

Боль в спине: ноцицептивная или нейропатическая? Дифференцированный подход к лечению

Боль в спине – одна из наиболее распространенных жалоб в неврологической практике, популярная тема публикаций в специализированных изданиях и выступлений на медицинских форумах разного уровня. На IV Международном инновационном симпозиуме YaltaNeuroSummit (13-16 сентября, г. Ялта) внимание слушателей привлекла лекция старшего научного сотрудника отдела неврологии и клинической нейрофизиологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, кандидата медицинских наук Алексея Николаевича Барина. Он сделал акцент на необходимости выделять два компонента болевого синдрома – ноцицептивный и нейропатический, представил интересные данные о плацебо-эффекте, дал ценные рекомендации по выбору немедикаментозных методов лечения и средств фармакотерапии у данной категории пациентов, подчеркнув преимущества Мовалиса (оригинальный мелоксикам)

– Боль в спине – одна из наиболее частых жалоб при обращении к врачу – в большинстве случаев приводит к потере трудоспособности. Согласно результатам исследования, которое было проведено в России с участием 86 тыс. пациентов, около 40% опрошенных предъявляли жалобы на боль в спине (Н.Н. Яхно, 2008).

Боль в спине может включать ноцицептивный и нейропатический компоненты. Наиболее часто (до 90% случаев) причиной возникновения ноцицептивной боли в спине становится миофасциальный болевой синдром. Также ноцицептивная боль часто сопровождается функциональными нарушениями (обратимое блокирование) межпозвоночного сустава с рефлекторными синдромами. К более редким причинам болевых ощущений в спине относят патологию межпозвоночного диска с рефлекторными и компрессионными синдромами, стеноз позвоночного канала, спондилолистез и остеопороз.

В основе механизма формирования ноцицептивной боли лежит физиология мышечного сокращения. Физиологическим является концентрическое сокращение мышц. При малоподвижном образе жизни и отсутствии адекватных физических нагрузок во время движения происходит эксцентрическое мышечное сокращение (внешняя сила воздействия на мышцу больше силы, производимой самой мышцей), что приводит к пролонгированному сокращению мышцы. Далее происходит каскад биохимических реакций, приводящий к высвобождению вазоактивных провоспалительных веществ. Патогенетическим методом лечения в данном случае является применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) таких как Мелоксикам (Мовалис), которые ингибируют фермент циклооксигеназу (ЦОГ), в результате чего происходит угнетение синтеза простагландинов – медиаторов воспаления.

Ноцицептивная боль является физиологической, сигнализирует о повреждениях и предупреждает усугубление таковых, ограничивая активность больного. В отсутствие терапии длительно существующее воспаление или радикулопатия становятся причиной формирования нейропатической боли в спине, которая является патологической, не носит защитного характера, значительно снижает качество жизни больного и усложняет выбор лечения. В основе механизма формирования нейропатической боли в спине лежит развитие центральной сенситизации. В структурах ЦНС, ответственных за проведение ноцицептивных импульсов и формирование болевых ощущений, повышается выделение возбуждающих нейротрансмиттеров (глутамата, кальцитонин-ген родственного пептида, субстанции P), происходит усиление синаптической эффективности: понижается порог активации нейронов, увеличивается число генерируемых потенциалов действия, расширяются рецепторные поля нейронов задних рогов спинного мозга. Центральная сенситизация при болях в спине может развиваться длительное время вследствие хронического воспаления, не купированного НПВП, или возникает сразу же в результате первичного повреждения соматосенсорной нервной системы. При отсутствии адекватной терапии ноцицептивной боли спустя 3-6 мес происходит сенситизация ноцицептивных структур спинного и головного мозга и боль приобретает нейропатический характер. Чаще всего это происходит при наличии у пациента латеральной грыжи межпозвоночного диска.

Наряду с уменьшением интенсивности болевых ощущений задачей лечения пациентов с болевым синдромом является предотвращение хронизации заболевания и развития побочных эффектов терапии. В данном аспекте важное значение приобретает психологический фактор в диалоге врача и пациента. Следует отметить значительную роль плацебо-эффекта, который отмечается приблизительно у 30% пациентов с жалобами на боль, о чем еще в XIX в. говорил D.D. Palmer (1845-1913). Наибольшим плацебо-потенциалом обладают такие манипуляции, как мануальная терапия, иглорефлексотерапия и, конечно же, хирургическое вмешательство. Эффективно также назначение внутримышечных и – особенно – внутривенных инъекций, поскольку в этом случае пациент внушает себе, что приносит некую жертву ради выздоровления и эта жертва не может быть напрасной. Намного меньше доверия у пациентов вызывают ректальные суппозитории и таблетированные формы лекарственных средств, тем не менее при назначении таблеток необычных форм и цвета наблюдается значительное повышение плацебо-эффекта.

Особое внимание следует уделить механизмам формирования плацебо-эффекта при применении мазей и гелей. Во время нанесения мази происходит дополнительное стимулирующее воздействие на кожу, особенно если мазь втирает эмоционально значимый человек, вследствие чего кератоциты выделяют эндорфины и энкефалины.

Симптоматическое лечение болевого синдрома включает назначение НПВП, антидепрессантов, антиконвульсантов и глюкокортикоидов. Лечение при помощи НПВП позволяет достичь снижения интенсивности болевых ощущений в 50-70% случаев. Применение неселективных ингибиторов ЦОГ (диклофенак натрия, ибупрофен, напроксен) связано с риском развития желудочно-кишечных осложнений, тогда как назначение специфических ингибиторов ЦОГ-2 (целекоксиб, эторикоксиб) позволяет значительно уменьшить риск поражения желудочно-кишечного тракта, но в то же время повышает риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений. Назначение препаратов,

которые обладают умеренной селективностью, например мелоксикам, значительно реже ассоциируется с желудочно-кишечными осложнениями, хотя при повышении дозы препарата желудочно-кишечная токсичность указанных средств становится сопоставимой с таковой неселективных ингибиторов ЦОГ.

По результатам исследования IMPROVE (Gagnier et al., 2002) с участием 8 тыс. пациентов был составлен рейтинг «терапевтического успеха» применения НПВП, первое место в котором занял мелоксикам (Мовалис), поскольку 66,8% пациентов, получавших лечение данным препаратом, закончили исследование, не нуждаясь в замене НПВП, тогда как при назначении целекоксиба, рофекоксиба и напроксена этот показатель составил 62; 53,6 и 40,8% соответственно.

Если размер грыжи межпозвоночного диска не превышает 6 мм и она не секвестрирована, повысить эффективность симптоматического лечения боли в спине позволяют малоинвазивные вмешательства. Лечение миофасциального болевого синдрома проводится при помощи блокады триггерных точек глюкокортикоидами. При фасеточном синдроме применяется радиочастотная денервация фасеточных суставов. При дискогенной радикулопатии эффективно выполнение чрескожной декомпрессии диска (лазерная вапоризация, холодноплазменная абляция), эндоскопической микродискэктомии, термопластики диска (внутридисковая электротермическая терапия, радиочастотная аннулопластика).

Эпидуральное введение глюкокортикоидов под контролем компьютерной томографии позволяет составить прогноз эффективности применения малоинвазивных методов лечения. После выполнения эпидурального введения препарата возможно сохранение обезболивающего эффекта до 2 мес; если боль возникает спустя 2 ч после манипуляции, целесообразно проведение чрескожной декомпрессии диска.

Показаниями к выполнению нейрохирургического вмешательства являются нарастающие парезы мышц и нарушение функции тазовых органов.

Отсутствие эффективности НПВП и малоинвазивных методов лечения наблюдается при формировании у пациента нейропатического болевого синдрома. В этом случае необходимо воздействовать на механизмы центральной сенситизации. Применение анестетиков, антиаритмиков и антиконвульсантов позволяет воздействовать на натриевые каналы нейронов, но очень часто приводит к возникновению побочных явлений. Блокирование калиевых и хлорных каналов возможно при помощи бензодиазепинов и барбитуратов, однако эти препараты вызывают физическую зависимость. Наиболее безопасным является применение габапентина и прегабалина, которые обладают другими механизмами регуляции выделения нейротрансмиттеров.

Патогенетическое лечение пациентов с болевым синдромом направлено на восстановление функции нервных волокон. Доказано, что витаминный комплекс включающий витамины B₁, B₆ и B₁₂, обладает нейротропной активностью.

Было проведено сравнительное рандомизированное исследование эффективности применения комплекса витаминов группы B (О.С. Левин, 2009). Пациенты основной группы (n=19) принимали НПВП в комплексе с витаминами B₁, B₆ и B₁₂, а пациентам контрольной группы (n=19) был назначен только НПВП. У большинства участников, которые принимали НПВП в комплексе с витаминами группы B (B₁, B₆ и B₁₂), наблюдалось достоверное снижение интенсивности болевых ощущений на 10-й день терапии. У 63% пациентов основной группы



А.Н. Баринов

спустя 3 мес болевой синдром в спине отсутствовал или был минимальным, тогда как только у 50% больных контрольной группы наблюдалось снижение болевых ощущений. Таким образом, при терапии радикулопатии назначение НПВП в комплексе с витаминами группы B более эффективно, чем монотерапия НПВП.

Следует отметить, что назначение оригинальных препаратов более надежно, чем использование генериков. Возможными потерями от «выгодной» цены генерика являются необходимость назначения больших доз препарата, а также более высокий риск развития побочных эффектов, что требует проведения дополнительных диагностических исследований, коррекции осложнений и, следовательно, приводит к увеличению сроков госпитализации и повторным госпитализациям.

Важным аспектом лечения пациентов с болью в спине является назначение лечебной физкультуры (ЛФК). Ранняя активация пациента способствует более быстрому купированию болевых ощущений, а также уменьшает вероятность хронизации боли. Длительность ремиссии напрямую зависит от регулярности и качества занятий ЛФК. Следует помнить, что универсального комплекса упражнений не существует, некоторые упражнения подходят далеко не всем пациентам. Так, наклоны вперед и запрокидывание ног за голову приводят к резкому увеличению нагрузки на мышечно-связочный аппарат позвоночного столба, что способствует дальнейшему пролабированию дисков. При выполнении упражнений с переразгибанием позвоночного столба повышается нагрузка на фасеточные суставы, что может способствовать секвестрации. Стойка на голове или лопатках также влечет за собой повышение осевой нагрузки на соответствующий отдел позвоночного столба. Следует также отметить, что плавание, которое мы часто рекомендуем своим пациентам, оказывает положительное влияние на позвоночный столб только при соблюдении правильной техники: опускание головы в воду на выдох и выныривание для вдоха. Постоянное удерживание головы над водой приводит к повышению нагрузки на фасеточные суставы, гипертонусу разгибателей шеи и, следовательно, отсутствию эффекта разгрузки и улучшения трофики.

Таким образом, своевременное назначение НПВП, комплекса витаминных препаратов и адекватного комплекса ЛФК позволяет избежать развития нейропатического компонента боли в спине и ее хронизации. При выборе НПВП следует отдавать предпочтение оригинальным препаратам (мелоксикам, Мовалис), что позволит достичь максимального эффекта терапии болевого синдрома при хорошей переносимости.

Подготовила Елена Украинец

