

М.В. Поливодо, к.м.н.,
КУ Херсонська городська
клінічна лікарня
ім. А.С.Лучанського, г. Херсон

Боль как мультидисциплинарная проблема

Клинические проявления воспалительно-дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата отличаются полиморфизмом, что связано с различной локализацией и распространенностью патологического процесса. Основные симптомы этой патологии – боль, мышечный спазм, затруднение и ограничение подвижности суставов – патогенетически взаимосвязаны и воздействуют друг на друга.

Воспалительные заболевания позвоночника и суставов – наиболее сложные для точной диагностики состояния. Так, болевой синдром и ригидность являются важными клиническими проявлениями анкилозирующего спондилита (АС), псориатического и реактивного артрита, поражения суставов и позвоночника при неспецифическом язвенном колите и терминальном илеите, недифференцированном спондилоартрите. Боль в позвоночнике входит в диагностические критерии АС. Характер боли в спине расценивается как воспалительной при наличии следующих критериев [1]: утренней скованности свыше 30 мин; улучшения состояния после выполнения физических упражнений; пробуждения во второй половине ночи вследствие боли в ягодицах. Наличие двух из перечисленных показателей свидетельствуют в пользу воспалительной боли.

В основе патоморфологических изменений при АС лежат воспалительная энтезопатия, воспаление собственно костной ткани и синовиит. В патологический процесс вовлекаются крестцово-подвздошные, дугоотростчатые, реберно-позвоночные, грудно-ключичные, крупные суставы конечностей. Поскольку позвоночник содержит свободные нервные окончания, локализирующиеся в капсулах межпозвоночных суставов, задней продольной и межостистой связках, перисте позвонков, стенках артериол и вен, сосудах паравerteбральных мышц, наружной трети фиброзного кольца межпозвоночных дисков, боль при АС может проявляться по типу радикулопатии или рефлекторных болевых синдромов.

В дебюте АС ригидность отмечается, как правило, в поясничном отделе позвоночного столба. С течением времени тугоподвижность постепенно прогрессирует по всему осевому скелету, являясь более выраженной утром и уменьшаясь при движении, а также после воздействия тепла. Интенсивность и длительность ригидности соответствуют выраженности боли, что свидетельствует о единых механизмах их происхождения.

Интенсивность болевого синдрома и скованность при АС являются маркерами ответа на проводимую терапию и критериями ремиссии заболевания (ASAS response criteria и ASAS remission criteria) [2], поскольку лабораторные тесты (СОЭ, С-реактивный белок) часто не отражают активности воспалительного процесса.

Для дегенеративных заболеваний позвоночника и суставов боль и/или рефлекторный мышечно-тонический синдром – типичные симптомы патологии. К таким состояниям относятся межпозвоноковый остеохондроз, деформирующий спондилез и артрозы крупных суставов ног. В начальных стадиях данных заболеваний боль и мышечный спазм носят рефлекторный характер и обусловлены как раздражением фиброзного кольца, так и мышечно-суставных структур. Мышечный спазм поначалу носит защитный характер. Однако по мере прогрессирования болезни спазмированные мышцы становятся основным источником боли за счет развития в них дистрофических процессов и запускают порочный круг, что и способствует развитию **миофасциального синдрома**.

К диагностическим критериям миофасциального синдрома относят наличие спазмированной, болезненной мышцы и болезненного мышечного уплотнения, активные триггерные точки.

В настоящее время все заболевания, сопровождающиеся неспецифической болью в позвоночнике, объединены термином «**дорсопатии**», включающим синдромы вертеброгенного и невертеброгенного генеза, которые могут проявляться в виде невропатической или радикулярной боли. Компрессии корешков сопровождаются диссонансом между клиникой заболевания и выраженностью изменений на рентгенограмме. Сегментарная нестабильность позвоночника характерна для женщин среднего возраста с избыточным весом, при этом боль в спине усиливается при нагрузке, подвижность позвоночника ограничена незначительно. Психогенная боль с локализацией в нижней части спины возникает у лиц с тревожно-депрессивными расстройствами,

сопровождается умеренно выраженным мышечно-тоническим синдромом, болью в пояснице при аксиальной нагрузке.

Терапия болевых синдромов проводится с учетом характера основного заболевания, интенсивности и этапности развития боли, наличия спастического компонента. Основные принципы терапии боли в позвоночнике – исключение статико-динамических нагрузок, стимулирование активности мышц позвоночника, воздействие на вертебральные и экстравертебральные очаги поражения. Лечение вертеброгенной боли требует индивидуального и комплексного подхода с учетом фазы патологического процесса.

Фармакологическая поддержка должна включать как воздействие на воспаление и боль, так и на мышечный спазм, что является патогенетически обоснованным. Критически важным моментом считается предотвращение хронизации процесса и достижение ремиссии. Исходя из этого, применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), миорелаксантов центрального действия, средств местного воздействия является оправданным.

Одним из новых средств с патогенетической направленностью действия является **флупиртина малеат (Катадолон)**, который способен разорвать порочный круг «боль → спазм → боль» и предотвратить хронизацию боли.

Катадолон представляет собой ненаркотический анальгетик центрального действия, производное триамнопиридинов – нового класса веществ SNEPCO (Selective Neuronal Potassium Channel Opener – селективных активаторов калиевых нейрональных каналов), который оказывает полимодальный эффект: анальгезирующий, обеспечивающий нормализацию повышенного мышечного тонуса, стирающий болевую память.

В основе механизма действия флупиртина лежит непрямой антагонизм препарата по отношению к NMDA (N-метил-D-аспартат) рецепторам, принимающих активное участие в нисходящих механизмах модуляции боли и ГАМК-эргических процессов [3]. В терапевтических дозах Катадолон открывает потенциал-независимые каналы ионов калия, что приводит к стабилизации мембранного потенциала нервной клетки и торможению возбуждения нейрона в ответ на болевые стимулы. В результате сдерживается формирование ноцицептивной сенситизации и феномена wind up (взвинчивания – нарастания нейронального ответа на повторные болевые стимулы), что в конечном счете предотвращает усиление боли и переход ее в хроническую форму. Препарат воздействует на восприятие боли как на спинальном, так и на супраспинальном (таламическом) уровне, причем при длительном применении его обезболивающая активность увеличивается.

Миорелаксирующее действие Катадолона обусловлено блокированием передачи возбуждения на мотонейроны и промежуточные нейроны; нейропротекторное, проявляющееся в виде защиты нервных структур от токсического действия высоких концентраций ионов внутриклеточного кальция, связано с угнетением нейрональных ионных кальциевых каналов и снижением внутриклеточного потока ионов кальция. Миорелаксирующий эффект флупиртина распространяется только на спазмированные мышцы в очаге боли, поэтому его применение не сопровождается генерализованной мышечной слабостью, как при приеме миорелаксантов центрального действия.

Комбинация Катадолона с НПВП усиливает анальгетические эффекты последних, что позволяет уменьшить их дозу. Препарат не вызывает зависимости и привыкания и в отличие от НПВП не оказывает негативного влияния на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. Следует отметить, что данная комбинация влияет на всю патогенетическую цепочку патологического процесса, но в отличие от ранее используемых сочетаний способствует прерыванию хронизации и более безопасна.

Эффективность Катадолона продемонстрирована в многочисленных рандомизированных

контролируемых исследованиях, в большинстве из которых препарат применялся при дегенеративных заболеваниях позвоночника и миофасциальном синдроме [4]. Показано, что флупиртин проявляет выраженный обезболивающий эффект, уменьшает исходно повышенный мышечный тонус [5]. Хорошие результаты лечения были достигнуты при назначении указанного лекарственного средства пациентам с остеопорозом, страдающим болями в позвоночнике [6].

Катадолон выпускается в капсулах по 100 мг, которые принимают внутрь с небольшим количеством жидкости (100 мл). Доза и длительность терапии зависят от интенсивности и динамики болевого синдрома, переносимости препарата. Суточная доза составляет 300–400 мг, максимальная суточная доза – 600 мг. У пациентов с выраженными признаками почечной недостаточности, нарушением функции печени, гипотальбуемией суточная доза не должна превышать 300 мг. Длительность курсового лечения препаратом составляет не менее 2 нед.

Из нежелательных реакций при применении Катадолона возможны общая слабость, головокружение, головная боль, тошнота, рвота, аллергические реакции, повышение активности печеночных трансаминаз. Перечисленные побочные эффекты, как правило, носят транзиторный характер. В целом препарат характеризуется хорошей переносимостью и безопасностью. В двойном слепом исследовании было показано, что нежелательные явления на фоне приема Катадолона встречаются в 3 раза реже в сравнении с таковыми при терапии трамадолом [7].

Согласно рекомендациям экспертов Германской ассоциации по изучению боли Катадолон целесообразно назначать на любом этапе

развития болевого синдрома [8]. Основным показанием для применения препарата являются боли в спине, ассоциированные с повышенным тонусом скелетной мускулатуры при воспалительных и дегенеративных заболеваниях позвоночника, – межпозвоноковый остеохондроз, деформирующий спондилез, артроз межпозвоноковых суставов, грыжи межпозвоноковых дисков, спондилолистез, миофасциальный синдром, спондилоартрит, спондилоартропатия, включая АС.

Таким образом, для купирования болевого синдрома при различной патологии позвоночника и суставов патогенетически оправданным является назначение флупиртина малеата (Катадолона), который сочетает фармакологические свойства анальгетика и миорелаксанта, характеризуется высоким профилем безопасности.

Литература

1. Sieper J., Appel H., Braun J., Rudwaleit M. Critical appraisal of assessment of structural damage in ankylosing spondylitis: implications for treatment outcomes. Arthritis Rheum 2006; 54: 678–681.
2. Dougados M., Dijmans B., Khan M. et al. Conventional treatments for ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis 2002; 61 (Suppl. III): 40–50.
3. Schuster D., Schwarz M., Block M. et al. Flupirtine: a review of its neuroprotective and behavioral properties. CNS drugs, 1997; 12: 8–13.
4. Mueller-Schwefe G. Flupirtine in acute and chronic pain associated with muscle tenseness. Results of a post-marketing surveillance study. Fortschr Med 2003; 121: 3–10.
5. Jurna I., Nickel B., Lobisch M. et al. Analgetisch und mioralaxierend: Flupirtine. Pharmazie 1992; 137 (35): 24–32.
6. Ringe J., Miethe D., Pittrow D., Wegscheider K. Analgetic Effect of Flupirtine in Primary Care of Patients with Osteoporosis Related Pain. Fortschr. Med. 2003; 53 (7): 496–502.
7. Luben V., Muller H., Lobisch M., Woz R. Treatment of cancer pain with flupirtine. Results of double-blind study versus tramadol. Fortschr Med 1994; 112 (19): 282–286.
8. Woz R., Mueller-Schwefe G., Stroehmann I. et al. Back pain: Guidelines for drug therapy. Fortschr Med. 2000; 142 (5): 27–33.

3

TEVA

Катадолон

ФЛУПИРТИН

Капсули 100 мг № 10, 30
Таблетки ретард 400 мг № 14, 42

Характеристики та лікувальні властивості лікарського засобу

■ Ненаркотичний анальгетик з ефектом міорелаксанту

■ Базова терапія болю у спині, шії та суглобах¹

Катадолон

Флупіртину малеат

10 капсул

100 мг

Катадолон ретард

Флупіртину малеат

14 таблеток пролонгованої дії

400 мг

Виробник:

ТОВ «ТЕВА УКРАЇНА», вул. Фізкультури, 30-а, офіс 200, 03680, м. Київ. Тел.: +38 044 594 70 80, факс: +38 044 594 70 81, www.teva.ua. Затверджено до друку: вересень 2012.

Інформація для використання в професійній діяльності медичними та фармацевтичними працівниками

Здоров'я України®

www.health-ua.com

13