

Біль у спині: раціональний менеджмент у XXI столітті

Особливу увагу учасників XI науково-практичної конференції «Нейросимпозіум», що відбулася 10-12 вересня 2019 року в Одесі, привернула доповідь із проблеми болю у спині. Фахівці обговорювали нові тенденції в обстеженні та веденні пацієнтів, розвінчували міфи про традиційні підходи та хірургічне лікування гриж дисків.

Стратегія первинної ланки: що простіше, то краще



Володимир Ігорович Романенко, лікар-невролог, к. мед. н., член правління Української асоціації з вивчення болю, зауважив, що, незважаючи на прогрес у медицині та біотехнологіях, біль у спині залишається актуальною медико-соціальною проблемою, яку навряд чи колись буде радикально розв'язано. За даними епідеміологічного дослідження болювих синдромів та їхніх соціальних

економічних наслідків, проведеного в 19 країнах Європи, із більш як 23 тис. учасників опитування 40% відмічали у себе біль у спині або шиї (Todd et al., 2019).

Еволюція розуміння проблеми відобразилася у термінології — від уявлень про «остеохондроз» та «радикуліт» до сучасного збірного поняття «біль у нижній частині спини» (БНС). БНС позначає переважно неспецифічні, доброякісні та самолітовані болюві феномени міофасціального походження. Вони становлять близько 85% у структурі клінічних випадків і повинні отримувати лікування здебільшого на первинній ланці. Лише 7-8% припадає на біль, пов'язаний з ураженням корінців спинномозкових нервів, і ще 7-8% — на специфічну і небезпечну патологію (рак, інфекції, переломи тощо).

Запідозрити серйозні причини болю у спині на етапі диференційної діагностики допомагають так звані червоні прапорці або симптоми небезпеки, як-то нічний біль, лихоманка, пітливість, втрата маси тіла, випадіння чутливості та інші грубі неврологічні прояви. Звичайно, такі хворі потребують негайного отримання відповідної спеціалізованої допомоги. Доповідач зазначив також деякі нові тренди в оцінюванні болю: «жовті прапорці» — психологічні чинники катастрофізації та хронізації болю, а також «блакитні прапорці» — коли пацієнт матеріально зацікавлений хворіти довше і не виходити на роботу.

Тож як допомогти пацієнтам із неспецифічним болем у спині якнайшвидше повернутися до звичного життя? Як приклад раціонального підходу В.І. Романенко навів рекомендації Національного інституту вдосконалення

клінічної практики Великої Британії (NICE) для первинної ланки медичної допомоги. У британському підході ретельний аналіз доказової бази та економічної ефективності завершується практичними висновками щодо доцільності або недоцільності тих чи інших втручань. І, як влучно відзначив лектор, доказово обґрунтовані настанови часто розходяться із традиційними уявленнями та рутинною практикою.

Щодо загальних принципів, NICE заохочує стратифікацію ризиків при першому зверненні пацієнта з гострим болем у спині за допомогою опитувальника STarT Back. Він містить 9 уточнювальних запитань щодо впливу болю на життєву активність, ставлення хворого до свого стану та ризику хронізації («жовті прапорці»). Відповідно до сумарного бала, планується інтенсивність втручань — від простого консультування та фізичних вправ при мінімальному ризику до мультимодального підходу із залученням психотерапевта при високому. Стосовно інструментальної діагностики, NICE не рекомендує рутинно призначати візуалізацію (комп'ютерна й магнітно-резонансна томографія [МРТ]) пацієнтам із неспецифічним болем у спині (з/без ішіасу) поза межами спеціалізованої клініки, оскільки результат не вплине на подальшу тактику ведення.

Таким чином, відповідно до рекомендацій NICE, при неспецифічному БНС доцільно призначати нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Серед доступних в Україні доповідач виділив лорноксикам. У механізмах дії лорноксикаму поєднуються збалансоване інгібування ізоформ циклооксигенази (ЦОГ-1/ЦОГ-2) з додатковими механізмами щодо знеболення та дії на запалення, що вирізняє його з-поміж інших НПЗП. Додатковими механізмами є: стимуляція вироблення ендogenous диморфіну та ендорфіну; інгібування продукції інтерлейкіну-6, оксиду азоту та міграції поліморфноядерних лейкоцитів.

Корисною опцією патогенетичної терапії БНС із корінцевим синдромом є препарат піримідинових нуклеотидів Келтікан. Уридин та цитидин, які входять до складу Келтікану, належать до одного з чотирьох класів основних біологічних молекул, що підтримують життєдіяльність нейронів та сприяють репарації нервових волокон.

Доведені ефекти піримідинових нуклеотидів:

- стимуляція синтезу фосфоліпідних компонентів нейрональних мембран;
- регенерація та покращення адгезії шванівських клітин, що формують мієлінову оболонку;
- підвищення рівня синтезу нейрональних білків, зокрема нейрофіламентів, що сприяє регенерації аксонів.

Результати низки клінічних досліджень обґрунтовують застосування піримідинових нуклеотидів для полегшення болювих синдромів із невропатичним компонентом (Goldberg et al., 2017).

Діагноз «грижа диску» в заключенні МРТ пацієнта



Яків Віталійович Фіщенко, лікар-нейрохірург, д. мед. н., провідний науковий співробітник клініки хірургії хребта Інституту травматології та ортопедії НАМН України (м. Київ), підкреслив надзвичайну поширеність діагнозів на кшталт «грижа диску» і занепокоєність ними пацієнтів. За словами доповідача, це, мабуть, найпоширеніша причина звернення до нейрохірургів. Загалом для дефектів міжхребцевих дисків більш доречним є термін «пролапс», але поняття «грижа» прижилося і використовується повсюдно. Як експерт у хірургічному лікуванні хребта, Я.В. Фіщенко дав відповіді на запитання, які найчастіше виникають у зв'язку із грижами.

1. Чому болять грижі?

Виділяють два механізми виникнення болю, пов'язані з грижами міжхребцевого диску:

- автоімунне запалення у відповідь на вихід речовини диску;
- компресія спинномозкових нервів.

Із першим механізмом пов'язаний здебільшого доброякісний перебіг гриж, тоді як компресія і викликаний нею неврологічний дефіцит («червоні прапорці») можуть набути такого ступеня, що потребує негайного нейрохірургічного втручання.

2. Що показує МРТ?

Хоча експертні рекомендації та клінічні протоколи заперечують МРТ як рутинний метод діагностики, на практиці біль у спині є найчастішим показанням до візуалізаційних досліджень хребта. МРТ визначає локалізацію, кількість уражень, анатомічний тип грижі або протрузії (центральна, форамінальна або екстрафорамінальна), її розміри, наявність секвестру, напрямку його міграції та інші деталі. Проте картина МРТ не завжди корелює з виразністю симптомів,

і це слід враховувати при визначенні тактики подальшого ведення пацієнта. Так, наразі у фахівців не викликає сумнівів, що за відсутності скарг навіть великі й численні грижі не потребують втручання. Дослідження серед осіб без клінічних проявів патології хребта виявило на МРТ асимптомні грижі дисків у 22% обстежених до 60 років та у 36% — після 60 років.

Навіть якщо зіставлення картини МРТ та клініки доводить, що грижа пов'язана з больовим синдромом, це ще не показання для хірургічного лікування. На підтвердження своїх слів доповідач навів результати досліджень, які показали:

- 60% клінічних проявів гриж дисків спонтанно минають протягом 4-8 тижнів;
- лише 20-30% пацієнтів не відмічають регресу симптомів;
- клінічне покращення часто корелює зі зменшенням грижі за даними повторних МРТ-досліджень.

Тобто грижа диску є динамічною структурою, її розміри з часом можуть змінюватися. Регрес гриж настає внаслідок дистрофічних змін та резорбції макрофагами. Послаблення трофіки при відриві від пульпозного ядра пояснює, чому більші грижі та секвестри регресують краще (96%), ніж незначні випинання або протрузії (41%).

3. Коли потрібне хірургічне втручання?

Можна зауважити, що процеси спонтанної резорбції тривають довго, від 3 до 12 місяців, а хворий потребує лікування болю вже зараз. І все ж, це не привід тягнути пацієнта на хірургічний стіл. Адже, як наголосив Я.В. Фіщенко, у 90% випадків біль регресує внаслідок адекватного консервативного лікування.

Консервативний підхід включає НПЗП та міорелаксанти, що діють на основні механізми болю — запалення та рефлекторний м'язовий спазм. Саме ці засоби мають найбільшу доказову базу в лікуванні болю у спині. Серед них доповідач підкреслив переваги препарату з діючою речовиною циклобензаприн.

Циклобензаприн — найбільш вивчена молекула серед міорелаксантів із переконливою доказовою базою в лікуванні болю у спині. Має значення і лікарська форма — капсули з унікальною технологією пролонгованого вивільнення Diffucaps®.

Лише за неефективності фармакотерапії протягом 6-8 тижнів (у разі відсутності симптомів «червоних прапорців») слід переходити до малоінвазивних методик лікування. Це блокади із застосуванням анестетиків та кортикостероїдів, адгезіоліз та нуклеопластика.

На верхівці піраміди методів лікування симптомних гриж знаходиться дискотомія, яку на сьогодні виконують переважно ендоскопічним способом. За рахунок мінімальної травматизації тканин зберігається неушкодженням весь комплекс стабілізуючих структур хребта (м'язів, зв'язок, кісток), скорочується період перебування у стаціонарі та реабілітації.

Ендоскопічні методики руйнують міфи навколо хірургії хребта

Міфи

- Місяць ліжкового режиму
- 3 місяці реабілітації
- Високий ризик залишитися в інвалідному візку

Реальність

- Мобілізація через 3 години після втручання
- 1-2 дні перебування в лікарні
- Швидке повернення до роботи

Підсумки

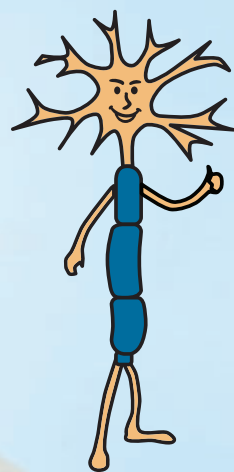
БНС є переважно неспецифічним доброякісним синдромом. Стандартом медикаментозного лікування залишаються короткочасні курси НПЗП та міорелаксантів. Прикладом раціональної комбінації є застосування збалансованого інгібітора ЦОГ-1/ЦОГ-2 лорноксикаму та циклобензаприну. За наявності невропатичного компонента (корінцевого синдрому) до схеми лікування доцільно додати нейрорепапаранти (Келтікан).

Окрім адекватної фармакотерапії, пацієнти із БНС потребують якісної консультації з самопомогі. Реалістична оцінка свого стану та можливостей лікування дозволяє зменшити вплив болю на повсякденну активність, скоротити період непрацездатності, попередити хронізацію та катастрофізацію.

Грижі дисків у більшості випадків не корелюють із симптомами і не потребують негайного втручання. До 90% випадків можуть бути успішно проліковані консервативно. Навіть філігранно виконане малоінвазивне чи хірургічне втручання не гарантує позбавлення больового синдрому. Медикаментозна терапія, блокади та фізична реабілітація можуть мати важливе значення при подальшому веденні пацієнта.

Підготував **Сергій Романюк**

За сприяння ТОВ «Такеда Україна»
UA/CYU/1219/0022



КЕЛТІКАН

той, що сприяє ВІДНОВЛЕННЮ^{*,1-3}

- Стимулює регенерацію мієлінової оболонки¹⁻³
- Сприяє відновленню проведення нервового імпульсу¹⁻³
- Покращує дозрівання і регенерацію аксонів⁴



ІНСТРУКЦІЯ для медичного застосування лікарського засобу КЕЛТІКАН (KELTICAN)

Склад: діючі речовини: 1 капсула містить цитидину-5'-динатрію монофосфату 5,0 мг; уридину-5'-тринатрію трифосфату, уридину-5'-динатрію дифосфату, уридину-5'-динатрію монофосфату — сумарно 3,0 мг (еквівалентно 1,330 мг уридину). **Лікарська форма.** Капсули тверді. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, що застосовуються при захворюваннях нервової системи. Код АТХ N07X X. **Фармакологічні властивості.** Активність препарату Келтікан забезпечують фосфатні групи, що необхідні для об'єднання моносахаридів із керамідами для утворення цереброзидів і фосфатидних кислот, які є основою сфінгомієліну і гліцерофосфоліпідів. Сфінгомієлін і гліцерофосфоліпідів є основними компонентами мієлінової оболонки. Таким чином, при застосуванні препарату Келтікан досягається збільшення трофічних властивостей для дозрівання та регенерації аксонів нервової тканини. **Клінічні характеристики. Показання.** Лікування невротій кістково-суглобового (такі як ішіас, радикуліт), метаболічного (такі як діабетична, алкогольна полінейропатії), інфекційного (оперізувальний лишай) походження, а також запалення лицьового нерва, трійчастого нерва, міжреберної невралгії та люмбалгії. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату. **Побічні реакції.** Не описані. Однак можливе виникнення реакцій гіперчутливості. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Феррер Інтернаціональ, С.А., Іспанія/ Ferrer Internacional, S.A., Spain. **Р. П. МОЗ України:** UA/10643/01/01. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників для публікації в спеціалізованих виданнях, що призначені для медичних закладів та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики

1. Gerbershagen H.H. Pharmakotherapie im Bereich des peripheren Nervensystems. TW Neurologie/Psychiatrie 6 (1991) 21–23. 2. Moses E.K. et al. Small molecular weight RNAs: altered metabolism in regenerating nerve. Biochem. Int 5 (1982) 177–184. 3. Watting B. et al. Nukleotide beschleunigen die Nervenregeneration, Z. Klin. Med. 46 (1991) 1371–1373. 4. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Келтікан. * Той, що сприяє відновленню пошкоджених периферичних нервів.

ТОВ «Такеда Україна»: 03110, м. Київ, вул. Солом'янська, 11, тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929, www.takeda.ua

