

Рациональная комбинированная терапия болевого синдрома

⇨ Д.В. Галанов

*Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
Лечебного факультета Российского национального исследовательского
медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва*

В статье изложены этиология и патогенез вертеброгенного болевого синдрома, рассмотрены вопросы его лечения. Приведены обзорные данные об эффективности использования препарата Ксефокам в терапии боли в нижней части спины. Рассмотрены возможности комбинации Ксефокама с комплексом витаминов группы В (Нейробион) у пациентов с острым болевым синдромом, а также методы профилактики.

Ключевые слова: боль в нижней части спины, вертеброгенный болевой синдром, Ксефокам, Нейробион.

Введение

Боль в нижней части спины (БНЧС) — неспецифический симптом, который является одной из наиболее частых причин обращения к врачу. Доля амбулаторных пациентов, обращающихся к врачу по поводу БНЧС, составляет 24,9%. Хотя бы один эпизод БНЧС на протяжении жизни отмечается у 85,5% населения. Боль в нижней части спины ежегодно возникает у 20–25% населения, с одинаковой частотой у мужчин и женщин; у многих в течение жизни возникают рецидивы. У 15–20% пациентов острая боль трансформируется в длительную (до 2 мес), а у 8–10% — в хроническую боль. По различным данным, частота хронической БНЧС составляет 35–55% и часто служит причиной нетрудоспособности. Развитию БНЧС подвержены все возрастные категории, но пик заболеваемости приходится на наиболее трудоспособный период — 30–50 лет. По частоте встречаемости БНЧС занимает второе место среди всех причин временной утраты трудоспо-

собности и пятое место среди причин госпитализации.

Факторы риска

Развитие БНЧС может быть спровоцировано различными факторами. Их своевременное выявление и устранение имеет значение для предупреждения прогрессирования и хронизации боли, а самое главное — инвалидизации. В клинической практике целесообразно выделение неспецифической БНЧС, а также БНЧС, обусловленной другими (специфическими) поражениями позвоночника. У 85% пациентов развивается неспецифическая БНЧС, которая имеет доброкачественное течение и более чем в 70% случаев приводит к полному функциональному восстановлению. Однако более 80% пациентов в момент обострения оказываются нетрудоспособными.

Основной причиной БНЧС являются вертеброгенные заболевания, дорсопатии — группа заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани, ведущий симптомокомплекс которых — боль в туловище и конечностях невисцеральной этиологии.

Контактная информация: Галанов Денис Владиславович, den-galanov@yandex.ru

Факторы, предрасполагающие к развитию неспецифической БНЧС, можно разделить на корригируемые и некорригируемые. Корригируемые факторы (те, которые можно устранить):

- тяжелый физический труд или, наоборот, дефицит физических нагрузок;
- занятия травматичными видами спорта;
- длительные статические нагрузки, связанные с вынужденным положением тела;
- стереотипные движения с частыми наклонами вперед и поворотами туловища;
- работа, сопровождающаяся воздействием общей или локальной вибрации.

Также к предрасполагающим факторам можно отнести:

- состояние острого и/или хронического стресса;
- нарушение статики (сколиоз, кифосколиоз);
- влияние метеофакторов (локальное и общее переохлаждение);
- избыточная масса тела;
- курение и злоупотребление алкоголем.

Эти факторы довольно широко распространены и могут быть устранены, или, по крайней мере, их действие может быть ограничено длительностью воздействия. Устранение этих факторов — основа профилактики хронизации боли. К некорригируемым факторам относятся наследственность, возраст и пол.

Считается, что развитие БНЧС может быть связано с аномалиями развития позвоночника (люмбализация, сакрализация, расщепление дужек позвонков и пр.). Однако исследования последних лет не выявили значимой связи между этими состояниями и риском развития БНЧС. Многообразие причин БНЧС не позволяет выделить один патологический процесс или состояние, зачастую имеется сочетание нескольких факторов. Кроме того, БНЧС может быть вызвана травмой позвонков, корешков, оболочек спинного мозга, инфекционным заболеванием (менингит, эпидурит, туберкулезный спондилит), эндокринной

патологией (гиперпаратиреоз, гиперкортицизм), заболеваниями внутренних органов (холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатит, заболевания почек и др.), что требует детального обследования пациента.

Диагностика

Прежде всего необходимо выявить источник боли, установить ее характер, связь с физической нагрузкой. Пациент должен оценить выраженность болевых ощущений, используя соответствующие шкалы опросника, — эти результаты помогут выполнить динамический контроль. Подробный опрос пациента позволяет выявить состояния, симптомы-индикаторы серьезной патологии, при которых может потребоваться дополнительное обследование. Такие симптомы называют “красными флажками”:

- возраст пациентов моложе 20 лет и старше 55 лет;
- перенесенная недавно травма спины;
- высокая интенсивность боли или ее нарастающий характер;
- отсутствие облегчения боли в зависимости от положения тела и движений;
- онкозаболевание в анамнезе;
- длительный прием глюкокортикостероидов;
- иммунодефицит, ВИЧ-инфекция;
- лихорадка и необъяснимая потеря веса;
- длительная общая слабость;
- выраженная деформация позвоночника;
- наличие или прогрессирование неврологического дефицита.

При осмотре исследуют функции мышц, позвоночника и суставно-связочного аппарата. Оценивают степень функционального нарушения пораженного отдела и крупных суставов, определяют степень мышечного напряжения и выявляют триггерные точки, наличие неврологических нарушений.

В диагностике БНЧС особое значение имеют методы визуализации, целесообразность применения которых определяется анамнестическими данными, длительно-

стью и характером болевого синдрома, особенностями и наличием изменений в неврологическом и соматическом статусе пациентов.

Рентгенография позвоночника в прямой и боковой проекциях до последнего времени считалась основным способом диагностики БНЧС. Ее задачей является в первую очередь исключение специфических причин боли. Обнаружение дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника можно считать лишь предпосылкой к БНЧС, но не ее непосредственной причиной. Кроме того, нет прямой связи между выраженностью рентгенологических признаков дегенеративных изменений и тяжестью клинической картины БНЧС. По данным литературы, до 50% пациентов с выраженными рентгенологическими изменениями в позвоночнике вообще не испытывают болей в спине. Также рентгенография не позволяет получить достоверную информацию о наличии и размерах грыжи **межпозвонкового диска** (МПД), истинных размерах позвоночного канала при его стенозе, не всегда информативна при выявлении первичных опухолей или метастатического поражения позвоночника, а тем более мягких тканей. Поэтому в диагностике основной акцент необходимо делать на клинические проявления. Систематическое выполнение рентгенографии у пациентов с БНЧС не связано с повышением качества лечения и существенно не влияет на исход заболевания. Однако рентгенография с функциональными пробами позволяет выявить функциональный блок и/или нестабильность отдельных позвоночно-двигательных сегментов, что позволяет уточнить тактику лечения.

Оптимальными методами диагностики являются **компьютерная томография** (КТ) и **магнитно-резонансная томография** (МРТ). Магнитно-резонансная томография – высокочувствительный метод для выявления патологии МПД, но зачастую обнаруженные изменения не связаны с характером и выраженностью боли и не могут объяснить

механизмы ее возникновения. Наличие протрузии МПД не имеет определенной диагностической значимости. Так, по различным данным, у обследованных в возрасте 25–39 лет более чем в 35% случаев, а в группе старше 60 лет – в 100% случаев при МРТ выявляются протрузии МПД по крайней мере на одном уровне, при этом специфических жалоб никто не предъявляет. Асимптомные, “молчащие грыжи” МПД по данным МРТ или КТ встречаются в 30–40% случаев. Нужно отметить, что широкое использование МРТ и КТ способствует повышению качества диагностики, но не оказывает влияния на терапевтическую тактику и не повышает эффективность лечения, однако при этом увеличивает стоимость диагностики.

Абсолютно показано проведение МРТ или КТ при компрессионном синдроме: нарастающих болей в спине или ноге при движении, кашле, чихании, натуживании на фоне неэффективности консервативной терапии; появление симптомов выпадения функции (нарушение чувствительности, гипотрофия мышц, снижение сухожильных рефлексов); регионарные вегетативно-сосудистые расстройства, а также при наличии анамнестических или клинических данных о вторичном (специфическом) процессе. Для этого могут потребоваться выполнение клинических анализов крови и мочи, ультразвуковое исследование внутренних органов малого таза и курирование пациента совместно с хирургом, гинекологом, урологом, травматологом.

Лечение

Основные принципы лечения БНЧС заключаются в максимально быстром и эффективном купировании болевого синдрома, а также активном вовлечении пациента в процесс лечения, обеспечении достаточной двигательной активности и обучении методам профилактики рецидивов обострения.

Для купирования неспецифической БНЧС препаратом первого ряда является ацетаминофен (парацетамол), а при отсутствии эффекта от его применения или непереносимости используют **нестероидные противовоспалительные препараты** (НПВП). Эффект НПВП связан с ингибированием фермента **циклооксигеназы** (ЦОГ), что приводит к торможению синтеза простагландина E_2 , тромбксана A_2 , а также снижению уровня кининов, гистамина, серотонина и других медиаторов воспаления. Поэтому НПВП особенно эффективны на этапе острой и подострой боли, когда можно воздействовать на периферические компоненты боли — соматические (отек, воспаление) и нейрохимические (медиаторы воспаления).

Выделяют две изоформы ЦОГ: ЦОГ-1 — тканевая (конституциональная), постоянно присутствует в большинстве тканей, под ее влиянием осуществляется синтез простагландинов, и ЦОГ-2 — индуцибельная, образуется в зоне воспаления и в клетках центральной нервной системы при поступлении повреждающих стимулов с периферии.

Все НПВП по избирательности воздействия на изоформы ЦОГ условно можно разделить на неселективные и селективные. При наличии достаточного ассортимента НПВП до начала терапии с пациентом обсуждают эффективность предлагаемых препаратов. Выясняют противопоказания, взаимодействие с другими лекарствами, уточняют наличие факторов риска, вероятность развития побочных эффектов, а также стоимость лечения.

Для повседневной клинической практики представляет интерес препарат, принадлежащий к классу оксикамов, — лорноксикам (Ксефокам) с высокой анальгетической активностью и коротким периодом полувыведения, и его форма с быстрым выведением.

Ксефокам примерно в равной степени ингибирует ЦОГ-1 и ЦОГ-2, занимая промежуточное положение в классификации НПВП по селективности. Ксефокам имеет

короткий период полувыведения из плазмы (около 4 ч) по сравнению с более чем 24-часовым периодом при использовании других препаратов группы оксикамов. Поэтому Ксефокам обладает меньшей выраженностью побочных эффектов, так как в период между введениями доз происходит восстановление физиологического уровня простагландинов для защиты слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и поддержания нормального кровотока в почках, при этом отсутствует кумуляция и риск передозировки препарата.

Абсолютная биодоступность Ксефокама составляет 97%. Максимальная концентрация его в плазме достигается уже через 15 мин после внутримышечного введения, а степень связывания с белками плазмы составляет 99%. Препарат полностью метаболизируется в печени под действием цитохрома P450 с образованием неактивных метаболитов. Хорошая переносимость Ксефокама обеспечивается двойным путем экскреции метаболитов — 1/3 выводится почками, а 2/3 печенью и кишечником, при этом отсутствует enteroпеченочная циркуляция, тем самым снижается нагрузка на эти органы. Поэтому коррекции дозы препарата при легкой и умеренной степени печеночной и/или почечной недостаточности не требуется. Фармакокинетика Ксефокама достоверно не отличается в разных возрастных группах, поэтому возможно его назначение пожилым пациентам без возрастной коррекции дозы.

“Золотым стандартом” среди НПВП при оценке анальгетического и противовоспалительного эффектов является диклофенак. Диклофенак калия обладает более быстрым началом действия, чем диклофенак натрия, и эти два препарата одинаково эффективны при лечении БНЧС. В сравнительных клинических исследованиях показано, что Ксефокам в дозе 8 мг 2 раза в сутки по эффективности обезболивания эквивалентен диклофенаку в дозе 50 мг 3 раза в сутки и напроксену в дозе 500 мг 2 раза в сутки и хорошо переносится пациентами.

При выраженном болевом синдроме показано применение инъекционных или рапид-форм лорноксикама. Препарат Ксефокам Рапид является формой лорноксикама с быстрым высвобождением с той же молекулой, активным веществом и механизмом действия, что и стандартная форма. Рапид-форма позволяет быстрее и эффективнее купировать боль даже в качестве монотерапии. Это достигается за счет оригинальной структуры препарата, позволяющей действующему веществу быстро высвободиться и оказать анальгетическое действие.

По данным сравнительных исследований, Ксефокам Рапид в таблетках биоэквивалентен раствору лорноксикама для внутримышечных инъекций. Время достижения максимальной концентрации препарата в плазме и степень связывания с белками плазмы идентичны таковым для формы лорноксикама для внутримышечного введения.

В России было проведено рандомизированное двойное слепое многоцентровое клиническое исследование по сравнению анальгетической эффективности и безопасности пероральных рапид-форм лорноксикама и диклофенака калия у пациентов с острой БНЧС. У лорноксикама рапид выявлена достоверно большая степень анальгетического эффекта (по визуальной аналоговой шкале) по сравнению с диклофенаком калия.

Вышесказанное позволяет заключить, что Ксефокам является эффективным препаратом для лечения острой БНЧС. В настоящее время линейка препарата Ксефокам расширена. Теперь таблетки по 4 и 8 мг выпускаются не только в упаковках по 10 таблеток, но и в упаковках по 30 таблеток. Увеличенная упаковка удобна для пациентов, которым необходимо лечение в течение более длительного периода.

Рекомендуемый курс НПВП составляет 10–14 дней. Если прием НПВП не сопровождается улучшением, то необходимо пересмотреть тактику лечения с выяснени-

ем причины неэффективности. Значимую роль в поддержании болевого синдрома может играть стойкий спазм паравертебральных мышц с формированием порочного круга “боль—спазм—боль”. При таких мышечно-тонических синдромах НПВП малоэффективны в качестве монотерапии, поэтому совместно с НПВП целесообразно назначение миорелаксантов (баклофен, тизанидин, толперизон) для уменьшения мышечного спазма и выраженности боли.

Отдельного внимания в лечении БНЧС заслуживает применение витаминов группы В. Связано это с частым сочетанием ноцицептивного и нейропатического механизмов формирования боли, что требует многофакторного воздействия. При этом вместо монотерапии НПВП комбинируют с витаминами В₁, В₆, В₁₂. Их использование основано на восполнении недостаточности (возможно, из-за увеличенной потребности организма) и стимулировании процессов саногенеза. Витамины группы В — незаменимые вещества, которые не синтезируются в организме и являются коэнзимами метаболизма в нервной системе. В исследованиях подчеркивается, что именно комбинация витаминов В₁, В₆ и В₁₂ более эффективна, чем монотерапия каким-либо из них. Такая взаимоусиливающая комбинация стимулирует процессы регенерации поврежденных нервных волокон: тиамин (В₁) способствует восстановлению миелиновой оболочки нервных волокон, нормализуя процесс передачи нервного импульса; пиридоксин (В₆) обеспечивает восстановление белкового, углеводного и энергетического обмена в нервных волокнах; цианокобаламин (В₁₂) обладает анальгетическим эффектом — ингибирует действие медиаторов воспаления и усиливает эффект “противоболевых” нейромедиаторов.

Комбинация нейротропных витаминов В₁, В₆, В₁₂ реализована в препарате Нейробион. Эффективность Нейробиона обусловлена содержанием высоких (терапевтических) доз В₁, В₆ и В₁₂, которые обеспечивают комплексное антиноцицептивное,

нейротрофическое и нейрометаболическое действие. Кроме того, наличие парентеральной и пероральной форм препарата Нейробион обеспечивает преемственность терапии и расширяет возможности применения препарата.

При выраженном болевом синдроме терапию Нейробионом целесообразно начинать с внутримышечного (инъекция производится глубоко в мышцу) введения 3 мл (1 ампула) 1 раз в сутки до снятия острых симптомов. В случае умеренного болевого синдрома или после снижения его интенсивности – 3 мл (1 ампула) 3 раза в неделю в течение 2–3 нед. После купирования острой боли с целью поддерживающей терапии, профилактики рецидива и для продолжения курса лечения Нейробион рекомендуют в таблетках, по 1 таблетке 3 раза в сутки.

Таким образом, рациональная комбинированная терапия острой БНЧС представлена НПВП с высокой анальгетической активностью и коротким периодом полувыведения (Ксефокам) в сочетании с комплексом нейротропных витаминов группы В (Нейробион). Сочетание препаратов обеспечивает купирование болевого синдрома за более короткий срок по сравнению с монотерапией НПВП за счет усиления анальгетического эффекта, особенно при высокой интенсивности боли.

Профилактика

Оптимальной тактикой считается поддержание пациентом максимально возможного, привычного уровня повседневной двигательной активности. Только в период обострения необходимо исключить чрезмерную физическую нагрузку. Необходимо рассказать пациентам о доброкачественном характере заболевания с рекомендациями поддерживать оптимальный уровень активности в бытовой сфере, предоставить наглядный материал (памятка, информационный буклет).

Возвращение к нормальной двигательной активности должно начинаться как можно раньше. Активизация способствует регрессу симптоматики и уменьшению риска хронизации боли, а также имеет особое значение в предупреждении развития депрессивных расстройств и формирования у пациентов болевого поведения. Ориентиром для постепенного увеличения физической активности служит интенсивность болевого синдрома. Расширение двигательного режима не должно усугублять болевой синдром. В этот период активная **лечебная физкультура (ЛФК)** у большинства пациентов нецелесообразна, а специально подобранные комплексы ЛФК следует подключать позже, уже по мере регресса острого болевого синдрома.

Доказана эффективность создания “Школ боли в спине”, программа которых включает рекомендации по соблюдению двигательного режима на работе и дома, правила использования иммобилизирующих средств, практические навыки релаксации мышц, элементы ЛФК и массажа на дому и др. Подобные занятия направлены на уменьшение продолжительности периодов нетрудоспособности, сокращение количества обострений.

Кроме того, пациентам рекомендуют избегать длительных статических нагрузок (сидячее положение, вождение автомобиля и др.). При БНЧС не всегда есть необходимость в иммобилизации с использованием фиксирующих корсетов. По мнению многих авторов, иммобилизация, как и соблюдение постельного режима, не предупреждает возникновения БНЧС и не оказывает значимого воздействия на результаты лечения. В то же время некоторые пациенты отмечают облегчение от использования корсетов при выполнении физической работы, поездках в транспорте, что дает основание рекомендовать корсеты в профилактических целях с учетом индивидуальных особенностей.

При ведении пациентов с БНЧС необходимо оценивать факторы, способствующие

возникновению боли, степень функционального дефекта и особенности психического статуса пациента. Лечение должно быть комплексным, с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов, а также включать мероприятия, направленные на предупреждение хронизации боли и профилактики обострений. Пациентов призывают к формированию здорового образа жизни: поддерживать правильную осанку, избегать длительного пребывания в неудобных позах; эргономично оборудовать рабочее место; регулярно заниматься ЛФК, особенно плаванием; своевременно корректировать соматические и эндокринные нарушения; овладеть

методами аутогенной тренировки и мышечной релаксации; контролировать массу тела; отказаться от вредных привычек.

При развитии острой БНЧС своевременное обращение к врачу позволит установить правильный диагноз. Использование адекватных доз препаратов и их комбинаций обеспечит максимальную эффективность и безопасность лечения в оптимальные сроки. Все эти мероприятия способствуют быстрому выздоровлению больных, улучшению их работоспособности и повышению качества жизни.

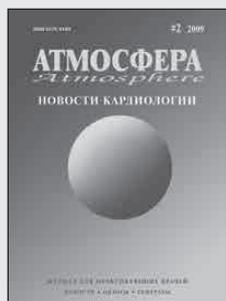
С рекомендуемой литературой вы можете ознакомиться на нашем сайте www.atmosphere-ph.ru

Rational Combination Therapy for Pain Syndromes

D.V. Galanov

The article deals with etiology, pathogenesis, treatment, and prevention of vertebrogenic pain syndrome. Xefocam is an effective drug for low back pain. In patients with acute pain Xefocam can be combined with vitamin B complex (Neurobion).

Key words: low back pain, vertebrogenic pain syndrome, Xefocam, Neurobion.



Продолжается подписка на научно-практический журнал

“Атмосфера. Новости кардиологии”

Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства “Роспечать” – 340 руб., на один номер – 170 руб.

Подписной индекс 37211.

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ.

Редакционную подписку на этот и любой другой журнал издательства “Атмосфера” можно оформить на сайте <http://atm-press.ru> или по телефону: (495) 730-63-51