

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ БОЛИ

С.В. Селезнева¹, Е.А. Статинова¹, Л.Н. Антонова¹, А.А. Забара², Т.А. Ерохина²

¹Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького;

²Донецкое областное клиническое территориально-медицинское объединение/

Болевой синдром является одной из актуальных проблем неврологии. По данным Всемирной организации здравоохранения 90% всех заболеваний нервной системы ассоциируются с болью. По частоте встречаемости вертеброгенный болевой синдром (ВБС) занимает второе место. В течение жизни боль в нижней части спины возникает у 85–90% взрослого населения. У каждого 5-го человека в мире в возрасте старше 27 лет отмечается дискогенный радикулит.

Болевой синдром подразделяется на нейропатический, ноцицептивный, смешанный и функциональный. На нейропатическую боль, в том числе в поясничном отделе поз-

воночника, приходится 20%. Переход заболевания из острой стадии в хроническую наблюдается у 1/3 больных с ВБС.

Классификация вертеброгенного синдрома, сопровождаемого болью, представлена Я.Ю. Попелянским (рис. 1).

Клиническая картина неврологических проявлений поясничного остеохондроза достаточно хорошо изучена и детально описана, хотя до сих пор уточняют и описывают новые симптомы, синдромы и методы их исследования. В зависимости от неврологических проявлений поясничного остеохондроза выделяют следующие клинические синдромы: рефлекторный (люмбаго,

люмбалгия, люмбоишиалгия с мышечно-тоническим и вегето-сосудистым синдромами); корешковый и корешково-сосудистый синдромы.

Одним из наиболее частых проявлений ВБС является рефлекторный синдром. Механизм его развития связан с раздражением синувтертебрального нерва, иннервирующего область позвоночного сегмента. В ответ на это возникают местная (вертебральная) боль, различные мышечно-тонические реакции, а также вегето-сосудистые изменения.

Основной нейропатический болевой синдром, возникающий при поражении нервов, корешков или сплетений, представлен на ри-

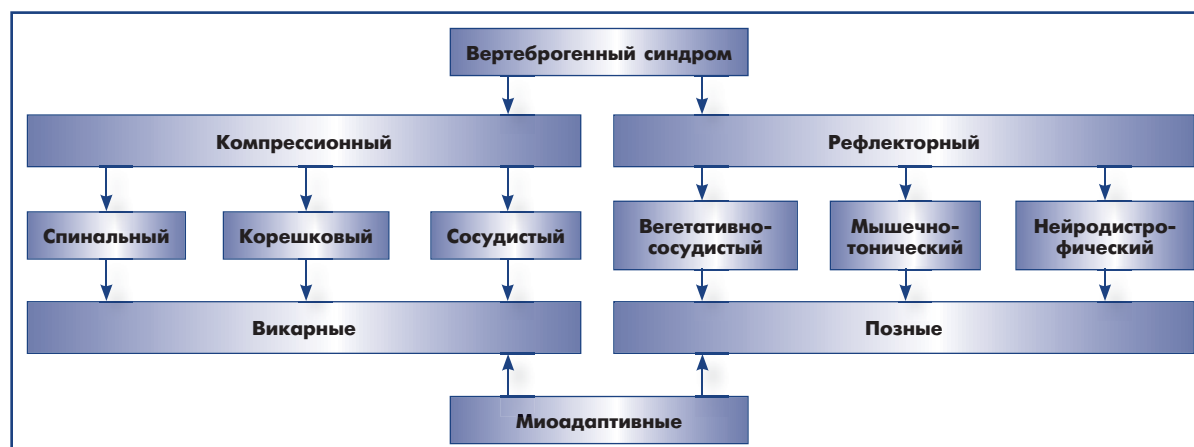


Рис. 1. Классификация видов вертеброгенного синдрома (Я.Ю. Попелянский, 1989)



Рис. 2. Основной невропатический болевой синдром, возникающий при поражении нервов, корешков или сплетений

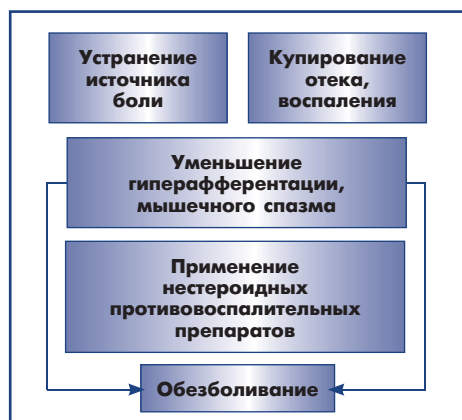


Рис. 3. Алгоритм обезболивающей терапии радикулярного болевого синдрома

сунке 2. Наиболее частым видом невропатической боли является дорсопатия.

При дорсалгии характерно появление выраженного болевого синдрома, связанного с раздражением (раздражением) нервных окончаний синувентральных нервов, расположенных в мягких тканях позвоночника.

Наиболее часто встречающимся в клинической практике дорсалгическим синдромом

являются люмбагия и люмбоишиалгия, возникающие в связи с функционально-анатомическими особенностями поясничной области на фоне нарушения биомеханики движений, первичных воспалительных реакций, микротравм, дисбаланса мягких тканей и мышечно-связочно-скелетной системы поясницы и таза.

Основными задачами ведения больного в острый период ВБС являются: купирование болевого синдрома, восстановление нормальной биомеханики позвоночника, создание условий для проведения полноценного курса реабилитационных мероприятий.

Максимально раннее и полное купирование болевого синдрома предупреждает фиксацию патологического двигательного стереотипа, возникновение эмоциональных расстройств, обеспечивает возможность раннего проведения реабилитационных мероприятий.

На сегодняшний день не вызывает сомнения целесообразность применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) для лечения пациентов с хронической вертеброгенной болью [1-4, 7-9].

На рисунке 3 представлен алгоритм обезболивающей терапии радикулярного болевого синдрома. Применение НПВП лежит в основе нескольких патогенетических направлений обезболивающей терапии, таких как купирование отека и воспаления корешков и окружающих тканей, за счет чего достигается уменьшение явлений радикулоишемии, прямого устранения патологической ирритативной и симпаталгической импульсации.

Противовоспалительное и обезболивающее действие НПВП всегда связано с их тормозящим действием на синтез и активность

простагландинов и эйкозаноидов, являющихся основными медиаторами, определяющими возникновение, динамику и исход болевого и воспалительного синдромов.

Считается, что в большинстве случаев болевой синдром является острым при его длительности не более 6 недель, подострым – при длительности 6-12 недель и хроническим – более 12 недель. В формировании хронической боли играют роль следующие факторы: биологические, социокультурные, психологические. В настоящее время считается, что хроническая боль является заболеванием центральной нервной системы.

Учитывая наличие первичных дегенеративных процессов в позвоночнике или развитие при длительном течении биомеханических нарушений позвоночника ранних вторичных дегенеративных изменений, представляется логичным включение в схему комплексной терапии хондропротекторов, которые помимо противовоспалительного и анальгезирующего действия способствуют восстановлению матрикса хрящевой ткани.

Целью данной работы было изучение эффективности и безопасности комбинированных препаратов компании Мови Хелс, Швейцария: Мовекс® Актив, в состав которого входит калия диклофенак 50 мг, глюкозамина сульфат 500 мг, хондроитина сульфат 400 мг, и Мовекс® Комфорт, содержащего глюкозамина сульфат 500 мг, хондроитина сульфат 400 мг, у больных с хроническим ВБС.

Диклофенак является традиционным НПВП с анальгезирующим, противовоспалительным и жаропонижающим эффектом, характеризуется быстрым началом и продолжительностью действия, что особенно важно для лечения острой боли при воспалении. В основе механизма действия лежит угнетение синтеза простагландинов, которые играют основную роль в развитии воспаления, боли и лихорадки. Диклофенак угнетает преимущественно фазу экссудации, в меньшей степени – фазу пролиферации, снижая синтез коллагена и связанное с этим склерозирование тканей.

Введение калия в молекулу диклофенака позволило достичь более быстрого проявления фармакологического эффекта при пероральном применении. Уже через 10 минут после приема диклофенака калия присутствует в крови, концентрация достигает максимума через 40-50 минут. Максимальный анальгезирующий эффект диклофенака калия про-

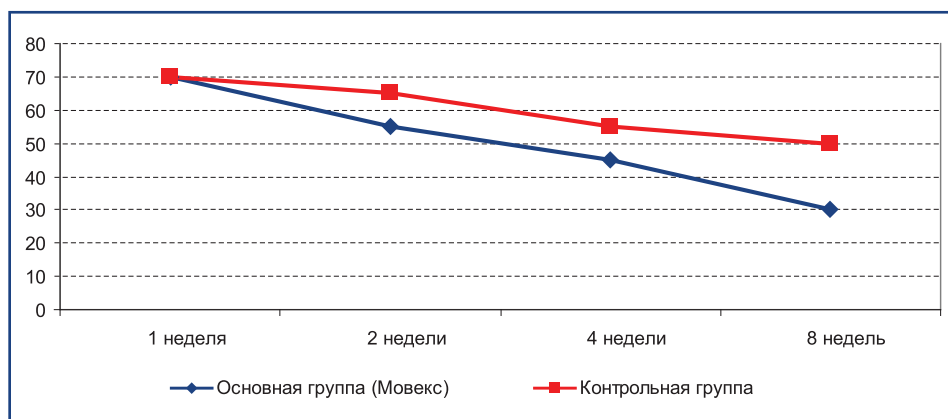


Рис. 4. Динамика боли по ВАШ

является уже через 20–30 минут, в то время как на фоне использования других НПВП эффект обычно развивается через 1–3 часа. Пероральная форма диклофенака калия действует так же быстро, как инъекция диклофенака натрия. Продолжительность обезболивания составляет около 6 часов. Благодаря лучшему всасыванию и высокой степени биодоступности калиевая соль диклофенака проявляет меньшее действие на слизистую оболочку желудка.

Глюкозамина сульфат является субстратом хряща, стимулирует регенерацию хрящевой ткани. Любые неблагоприятные воздействия (заболевания, возрастные нарушения обмена веществ, травмы) снижают его синтез и концентрацию в соединительной ткани, что приводит к нарушению структуры, функции суставов и появлению боли. Глюкозамина сульфат входит в состав эндогенных гликозаминогликанов хрящевой ткани, стимулирует продукцию протеогликанов и повышает поглощение их суставным хрящом, участвует в биосинтезе протеогликанов и гиалуроновой кислоты, чем противодействует прогрессированию дегенеративных процессов в суставах, позвоночнике и окружающих мягких тканях, способствует восстановлению функции и уменьшению болевого синдрома.

Хондроитина сульфат – высокомолекулярный мукополисахарид, влияющий на кальций-фосфорный обмен в хрящевой ткани; замедляет процессы дегенерации хрящевой ткани и резорбции костной ткани. Оказывает противовоспалительное, обезболиваю-

щее и хондропротекторное действие в нормальных условиях и в условиях деструкции хрящевой ткани, стимулирует регенерацию хрящевой ткани и нормализует продукцию суставной жидкости.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 75 больных (42 мужчины и 33 женщины) в возрасте от 33 до 68 лет (средний возраст – 44,3±2,6 года) с хроническим ВБС. Больные были распределены на две группы. В первую (основную) группу вошло 50 больных (30 мужчин и 20 женщин). У 18 из них был корешковый синдром, у 32 – рефлекторный.

Применялась следующая схема лечения: вначале назначался Мовекс® Актив (калия диклофенак – 50 мг, хондроитина сульфат – 400 мг, глюкозамина сульфат – 500 мг) по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 2 недель, затем Мовекс® Комфорт (глюкозамина сульфат – 500 мг, хондроитина сульфат – 400 мг) по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 2 месяцев.

Во вторую (контрольную) группу вошло 25 больных (12 мужчин, 13 женщин), из них у 10 был корешковый синдром, у 15 – рефлекторный. Пациентам контрольной группы назначали традиционную терапию НПВП (диклофенак натрия 150 мг в сутки 3 недели) в сочетании с витаминами группы В. Для объективизации оценки болевого синдрома, выраженности боли и оценки эффективности терапии использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ).

Большинство (78%) пациентов, включенных в исследование, предъявляли жалобы на умеренно выраженный болевой синдром (от 40 до 70 мм по ВАШ).

Результаты и их обсуждение

Динамика болевого синдрома у пациентов, принимавших препараты Мовекс® Актив и Мовекс® Комфорт, по сравнению с контрольной группой представлена на рисунке 4.

Субъективное уменьшение болевого синдрома и увеличение подвижности позвоночника у больных с ВБС коррелировала с улучшением клинического состояния пациентов. По данным ВАШ выраженность клинических проявлений ВБС у пациентов основной группы достоверно уменьшилась через 1 месяц терапии на 24,8 мм, а у больных контрольной группы – на 15,2 мм.

Выводы

Оценка клинической эффективности препарата Мовекс® Актив и Мовекс® Комфорт компании Мови Хелс, Швейцария, показала положительное влияние на корешковый и рефлекторный синдромы у больных с ВБС. Препарат Мовекс® Актив обеспечивает хороший обезболивающий эффект в период обострения вертеброгенного пояснично-крестцового радикулита, а также улучшает состояние хрящевой ткани связок. Препарат Мовекс® Комфорт позволяет достигнуть практически полной реабилитации пациентов, улучшить двигательную активность и качество жизни в целом.

Литература

1. Волошин О.И., Борейко Л.Д., Кендзерська Т.Е. Порівняльні імунологічні та біохімічні аспекти терапевтичної дії ербісолу у хворих на остеоартроз // Ліки. – 2003. – №5–6. – С. 122–127.
2. Дзяк Г.В., Викторов А.П., Грищенко В.И. Нестероидные противовоспалительные препараты. – К.: Морион, 1999. – 122 с.
3. Насонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов: терапевтические перспективы // РМЖ. – 2002. – Т. 10, №4. – С. 206–212.
4. Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты (перспективы применения в медицине). – М.: Анко, 2000. – 143 с.
5. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология: в 3-х томах. – М.: Медицина. 2002. – 704 с.
6. Попелянский Я.Ю., Штульман Д.Р. Боль в шее, спине, конечностях // Болезни нервной системы: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2003. – 480 с.
7. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний: Руководство для практических врачей / Под общ. ред. В.А. Насоновой, Е.А. Насонова. – М.: Литтерра, 2003. – 507 с.
8. Современные представления о механизмах терапевтического и побочного действия НПВЛС // Вестник фармакологии и фармации. – 2005. – №4. – С. 3–18.
9. Low Back pain initiative. – WHO, 1999. – Р. 4.