

Оптимізація лікування пацієнта з болем у спині

22-24 квітня у м. Трускавці відбулася XXI міжнародна науково-практична конференція «Міждисциплінарні питання в сучасній неврології». Представлені в рамках заходу доповіді стосувалися не лише вузькоспеціалізованих неврологічних тем, а й більш загальних, пов'язаних з неврологією, проблем, що можуть зустрічатися у щоденній практиці лікаря будь-якої спеціальності.



Доцент кафедри неврології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, кандидат медичних наук **Наталія Леонідівна Боженко** привернула увагу аудиторії до питання оптимізації діагностики та лікування пацієнта з болем у спині (БС).

Загалом проблема БС є надзвичайно актуальною, оскільки цей стан – причина близько 70% випадків тимчасової втрати працездатності. На частку БС припадає 60-70% усіх захворювань периферійної нервової системи. Цей патологічний стан уражає переважно осіб працездатного віку (25-55 р.), що супроводжується значними економічними витратами. У структурі причин первинної інвалідизації БС посідає п'яте місце.

Опубліковане в 2019 р. дослідження канадських науковців показало, що БС досить поширений, але його типи (траєкторії) можуть значно відрізнятися. Протягом 8 років спостереження біль у спині відзначався у 45,6% учасників. У 18% з цих пацієнтів помічали персистування болю (стійкий біль протягом 80% часу спостереження), у 28,1% – наростання (поступове збільшення інтенсивності болю), у 20,5% – рецидив (наявність загострень на тлі відносно повного здоров'я). Близько третини хворих перенесли одноразовий епізод БС (Canizares M. et al., 2019).

Патофізіологічна модель формування больового синдрому передбачає розвиток дисбалансу ноцицептивної та антиноцицептивної систем організму. Будь-який біль можна розподілити на гострий (внаслідок травми, опіку чи іншого пошкодження, операції) та хронічний. Хронічний біль також має кілька різновидів: вісцеральний (при панкреатиті, синдромі подразненого кишечника); ноцицептивний (при остеоартриті, ревматоїдному артриті); нейропатичний (центральный) (при розсіяному склерозі, пошкодженні спинного мозку, мігрені); периферійний (при постгерпетичній невралгії, діабетичній нейропатії) та змішаний.

Гострий (локальний, епікритичний) біль проводиться по спиноталамичному тракту, зазвичай триває до 3 міс, носить переважно раптовий характер виникнення, є ноцицептивним та усувається анальгетиками. У свою чергу, хронічний (повільний, затриманий, пропатичний) біль проводиться по екстралемніскових системах (спинноретикулярний, спиннотектальний та спиннобульбарний шляхи), триває більше 3 міс, повільно прогресує, є нейропатичним та не відповідає на лікування анальгетиками.

За визначенням, ноцицептивний біль – це гострий біль, що виникає внаслідок активації периферійних больових рецепторів при травмі, розтягуванні тканин або як результат дегенеративного ураження, запалення, ішемії чи метаболічних змін. Характеристиками ноцицептивного болю є: окреслена локалізація, гіпералгезія в зоні ушкодження, швидкий регрес після припинення дії патологічного чинника, відповідь на анальгетики та нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) (Вейн А.М., 2001). На противагу цьому, нейропатичний біль є прямим наслідком ураження або захворювання соматосенсорної нервової системи. Сенсорні симптоми нейропатичного болю поділяються на позитивні, або симптоми подразнення (спонтанний біль, дизестезії, парестезії, аллодинія, гіпералгезія) та негативні, або симптоми випадіння (гіпестезія, анестезія, гіпалгезія, анальгезія). Для нейропатичного болю характерне поєднання больових відчуттів та локальних порушень чутливості в одній анатомічній зоні.

Джерелами болю у спині можуть бути: змінені міжхребцеві диски, зв'язки хребта, окістя, періартикулярні тканини, спазмовані м'язи. За статистикою, 70-80% ноцицептивних БС спричинені міогенними порушеннями: спазмом, мікротравматизацією, ішемізацією паравертебральних м'язів. Дискогенний біль становить лише близько 10%. Слід зазначити, що

БС може являти собою комбінацію ноцицептивного та нейропатичного болю. Наприклад, коли запальні медіатори активують периферійні больові рецептори, спричиняючи ноцицептивний біль, а стиснення килло та подальше запалення нервового корінця веде до розвитку нейропатичного різновиду болю (Freynhagen R., Baron R., 2009).

Важливо, що БС – це не лише больовий синдром. Показано, що хронічний біль пов'язаний із зміненою нейрональною пластичністю у ділянках головного мозку поза межами соматосенсорних областей, в т. ч. у регіонах, які відповідають за формування та «обробку» емоцій. Це свідчить про те, що больові синдроми мають потужний несприятливий вплив на емоційну сферу людини.

Алгоритм діагностики БС передбачає ретельний збір анамнезу з виявленням т. зв. «червоних прапорців»: ознак перелому хребта, онкозахворювань, болю запального генезу, радикуломієлопатій, «відображеного болю». За їх відсутності БС вважається дорсалгією. Думати про те, що БС не пов'язаний з остеохондрозом, можна у таких випадках:

- біль у хребті вперше з'являється до 15 або після 50 років;
- біль не має механічного характеру (не зменшується у спокої, у положенні лежачи, у нічний час);
- інтенсивність болю наростає;
- в анамнезі життя є новоутворення;
- біль виникає на тлі лихоманки, зниження маси тіла чи інших системних проявів;
- спостерігається тривала ранкова скутість;
- є ознаки ураження спинного мозку або кінського хвоста;
- виявляються зміни в аналізах крові, сечі, інших лабораторних тестах.

Для діагностики гострого болю можна використувати мнемонічний алгоритм pQRST, де p (provocative factors) означає фактори, що провокують біль; Q (quality) – характер болю; R (radiation) – його іррадіацію; S (severity) – тяжкість; T (timing) – час появи. Для об'єктивізації вираженості больових відчуттів може застосовуватися візуально-аналогова шкала. План обстеження при БС залежить від клінічної картини та анамнезу пацієнта і може включати рентгенографію хребта, електронейроміографію, денситометрію, комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію, мієлографію (при підозрі на стиснення кінського хвоста та спинного мозку).

БС слід диференціювати з анеризмою черевної аорти, позаматковою вагітністю, аднекситом, панкреатитом, перфоративною виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки, пієлонефритом та сечокам'яною хворобою, пухлиною тазу.

Лікування БС повинно проводитися після детального обговорення з пацієнтом можливих причин хвороби і шляхів медикаментозного вирішення проблеми болю. Складові частини терапевтичної тактики включають: усунення причини БС; носіння фіксуючого бандажу; фізичні вправи; застосування НПЗП, міорелаксантів, протисудомних засобів, вітамінів, кортикостероїдів. При виборі лікування слід враховувати ймовірні ризики та очікувану ефективність. Критеріями підбору фармакотерапії також виступають: швидкість дії, доступність препарату та його зручність у застосуванні.

Загальні принципи терапії загострень БС внаслідок остеохондрозу включають: уникнення несприятливих статико-динамічних навантажень на уражений відділ хребта на початку декомпенсації/загострення; стимуляцію активності м'язів хребта для забезпечення захисної фіксації ураженого сегмента; зменшення негативних емоцій пацієнта; вплив не лише на хребет, а й на позахребтові патологічні вогнища; помірний режим лікувальних процедур. Незважаючи на останнє, дуже важливо рекомендувати пацієнтам з гострим, підгострим або хронічним болем у попереку вести активний спосіб життя, наскільки це можливо.

Відповідно до рекомендацій Американського коледжу лікарів, стан пацієнтів з гострим та підгострим БС покращується протягом 1 міс незалежно від лікування. В таких випадках клініцисти та пацієнти повинні вибирати нефармакологічне лікування за допомогою поверхневого тепла, масажу, акупунктури; мануальну терапію. За потреби у фармакологічному лікуванні необхідно призначати НПЗП або міорелаксанти. Оновлені дослідження показали, що ацетаминофен не є ефективним у зменшенні болю порівняно із плацебо. Системні кортикостероїди також не чинять анальгетичної дії при гострому та підгострому БС, тому не рекомендуються в таких випадках.

Що стосується хронічного БС, розпочинати також слід з нефармакологічного лікування на основі фізичних вправ та акупунктури, мультидисциплінарної реабілітації, стрес-знижувальних технік (докази помірної якості). Існують також докази низької якості стосовно ефективності при хронічному БС тай-чі, йоги, прогресивної релаксації, низькорівневої лазерної терапії, когнітивно-поведінкової терапії, мануальної терапії тощо. У хворих з хронічним БС, у яких нефармакологічне лікування виявилось нерезультативним, в ролі першої лінії фармакотерапії розглядаються НПЗП, другої лінії – трамадол або дулоксетин.

Таким чином, класичними препаратами першої лінії для лікування як гострого/підгострого, так і хронічного БС виступають НПЗП, зокрема – диклофенак. Для посилення ефекту НПЗП до складу комплексної терапії включають вітаміни групи В. Згідно з дослідженням Mibielli та співавт. (2009), через 3 дні лікування диклофенаком у поєднанні з вітамінами групи В, знеболювальну терапію змогли припинити 46,5%, а у групі монотерапії диклофенаком – лише 29,7%. Через 5 днів лікування ці показники становили 82% та 53% відповідно. Тобто додавання до диклофенаку вітамінів групи В посилює дію першого в 1,5-2 рази.

Нейродикловіт являє собою комбінацію диклофенаку (50 мг) та основних нейротропних вітамінів групи В (В₁–50 мг, В₆–50 мг, В₁₂–250 мкг). Диклофенак реалізує анальгетичний та протизапальний ефекти, протидіючи ноцицептивному болю у вогнищі запалення та навколишніх тканинах, а вітаміни групи В чинять нейрометаболічну та нейропротективну дію, запобігаючи формуванню нейропатичного болю. Серед сприятливих ефектів вітамінів групи В – поліпшення синаптичної передачі, регуляція т. зв. больової активності нервів, участь у синтезі мієлінової оболонки. Таким чином, препарат **Нейродикловіт** властива подвійна потенційована анальгетична та нейротропна дія (Строков І.А. і соавт., 2013; Умарова Х.Я., 2013; Камчатнов П.Р. і соавт., 2010).

Кожен з вітамінів групи В виконує окремий ряд функцій. Так, вітамін В₁ покращує ендоневральний кровотік, підвищує енергозабезпечення нейронів та зменшує ацидоз, покращує процеси регенерації нервів, підсилює ефекти нейротрансмітерів, активує опіатні рецептори клітин спинного мозку. Вітамін В₆ покращує синтез мієлінової оболонки нервів, активує антиноцицептивну систему, виявляє нейротропний ефект, гальмує ноцицепцію в задніх рогах спинного мозку та таламусі. Вітамін В₁₂ також бере участь у процесах синтезу мієліну, прискорює регенерацію нервів, має метаболічну дію, регулює біосинтез нейротрансмітерів та прозапальних цитокінів.

Рекомендована доза препарату **Нейродикловіт** становить 1-3 капсули/добу: стартова доза – 2-3 капсули/добу, для підтримки – 1-2 капсули/добу. Максимальна добова доза не повинна перевищувати 3 капсул. Простота у застосуванні покращує прихильність пацієнтів до лікування та, відповідно, збільшує його ефективність. Застосування комбінації диклофенаку і вітамінів групи В при БС дозволяє скоротити тривалість терапії, підвищити комплаєнс пацієнтів та знизити сумарну вартість курсу лікування.

Доповідач підсумувала: бажанням пацієнта є максимально швидко позбавлення від болю, в той час як завданням лікаря – усунути біль не лише максимально швидко, а й максимально ефективно і безпечно. Одним із шляхів до виконання цього завдання є застосування комбінованих препаратів з синергетичною дією компонентів.

Підготувала **Лариса Стрільчук**



НЕЙРОДИКЛОВІТ

ДИКЛОФЕНАК НАТРІЮ

50 мг

ТІАМІНУ
ГІДРОХЛОРИД (В₁)

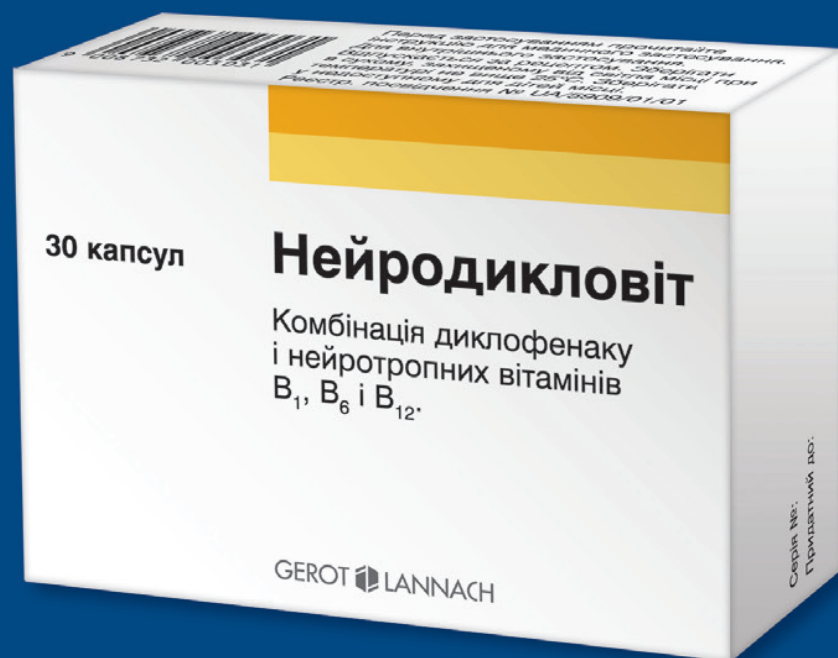
50 мг

ПІРИДОКСИНУ
ГІДРОХЛОРИД (В₆)

50 мг

ЦІАНОКОБАЛАМІН (В₁₂)

0,25 мг



Коротка інструкція для медичного застосування лікарського засобу Нейродикловіт

Склад: діючі речовини: диклофенак натрію, тіаміну гідрохлорид, піридоксину гідрохлорид, ціанокобаламін; 1 капсула містить: диклофенак натрію 50,0 мг; тіаміну гідрохлорид (вітамін В₁) 50,0 мг; піридоксину гідрохлорид (вітамін В₆) 50,0 мг; ціанокобаламін (вітамін В₁₂) 0,25 мг. **Лікарська форма.** Капсули. **Фармакотерапевтична група.** Диклофенак, комбінації. Код АТХ М01А В55. **Фармакологічні властивості.** **Фармакодинаміка.** Нейродикловіт – комбінація диклофенаку й нейротропних вітамінів В₁, В₆ та В₁₂. Як і інші нестероїдні протизапальні засоби, диклофенак пригнічує фермент циклооксигеназу, яка перетворює арахідонову кислоту на простагландини. Диклофенак пригнічує також фермент ліпоксигеназу. Анальгезуюча, протизапальна та жарознижувальна дії диклофенаку зумовлені пригніченням синтезу простагландинів. Вітаміни групи В виконують функцію коферментів в обміні речовин і, зокрема, в неврології, що позитивно впливає на знеболювальний ефект диклофенаку натрію. **Показання.** Запальні й дегенеративні форми ревматичних захворювань: хронічний поліартрит; анкілозівний спонділіт (хвороба Бехтерева); артроз; спондилоартрит; гострий подагричний артрит; позасуглобовий ревматизм м'яких тканин; неврит і невралгії, такі як цервікальний синдром, люмбаго, ішіалгії. **Протипоказання.** підвищена чутливість до складових препарату; виразка шлунка чи дванадцятипалої кишки; порфірія, геморагічний діатез, порушення кровотворення; хвороба Крона, виразковий коліт; тяжка серцева недостатність; наявні в анамнезі бронхіальна астма, шкіряні реакції або гострі риніти, які провокуються прийомом ацетилсаліцилової кислоти або інших препаратів, інгібують синтез простагландинів; тяжка ниркова та печінкова недостатність; шлунково-кишкова кровотеча або перфорація; еритремія, еритроцитоз, тромбоемболія; алергічні захворювання тощо. **Спосіб застосування та дози.** Капсули слід ковтати цілими, запиваючи достатньою кількістю рідини, під час їди. Залежно від тяжкості захворювання рекомендована доза препарату становить 1-3 капсули на добу, що еквівалентно 50-150 мг диклофенаку відповідно. **Дорослі.** Для початкової терапії доза препарату становить 2-3 капсули на добу. Підтримувальна доза – 1 капсула 1-2 рази на добу. Максимальна добова доза не має перевищувати 3 капсули. **Діти віком від 14 років.** Максимальна добова доза – по 1 капсулі 2 рази на добу. Тривалість лікування визначає лікар індивідуально. **Пацієнти літнього віку.** Хоча фармакокінетика диклофенаку не залежить від віку, літнім пацієнтам дозу слід підбирати з обережністю. **Застосування в період вагітності або годування груддю.** Зважаючи на відсутність клінічних даних, одночасне застосування вітамінів В₁, В₆ та В₁₂ не рекомендоване в період вагітності або годування груддю. **Діти.** Не рекомендовано дітям віком до 14 років. **Побічні реакції.** Загальні порушення: затримка натрію та рідини в організмі, периферичні набряки, підвищена пітливість, бронхіальна астма, пневмонія тощо. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Г.Л. Фарма ГмбХ, Австрія. Р.П. № UA/5909/01/01.

Інформація про лікарський засіб. Інформація для використання у професійній діяльності медичними та фармацевтичними працівниками.

Затверджено до друку: липень, 2019. NEU-UA1907-143-01

BAUSCH Health

ТОВ «БАУШ ХЕЛС»

01103, м. Київ, вул. Професора Підвисоцького, 6-В. Тел.: (044) 459-04-74, 459-04-84