

Проблема боли в спине и шее: есть ли эффективное решение?

По материалам научно-практической конференции «Медицинские стандарты лечения внутренних болезней в клинической практике семейного врача», 21 ноября 2018 года, г. Днепр

Боль в спине – актуальная проблема в практической деятельности не только специалистов неврологического профиля, но и хирургов, травматологов, терапевтов, ревматологов и, конечно же, семейных врачей. Боль в спине во многих случаях трудно поддается лечению и даже может привести к утрате трудоспособности.



О наиболее частых причинах боли в спине и шее, а также о современных методах ее купирования рассказала заведующая кафедрой нервных болезней и нейрохирургии ФПО ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Людмила Антоновна Дзяк.

— Боль является результатом динамического воздействия биологических, психологических и социально-культурных факторов, которые формируют переживания и реакции пациентов. Она всегда субъективна, ее конечная оценка определяется местом и характером нарушения, природой повреждающего фактора, психологическим состоянием и индивидуальным жизненным опытом человека.

Различные механизмы формирования боли определяют разные типы болевых реакций. Ноцицептивной называют боль, возникающую в ответ на раздражение болевых рецепторов (ноцицепторов) в результате повреждения, воспаления, мышечного спазма. Ноцицептивная боль представляет собой адаптивную защитную реакцию. Дисфункциональная боль возникает в отсутствие активации ноцицепторов и видимого органического повреждения, в том числе со стороны нервной системы. Этот вид характеризуется дисфункцией церебральных систем, участвующих в контроле боли. Нейропатическая боль возникает при повреждении периферических либо центральных звеньев соматосенсорной нервной системы, не является сигналом о повреждении тканей и не выполняет защитной функции.

В последние годы причины возникновения хронических болей в спине и шее были пересмотрены, поскольку наличие и выраженность алгического синдрома зачастую не соответствуют дегенеративно-дистрофическим изменениям, обнаруживаемым в позвоночнике. У не имеющих болей в спине лиц старше 60 лет дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника выявляются в 60% случаев, в возрастной группе 25-39 лет – в 35% случаев. У 30-40% пациентов, не имеющих никаких жалоб, обнаруживаются грыжи межпозвоночных дисков. Таким образом, нет корреляции между болевым синдромом и остеохондрозом – весьма частым, но неоправданным диагнозом, который устанавливают пациенту с болью в спине.

При остеоартрозе суставов позвоночника также наблюдается слабая связь между рентгенологическими изменениями, болевым синдромом и нарушением функции суставов. До 80% взрослого населения имеют рентгенологические признаки остеоартроза, а болевой синдром наблюдается только у 10%. В связи с этим для обозначения локального болевого синдрома с минимальными физикальными симптомами, вызванного дисфункцией скелетно-мышечной системы, был предложен термин «скелетно-мышечная неспецифическая боль в спине». Источниками болевой импульсации при формировании неспецифической боли в спине могут быть капсулы фасеточных суставов, наружное фиброзное кольцо межпозвоночных дисков, поддерживающие диск передние и задние продольные связки, паравертебральные мышцы, твердая мозговая оболочка (вентральная поверхность), футляры корешков спинномозговых нервов.

Клинические варианты неспецифической боли в спине гетерогенны: это миогенные синдромы, дисфункция крестцово-подвздошных сочленений, спондилолистез, нестабильность позвоночного сегмента и др. Миогенный болевой синдром – одна из наиболее

частых причин неспецифической боли в спине. В основе данного синдрома лежат морфологические и функциональные изменения мышечных волокон при их пролонгированном сокращении: разрыв саркоплазматического ретикулума, скопление актиновых и миозиновых нитей, высвобождение вазоактивных воспалительных нейромедиаторов, активация так называемых спящих ноцицепторов. Эти изменения приводят к возникновению рефлекторного болевого мышечно-тонического синдрома, который, в свою очередь, сопровождается изменением биомеханических паттернов в виде шейного, грудного и грудопоясничного сколиоза, кифотической деформации, асимметрии плечевого пояса и нижних конечностей, смещения центра тяжести во фронтальной и сагиттальной плоскости и т. д. Развитие вторичных неврологических симптомов у таких пациентов связано не столько с выраженностью дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, сколько с нарушением биомеханики и выраженностью мышечно-тонического синдрома.

Одной из причин неспецифической боли в спине, которая связана со значительными сложностями в диагностике, является дисфункция крестцово-подвздошных сочленений, которая может возникать в крестцовой области, иррадиировать в пах, зону дерматомов S1. Такие пациенты часто и безуспешно обращаются за помощью к гинекологам и урологам, в то время как возникший болевой синдром часто связан с беременностью (вследствие расслабления связочного аппарата), конституциональными изменениями суставов и позвоночника, воспалительными заболеваниями суставов (анкилозирующий спондилоартрит), метаболическими расстройствами (подагра, псевдоподагра), дегенеративными заболеваниями суставов (остеоартроз) и др.

Другой причиной неспецифической боли в спине нередко бывает остеоартроз дугоотростчатых суставов. Хорошо известно, что остеоартроз – это заболевание, обусловленное действием биологических и механических факторов, которые дестабилизируют нормальные отношения между процессами дегенерации и синтеза внеклеточного матрикса суставного хряща, хондроцитов и субхондральной кости. Остеоартроз дугоотростчатых суставов на рентгенограммах проявляется деструкцией суставных хрящей с субхондральным остеосклерозом суставных отростков, сужением или неравномерным расширением внутрисуставной щели. Субхондральные эрозии визуализируются как зазубренность и экскавации кортикальной поверхности. Синдром морфологической декомпенсации определяется в виде кистообразной перестройки костной ткани головок суставных отростков, внутрисуставного вакуум-феномена, выраженной неконгруэнтности суставных поверхностей с элементами органического подвывиха, значительного увеличения суставной щели и признаков анкилозирования.

Поражение структур костно-мышечной системы – главный источник ноцицептивной боли. Травма или повреждение инициируют немедленную передачу нервного импульса в мозг, высвобождение альгогенов (субстанция Р, брадикинин и др.), что приводит к нейрогенному воспалению, сенситизации ноцицепторов нейронов и повреждению сосудистой стенки в результате воспаления.

Сенситизация ноцицептивных нейронов, активация спящих нейронов и нейрогенное воспаление усиливают эффекты ноцицептивных стимулов. Стимуляция немиелинизированных С-волокон (медленный ответ) опосредует возникновение отсроченной жгучей и тупой боли. В условиях периферической сенситизации болевой порог снижается, гиперчувствительность распространяется за пределы повреждения, а боль длится дольше, чем болевой стимул.

На этом фоне развивается центральная сенситизация – повышенная чувствительность и избыточная активность сенсорных нейронов заднего рога. Вследствие снижения порога возбуждения этих нейронов любая неболевая стимуляция приводит к возникновению болевых импульсов, антиноцицептивные влияния при этом ослабляются. Формируется хроническая боль, которая утрачивает сигнальную функцию, видоизменяет клиническую картину заболевания и плохо поддается лечению. С учетом этого принципиально важным в стратегии лечения боли в спине является своевременное и адекватное купирование острого болевого синдрома с целью предупреждения его хронизации.

В лечении неспецифической боли в спине важное место занимают немедикаментозные методы. Сочетание воздействия тепла и физических упражнений уменьшает острую боль в течение нескольких дней. Что касается медикаментозных методов купирования боли, то исследования не показали разницы между ацетаминофеном и плацебо в снижении интенсивности болевого синдрома и улучшении функции через 4 нед. Не было разницы также между парентеральным введением кортикостероидов (метилпреднизолона) или 5-дневным курсом преднизолона по сравнению с плацебо в уменьшении боли или улучшении функции. На данный момент недостаточно доказательств для определения эффективности антидепрессантов, бензодиазепинов, противосудорожных препаратов, опиоидов в терапии неспецифической боли.

На сегодня доказанное положительное влияние на уменьшение интенсивности боли, а также на улучшение функции по сравнению с плацебо имеют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и миорелаксанты.

Золотым стандартом среди НПВП является диклофенак (Диклоберл®) – сбалансированный ингибитор циклооксигеназы (ЦОГ) 1 и 2 типов, который эффективно купирует воспаление, обеспечивает анальгетическое действие и обладает хорошим профилем безопасности со стороны желудочно-кишечного тракта. Молекула диклофенака имеет гидрофильно-липофильную полярность, что способствует ее активному перемещению в зону воспаления. В клинических исследованиях доказано избирательно высокое накопление диклофенака в синовиальной жидкости в сравнении с концентрацией препарата в плазме крови. При этом диклофенак сохраняет высокую гастроинтестинальную безопасность. В проспективном многоцентровом исследовании рисков развития кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта на фоне приема НПВП (n=2777) диклофенак продемонстрировал низкую частоту развития осложнений и занял второе место в тройке наиболее безопасных молекул НПВП (Lanas A. et al., 2006).

Нимесулид – еще один представитель группы НПВП, который может быть использован для купирования неспецифической боли в спине. Нимесулид (Нимесил®) блокирует все возможные пути образования основных медиаторов воспаления – простагландинов и лейкотриенов, что объясняет его высокую эффективность: выраженный противовоспалительный эффект и быстрое наступление анальгезии. Нимесулид не уступает диклофенаку ни по выраженности анальгетического действия, ни по скорости регресса клинических симптомов.

Таким образом, этиологические факторы боли в спине и шее сегодня пересмотрены. Остеохондроз и дегенеративно-дистрофические находки на рентгенограммах не объясняют причин неспецифической боли в спине. Независимо от причины острая боль требует скорейшего купирования в целях предотвращения хронизации алгического синдрома. Диклоберл® и Нимесил® – эффективные и безопасные НПВП для быстрого облегчения неспецифической боли в спине, которые обладают выраженным анальгетическим и противовоспалительным действием.

Подготовила Мария Марчук





**ПРЕПАРАТ
РОКУ 2018**

Переможець у номінації «Препарат року» серед категорії
рецептурних лікарських засобів за результатами XIX конкурсу
професіоналів фармацевтичної галузі України «Панацея 2018»⁺

«Препарат року»⁺



німесулід
Німесил[®]



**30 пакетиків, гранули для
оральної суспензії¹**



**100 мг німесуліду у кожному
пакетику, по 100 мг два рази на
добу¹**



курс лікування до 15 діб¹

Нестероїдний протизапальний засіб¹



**більш низький ризик гастроінтестинальних
геморагічних ускладнень у порівнянні
з багатьма іншими НПЗП^{2,3}**



інгібує колагеназу (до 91,9%)^{4*}



інгібує IL-1 β ^{5*}, IL-6^{5*,6}, IL-8^{5*} та субстанцію "P"⁶



додаткове інгібування ФНП- α ^{} (до 70%)^{7*}**

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Фармакотерапевтична група: неселективні нестероїдні протизапальні засоби. Код АТХ M01A X17..

Склад: 1 однодозовий пакет по 2 г гранул містить німесулід 100 мг.

Показання: Лікування гострого болю. Лікування первинної дисменореї. Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії. Рішення про призначення німесуліду повинно прийматися на основі оцінки усіх ризиків для конкретного пацієнта. **Німесулід слід застосовувати тільки у якості препарату другої лінії.**

Спосіб застосування та дози. Дорослим та дітям старше 12 років призначають 100 мг німесуліду (1 однодозовий пакет) 2 рази на добу після їди. Максимальна тривалість курсу лікування Німесилом – 15 діб. **Протипоказання.** Відома підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату, тяжке порушення функції нирок або печінки та інше.

Побічні дії. Анемія, еозинофілія, тромбоцитопенія, панцитопенія, пурпура, підвищена чутливість, анафілаксія, гіперкаліємія, відчуття страху, нервозність, нічні жахливі сновидіння, запаморочення, головний біль, сонливість, енцефалопатія (синдром Рейе), нечіткий зір, вертиго (запаморочення), тахікардія, гіпертензія, геморагія, лабільність артеріального тиску, приливи, задишка, астма, бронхоспазм, діарея, нудота, блювання, запор, метеоризм, гастрит, кровотечі у травному тракті, виразка та перфорація 12 палкої кишки або шлунка, біль у животі, диспепсія, стоматит, випорожнення чорного кольору, збільшення рівня ферментів печінки, гепатит, миттєвий (фульмінантний) гепатит, із летальним кінцем у тому числі, жовтяниця, холестаза, свербіж, висип, підвищена пітливість, еритема, дерматит, кропив'янка, ангіоневротичний набряк, набряк обличчя, еритема поліформна, синдром Стівенса-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, дизурія, гематурія, затримка сечовипускання, ниркова недостатність, олігурія, інтерстиціальний нефрит, набряк, нездужання, астения, гіпотермія та інше.

Повний перелік показань, протипоказань, побічних ефектів, а також докладну інформацію про спосіб та особливості застосування препарату можна знайти в інструкції для медичного застосування препарату Німесил[®] від № 1495 від 29.11.2017.

Виробник. Файн Фудс енд Фармасьютикалз Н.Т.М. С.П.А. / Fine Foods & Pharmaceuticals N.T.M. S.P.A.

Місцезнаходження. Віа Гріньяно, 43 - 24041 Брембате (БГ), Італія / Via Grignano, 43 - 24041 Brembate (BG), Italy.

¹ Інструкції для медичного застосування препарату Німесил[®] від № 1495 від 29.11.2017.

² Laporte JR, Ibanez L, Vidal X, Vendrell L and Leone R. Upper Gastrointestinal Bleeding Associated with the Use of NSAIDs. Drug Safety 2004; 27 (6): 411-420.

³ Castellsague J, Pisa F, Rosolen V, Drigo D, Riera-Guardia N, Giangreco M, Clagnan E, Tosolini F, Zanier L, Barbone F and Perez-Gutthann S. Risk of upper gastrointestinal complications in a cohort of users of nimesulide and other nonsteroidal anti-inflammatory drugs in Friuli Venezia Giulia, Italy. Pharmacoepidemiology and Drug Safety 2013 Apr;22(4):365-75. doi: 10.1002/pds.3385. Epub 2012 Dec 11.

⁴ Barracchini A, Franceschini N, Amicosante G, Oratore A, Minisola G, Pantaleoni G and Giulio di A. Can Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs Act as Metalloproteinase Modulators? An In-vitro Study of Inhibition of Collagenase Activity. J. Pharm. Pharmacol. 1998; 50: 1417-1423, (адаптовано таб.1).

⁵ Kimura T, Iwase M, Kondo G, Watanabe H, Ohashi M, Ito D, Nagumo M. Suppressive effect of selective cyclooxygenase-2 inhibitor on cytokine release in human neutrophils. Int Immunopharmacol. 2003 Oct;3(10-11):1519-28.

⁶ Bianchi M, Brogginini M, Balzarini P, Franchi S, Sacerdote P. Effects of nimesulide on pain and on synovial fluid concentrations of substance P, interleukin-6 and interleukin-8 in patients with knee osteoarthritis: comparison with celecoxib. Int J Clin Pract. 2007 Aug;61(8):1270-7. Epub 2007 Jun 22.

⁷ Bennett A and Villa G. Nimesulide: an NSAID that preferentially inhibits COX-2, and has various unique pharmacological activities. Exp. Opin. Pharmacother., 1 (29), 277-286, 2000.

* Еженедельник "Аптека", №38 (1159), 01.10.2018, 2 с. "Берлін-Хемі/А. Менаріні": успіх, перевірений роками.

* Дослідження "in vitro".

**У високих концентраціях, експериментальні дослідження на тваринах.

За додатковою інформацією про препарат звертайтеся за адресою:
Представництво "Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ" в Україні,
02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88, факс: (044) 494-33-89



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**