикам не обладает опиатоподобным действием на центральную нервную систему и поэтому не угнетает дыхание, а также не вызывает запоров и миотического эффекта, не вызывает лекарственной зависимости. Препарат быстро и практически полностью всасывается из ЖКТ после приёма внутрь, при этом максимальная концентрация в плазме достигается примерно через 1–2 часа. Мовасин выпускается в таблетках по 7,5 и 15 мг, применяется внутрь по 1 таблетке во время приёма пищи 1 раз в сутки до 2 недель, особенно важно назначение его у больных с высоким риском развития НПВП-гастропатий, язвенной болезнью желудка.

Изучена фармакокинетика, относительная биодоступность и биоэквивалентность препарата Мовасин (ОАО АКО «Синтез», Россия) в сравнении с оригинальным препаратом мелоксикама – Мовалисом на базе ММА им. И.М. Сеченова (Москва). Доказана биоэквивалентность препаратов по фармакокинетическим показателям. Однако стоимость курсового лечения Мовасином значительно ниже, чем оригинальным препаратом.

На базе неврологического отделения областной клинической больницы г. Саратова под руководством заведующего отделением главного невролога Министерства здравоохранения и социальной поддержки Саратовской области А.И. Ломакина в 2007 году в течение 3 месяцев данный препарат применялся у больных с заболеванием периферической нервной системы: с вертеброгенной патологией – у 50 больных, с корешковыми синдромами – у 70 больных. В группе больных с вертеброгенной патологией у 85 % больных отмечалось клиническое улучшение на фоне приёма препарата в течение 5–7 дней; в группе больных с корешковыми синдромами (протрузия, грыжа диска) отмечалось клиническое улучшение в 50 % случаев в виде купирования болевого синдрома и восстановления нарушенных функций. В 35 % случаев отмечалось уменьшение выраженности болевого синдрома, в 15 % случаев эффекта от комплексной терапии не было, больные были консультированы нейрохирургом для определения тактики оперативного лечения. Во всех случаях применения препарат показал высокую безопасность, хорошую лекарственную переносимость, выраженный анальгетический и противовоспалительный эффект. На фоне применения его у пациентов с существующей патологией ЖКТ обострений отмечено не было. В связи с чем Мовасин может быть рекомендован к широкому использованию

как на амбулаторном, так и на стационарном этапе не только врачами-неврологами, но и другими специалистами, в практике которых встречаются больные с вертебральной патологией.

Для лечения болезненного мышечного спазма используются миорелаксанты, которые уменьшают боль, снижают рефлекторное мышечное напряжение, улучшают двигательные функции и облегчают проведение лечебной физкультуры. Доказано, что при болезненном мышечном спазме добавление к стандартной терапии (НПВП, лечебная гимнастика) миорелаксантов приводит к более быстрому регрессу боли, мышечного напряжения и улучшению подвижности позвоночника.

Профилактика остеохондроза позвоночника должна начинаться с детского возраста: систематические занятия гимнастикой, устранение малоподвижного образа жизни, правильная осанка детей, своевременная её коррекция, профилактика и раннее исправление школьного сколиоза. Основным и бесспорным способом профилактики является сохранение правильного двигательного стереотипа на протяжении всей жизни. Для этого человек должен уметь владеть своим телом, контролировать состояние своих мышц, научиться их расслаблять, давая мышцам необходимый отдых. С этой целью разработаны комплексы физических упражнений и методы мышечной релаксации, которые подбираются с учётом возраста, пола, имеющихся особенностей строения опорно-двигательного аппарата, специфики профессиональной деятельности. Основная цель физических упражнений – овладение своим телом, тренировка мышц, создание или укрепление мышечного корсета, исправление дефектов осанки.

Для установления причины боли в позвоночнике необходимо тщательное обследование пациента, включающее выяснение жалоб, сбор анамнеза, соматическое, неврологическое и ортопедическое обследование. Соматическое обследование направлено на выявление злокачественных новообразований, инфекционных процессов и соматических заболеваний, которые могут проявляться болями в позвоночнике.

Рекомендованная литература

1. Веселовский В.П., Михайлов М.К., Самитов О.Ш. Диагностика синдромов остеохондроза позвоночника.
2. Белов В.Г. Клиника, показания к объективному обследованию для операций при поясничном остеохондрозе.
3. Белов В.Г., Филатов Д.Н. Информативность объективных методов дооперационной диагностики грыж дисков при поясничном остеохондрозе.
4. Неврология / Под редакцией М. Саммуэльса.
5. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы.
6. Парфенов В.А. Поясничная боль: диагноз и лечение.
7. Лукачер Г.Я. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника.
8. Стародубцев А.К., Кондратенко С.Н., Белякова Г.А., Золкина И.В. Сравнительная фармакокинетика и относительная биодоступность нового отечественного препарата Мовасин.