

# Боль в нижней части спины: роль визуализирующих методов диагностики и современные терапевтические подходы

5-9 февраля в г. Яремче состоялась V международная школа-семинар «Заболевания костно-мышечной системы и возраст», в рамках которой были рассмотрены ключевые аспекты возрастных изменений опорно-двигательного аппарата. Традиционно обсуждались вопросы лечения боли в нижней части спины, распространенность которой продолжает оставаться на очень высоком уровне. Президент Украинской ассоциации остеопороза, президент Украинской ассоциации менопаузы, андропаузы и заболеваний костно-мышечной системы, руководитель отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата ГУ «Институт геронтологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Владислав Владимирович Поворознюк акцентировал внимание участников семинара на роли визуализирующих методов диагностики и терапевтических подходах при боли в нижней части спины.

— Многие врачи считают, что с помощью визуализирующих методов обследования можно всегда найти причину боли в нижней части спины и поставить диагноз. Обнаруживая на рентгенограмме остеофиты или другие патологические признаки, врач сразу рассматривает эти изменения как причину боли в спине. Однако хочу подчеркнуть, что в подавляющем большинстве случаев визуализирующие методы не позволяют выяснить истинную причину боли в спине и поэтому не должны использоваться как основной инструмент для установления диагноза. Этот вывод подтверждается результатами скандинавского исследования S. Vigos, в котором с помощью визуализирующих методов диагностики оценивали состояние межпозвоночных дисков у практически здоровых лиц в возрасте от 15 до 70 лет, не предъявлявших на момент обследования жалобы на боль в спине. Оказалось, что приблизительно у 15% подростков в возрасте 15 лет уже имеются выраженные изменения со стороны позвоночника, включая пролапс межпозвоночного диска. С возрастом частота изменений прогрессивно возрастала, составив 30% в группе лиц 30 лет, 65% — у лиц 40 лет, 100% — у лиц старше 70 лет. Но повторюсь, что никто из них не предъявлял жалобы на боль в спине. Остеофиты или пролапс межпозвоночного диска, выявляемые при рентгенологическом исследовании или МРТ, могут бессимптомно существовать длительное время и достаточно редко являются непосредственной причиной боли. В действительности около 70% случаев боли в нижней части спины приходится на идиопатическую боль, возникающую в результате перенапряжения или переохлаждения.

Попытки связать боль в спине с найденными с помощью визуализирующих методов обследования изменениями позвоночника становятся причиной излишней хирургической активности. При этом хирургические вмешательства не всегда являются оправданными. Так, исследователи из Стенфордского университета показали, что увеличение количества МРТ-центров и соответствующий рост количества направлений на это исследование привели к повышению частоты хирургических вмешательств, в том числе необоснованных (J.D. Baras et al., 2009).

Таким образом, результаты визуализирующих методов обследования не являются достоверным диагностическим критерием причины боли в спине. Но это не значит, что эти методы не следует применять при боли в нижней части спины. Они обязательно должны применяться с целью исключения таких причин боли в спине, как опухоли, переломы позвонков и др. Напомним, что у лиц пожилого возраста переломы тел позвонков, обусловленные остеопорозом, являются одной из частых причин боли в спине, приблизительно в 40% случаев эти повреждения остаются недиагностированными.

Традиционно считается, что причиной боли в спине является раздражение ноцицепторов синувтертебрального нерва при повреждении межпозвоночного диска. На самом деле в формировании спинальной боли помимо ноцицептивной важную роль играет нейрогенный механизм. Без учета нейрогенной составляющей боли в нижней части спины лечение таких пациентов будет неполным и менее эффективным. Напомним, что нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) оказывают влияние на ноцицептивный, но не нейрогенный компонент боли. В отношении нейрогенной составляющей боли эффективны антиконвульсанты (габепентин). Использование

этих препаратов позволяет добиться более значительного снижения интенсивности болевого синдрома.

Тем не менее основной группой препаратов в лечении боли в нижней части спины остаются НПВП. Но назначая эти лекарственные средства, следует учитывать, что эти препараты обладают широким спектром побочных эффектов, среди которых наиболее частыми являются НПВП-индуцированные гастропатии, кардиоваскулярные осложнения, медикаментозное повреждение суставного хряща. Первые две группы побочных эффектов связаны преимущественно с ингибированием той или иной изоформы фермента циклооксигеназы — ЦОГ-1 или ЦОГ-2. В зависимости от того, какие изоформы ЦОГ подавляет препарат, выделяют неселективные (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), селективные НПВП (только ЦОГ-2) и препараты с промежуточной активностью (в большей степени влияют на ЦОГ-2, чем на ЦОГ-1).

Основной причиной нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта является блокада фермента ЦОГ-1 в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, что сопровождается нарушением синтеза простагландинов, оказывающих гастропротекторный эффект. Вопрос минимизации риска желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) приобретает особую актуальность у пациентов пожилого возраста, поскольку у данной категории больных на фоне приема НПВП риск геморрагических осложнений возрастает более чем в 10 раз по сравнению с лицами более молодого возраста. По данным J.M. Sager et al. (2001), частота госпитализаций по поводу ЖКК среди пациентов 75 лет, получающих НПВП, превышает 10 случаев на 1 тыс. в год. Поэтому применять неселективные НПВП у пожилых пациентов следует с осторожностью.

Селективные ингибиторы ЦОГ-2, на которые возлагались большие надежды относительно снижения частоты побочных эффектов, на практике оказались не очень безопасными. Согласно результатам проспективного многоцентрового рандомизированного плацебо-контролируемого исследования APPROVe с участием 2600 пациентов длительный прием рофекоксиба привел к достоверному повышению относительного риска подтвержденных кардиоваскулярных осложнений — инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта. Результаты ретроспективного когортного анализа безопасности применения селективного ингибитора ЦОГ-2 рофекоксиба за период 1998-2004 гг. продемонстрировали увеличение в 4,26 раза риска повторного ИМ при приеме этого препарата.

Таким образом, в настоящее время предпочтение отдается препаратам промежуточной группы, которые обладают умеренной селективностью относительно ЦОГ-2. Они характеризуются меньшей активностью в отношении «физиологической» ЦОГ-1, чем неселективные НПВП, что позволяет сократить риск желудочно-кишечных осложнений, но в то же время характеризуются лучшим кардиоваскулярным профилем безопасности, чем селективные ингибиторы ЦОГ-2. Хорошо известным лекарственным средством из этой промежуточной группы является этодолак, представленный на украинском рынке препаратом Этол Форт («Нобель»).

Доказано, что применение этодолака у пациентов, перенесших ИМ, не повышает риск повторного ИМ (J.J. Warner et al., 2008). В то же время благодаря умеренной селективности в отношении ЦОГ-2 этодолак реже, чем неселективные НПВП вызывает желудочно-кишечные

осложнения (R.A. Weideman et al., 2004). Таким образом, этодолак следует отдавать предпочтение у пациентов с повышенным риском ассоциированных с приемом НПВП желудочно-кишечных и кардиоваскулярных осложнений.

Важным преимуществом этодолака в сравнении с другими НПВП является быстрое начало анальгезии. После перорального приема препарата Этол Форт в дозе 400 мг выраженный анальгетический эффект развивается уже через 30 мин и продолжается 12 часов. При применении других НПВП (кетопрофена, напроксена, пироксикама) этот эффект развивается только к концу первого часа (W.P. Raumer, 1995).

Этодолак отличается от большинства других НПВП способностью поддерживать целостность матрикса гиалинового суставного хряща при воспалительных заболеваниях суставов за счет блокирования негативного влияния интерлейкина-1 на метаболические процессы в костной и хрящевой ткани. Данное свойство препарата было показано in vitro и in vivo в исследованиях, проведенных у пациентов с артритом (Goldring et al., 1990). Применение этодолака улучшает прогноз при ревматических заболеваниях за счет увеличения синтеза коллагена II типа (в дозах



В.В. Поворознюк

0,3-300 нмоль/л), тогда как прием таких препаратов, как индометацин (0,3-300 нмоль/л), наоборот, ухудшает его синтез.

Этол Форт показан к применению при болевом синдроме различной этиологии, острым воспалением и ревматических заболеваниях в дозе 400 мг 2 раза в день. Максимальная суточная доза составляет 1200 мг.

Лечение боли в спине было бы неполным и менее эффективным без назначения миорелаксантов (центрального или периферического действия). Эти лекарственные средства разрывают порочный круг «спазм-боль-спазм» и улучшают кровоснабжение в спазмированных мышцах. В качестве препарата выбора может быть рекомендован толперизона гидрохлорид. В отличие от других миорелаксантов этот препарат не нарушает концентрацию внимания. Комбинация миорелаксантов и НПВП при боли в спине не только снижает выраженность болевого синдрома, но и значительно улучшает психоэмоциональное состояние пациентов.

Важное значение в терапии боли в нижней части спины имеет также назначение комплексных препаратов витаминов группы В, играющих большую роль в поддержании нормального функционирования нервной системы, и модифицирующих препаратов замедленного действия (глюкозамин, хондроитинсульфат).

Подготовил Вячеслав Килимчук



Селективний інгібітор ЦОГ-2

# ЕТОЛ ФОРТ

Этодолак 400 мг

ПЕРЕМОГА НАД БОЛЕМ

30 хвилин

- ◆ Швидка анальгетична дія
- ◆ Виражена протизапальна активність
- ◆ Ефективний для купірування післяопераційного болю
- ◆ Високий профіль безпеки

За додатковою інформацією звертайтеся до Представництва «Нобель Ілч»: Україна, 04074, м. Київ, вул. Автозвездська, 2, 2 поверх, 8 поверх. Тел.: (044) 586-20-64, факс: (044) 586-20-65, www.nobel.com.ua, www.nobel.com.tr