

Длительный обезболивающий эффект паравертебральных инъекций мелоксикама у пациентов с рефрактерной хронической болью в спине

Боль в спине – одна из самых частых жалоб пациентов неврологов и врачей других специальностей. Актуальность проблемы обусловлена высокой распространенностью дорсалгий и социально-экономическими потерями по причине временной нетрудоспособности пациентов. До 80% людей в течение жизни испытывают боли в пояснично-крестцовой области. В 14% случаев длительность таких болей составляла не менее двух недель в течение предшествующих опросу 6 мес; 17% пациентов страдают хроническими болями, а 11% испытывают социальную дезадаптацию из-за болевых синдромов (K. Crombiel, P.R. Croft et al., 1999; R.A. Deyo, J.N. Weinstein, 2001).

Хроническая боль в нижней части спины (БНС) часто обусловлена механическим раздражением и воспалением корешков спинномозговых нервов (радикулопатией) при дегенеративных изменениях в межпозвонковых дисках и суставах поясничного отдела позвоночника с нарушением его биомеханики. По механизму возникновения БНС относится к воспалительно-нейропатическим корешковым болям (T.R. Tolle, 2013). Однако грыжи межпозвонковых дисков и другие структурные изменения, обнаруживаемые при выполнении визуализирующих исследований в поясничной области, не всегда коррелируют с выраженностью и длительностью болевых ощущений. Асимптомные грыжи дисков по данным компьютерной и магнитно-резонансной томографии встречаются в 30-40% случаев (M.L. Cohen, 2008). И наоборот, пациенты без видимых структурных аномалий могут периодически испытывать настолько интенсивную боль

в спине, что вынуждены ограничивать повседневную активность и испытывают трудности в быту.

Стандартом консервативной терапии БНС остаются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и глюкокортикостероиды (перорально или в виде эпидуральных инъекций), действие которых направлено на воспалительный компонент боли; а также габапентиноиды, антидепрессанты или бензодиазепины, влияющие на нейропатический компонент. Не доказаны преимущества одного из видов терапии над остальными. Однако даже комбинированная мультимодальная терапия часто не обеспечивает длительное обезболивающее действие, которое бы удовлетворяло пациента. Кроме того, каждая из перечисленных фармакологических групп вызывает побочные эффекты, которые ограничивают сроки их применения.

Рефрактерная БНС – настоящий вызов современной медицине. Пациентам,

которые не отвечают на вышеперечисленные средства, могут быть предложены опиоидные анальгетики. Эта последняя ступень терапии БНС нашла широкое применение в США и некоторых европейских странах, но долгосрочная эффективность и безопасность опиоидов у данной категории больных не изучены (G.E. Ehrlich, 2003; P.F. White, 2007). По известным причинам хроническое обезболивание наркотическими анальгетиками не применяется в Украине. Нефармакологические методы, такие как электроаналгезия, приносят лишь кратковременное облегчение (Е.А. Ghoname, 1999; P.F. White, 2004). Эпидуральные или перирадикулярные инъекции кортикостероидов в комбинации с местными анестетиками широко применяются при радикулярной БНС с ишиалгией, но длительность их обезболивающего эффекта также ограничена (J. Karpinen, 2001). При этом очевидно, что терапевтический потенциал НПВП еще не исчерпан. Поэтому логичным продолжением в борьбе за качество жизни пациентов с рефрактерной хронической БНС стали исследования с альтернативными путями введения НПВП.

Мелоксикам является классическим НПВП, который ингибирует преимущественно циклооксигеназу 2 типа (ЦОГ-2). Этим объясняется высокая безопасность данного препарата для желудочно-кишечного тракта даже при длительном приеме, например при лечении ревматической патологии (K. Ogino et al., 2002). На сегодняшний день мелоксикам (Мовалис) — наиболее известный и популярный селективный ингибитор ЦОГ-2, доступный в таблетированной и инъекционной формах. Результаты многочисленных клинических исследований и метаанализов подтвердили низкую частоту развития побочных гастроэнтерологических явлений и высокую эффективность мелоксикама при лечении люмбаго-ишиалгического синдрома (K. Colberg et al., 1996; H.C. Bosch et al., 1997; M. Del Tacca et al., 2002).

Итальянские ученые недавно провели открытое проспективное наблюдательное исследование, в котором изучали эффективность и безопасность перирадикулярных инъекций мелоксикама у пациентов с рефрактерной корешковой БНС без видимых структурных изменений позвоночника (B. Borghi, L. Aurini, P.F. White et al., 2013). Это небольшое исследование вызывает интерес в связи с альтернативным способом применения мелоксикама и хорошими результатами, полученными у пациентов, которые не ответили на предыдущие попытки консервативного и инвазивного лечения БНС.

Материал и методы

В исследование включили 72 пациента — 30 мужчин и 42 женщины в возрасте от 16 до 84 лет (средний возраст 56,7 года).

Средний вес пациентов составлял 81 кг (от 50 до 172 кг). Основным критерий включения в исследование — наличие хронической БНС с или без ишиалгии, которая длилась более 6 мес и не реагировала на мультимодальную терапию (парацетамол, НПВП, кортикостероиды, габапентиноиды, пероральные опиоиды, эпидуральные или перирадикулярные инъекции кортикостероидов с местными анестетиками). Исходная средняя оценка выраженности боли по 11-балльной цифровой и вербальной шкале — ВШ (от 0 — нет боли, до 10 — невыносимая боль) составила $8,6 \pm 1,5$ балла. У шести пациентов интенсивная БНС персистировала после операций на позвоночнике, в том числе направленных на устранение источников боли. У 14 пациентов БНС резко ограничивала движения до такой степени, что они нуждались в помощи на бытовом уровне. Из 72 участников исследования 45 были пенсионерами, 2 — студентами, 25 работали. 18 пациентов регулярно занимались спортом, но были вынуждены прекращать тренировки по причине усиления БНС. У 45 участников БНС нарушала сон. 10 пациентов кроме боли испытывали онемение в вовлеченных дерматомах и связанные с этим нарушения (в том числе сексуальной функции).

Всем пациентам после определения источника БНС (в основном это корешки нервов на уровне L4-5, S1) инъекционно паравертебрально вводили 10 мг мелоксикама на 10 мл физиологического раствора. При необходимости положение иглы контролировали ультразвуком или нейростимуляцией. После инъекций интенсивность БНС оценивали по ВШ через 1; 5; 10; 30 и 60 мин, а затем пациентов повторно опрашивали по телефону на следующий день, через 5; 15; 30 и 90 дней. Также оценивали влияние боли на физическую активность.

Результаты

У 36 из 72 пациентов для удовлетворительного контроля боли потребовалась одна паравerteбральная инфильтрация мелоксикамом, у 25 пациентов – две инъекции с интервалом в неделю, у 11 пациентов – три инъекции (третья – в течение 1 мес после второй). Повторные оценки по ВШ демонстрировали достоверное и стабильное уменьшение интенсивности БНС до конца 3-месячного периода наблюдения. У пациентов, которым потребовалась вторая инъекция, средняя интенсивность боли по ВШ в этот момент составила 5 баллов. В момент третьей инъекции у 11 пациентов данный показатель составлял в среднем 3 балла. Эти промежуточные оценки у всех пациентов были достоверно ниже исходных ($8,6 \pm 1,5$ балла), то есть мелоксикам обеспечивал выраженный обезболивающий эффект с первой инъекции. Исследователи также отметили, что эффект паравerteбральной инфильтрации мелоксикамом проявляется с первых часов: на 60-й минуте после первой инъекции средняя оценка по ВШ составила $2,2 \pm 2,5$ ($p < 0,001$ относительно исходных оценок).

Уменьшение интенсивности боли сопровождалось возвращением пациентов к обычной повседневной активности.

[illegible]

Больные трудоспособного возраста возвращались к работе уже на следующий день после инъекции без ограничений движений. Пациенты, которые занимались спортом, возобновляли тренировки.

84% лиц до участия в исследовании постоянно принимали парацетамол, НПВП или кортикостероиды. 62 пациента (86%) прекратили прием дополнительных анальгетиков после паравертебральных инъекций мелоксикама. Остальные 10 больных (14%) продолжали периодически принимать НПВП. Все участники исследования отметили улучшение качества сна и повышение повседневной активности после инъекций мелоксикама.

Обсуждение и выводы

В этом небольшом исследовании перирадикулярные инъекции 10 мг мелоксикама обеспечивали выраженный и длительный обезболивающий эффект, который сопровождался повышением физической активности и качества жизни больных хронической БНС. Хотя выборка насчитывала всего 72 пациента, все они не получили облегчения от предыдущих попыток терапии, включая парентеральное и эпидуральное введение анальгетиков. То есть контингент пациентов следует расценивать как тяжелый.

Перирадикулярные инфилтратии мелоксикамом были выбраны в качестве пробного альтернативного подхода с учетом преимущественно корешкового характера симптомов у участников данного исследования. До этого некоторые авторы сообщали об успешном применении селективных перирадикулярных блокад комбинацией кортикостероидов и местных анестетиков при БНС с монорадикулярным компонентом (М. Narozny, 2001). Как отмечают авторы, техника перирадикулярной инфилтратии проще и безопаснее, чем эпидуральные инъекции. Доза и интервалы между инъекциями были выбраны на основе предыдущего опыта авторов. Инъекция 15 мг мелоксикама на 20 мл физиологического раствора вызвала транзиторную гипестезию по ходу нерва. Поэтому у остальных пациентов было решено вводить не более 10 мг препарата на 10 мл физиологического раствора в одной инъекции на один вовлеченный дерматом.

Облегчение боли у шести участников исследования, которые перенесли неудачные операции на позвоночнике, является очень значимым результатом данного исследования. Это означает, что мининвазивная терапия мелоксикамом эффективна даже у этой наиболее труднокурабельной категории пациентов. Известно, что операции по поводу грыж межпозвонковых дисков, которые широко пропагандируются некоторыми нейрохирургами, у значительной части пациентов не приносят облегчения боли. Возможно, паравертебральные инъекции мелоксикама могут стать эффективной альтернативой оперативным вмешательствам у больных с секвестрированными грыжами межпозвонковых дисков без явного неврологического дефицита.

Остаются неизвестными противопалительные механизмы, посредством которых мелоксикам обеспечивает устойчивую аналгезию при паравертебральной инфилтратии. В настоящее время авторы планируют новое проспективное, но уже рандомизированное исследование с разными дозами мелоксикама для подтверждения этих предварительных результатов, оценки безопасности перирадикулярных инъекций и установления оптимальной дозы и интервалов между инъекциями.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**



Анкета читателя

Здоров'я України[®]
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Заполните анкету и отправьте по адресу: **Медична газета «Здоров'я України», 03035, г. Киев, ул. Механизаторов, 2.**
Укажите сведения, необходимые для базы данных тематического номера «Неврологія, психіатрія, психотерапія»

Фамилия, имя, отчество

Специальность, место работы

Индекс

город

село

район

область

улица

дом

корпус

квартира

Телефон: дом.

раб.

моб.

E-mail:

* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ТОВ «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». Также даю согласие на их использование для получения от компаний (ее связанных лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на включение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.

Подпись

Нам важно знать ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер «Неврологія, психіатрія, психотерапія»?

Назовите три лучших материала номера

1.

2.

3.

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах?

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть?

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера «Неврологія, психіатрія, психотерапія»?

На какую тему?

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении врачебной квалификации?

Здоров'я України[®]
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

На нашому сайті
www.health-ua.com

повна версія всіх
номерів
Медичної газети
«Здоров'я України»:
загальнотерапевтичні
та всі тематичні
номери



Архів з 2003 року