

Н.К. Свиридова, д.м.н., професор, завідувач кафедри неврології і рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Диференційна діагностика та тактика лікування пацієнтів з болем у нижній частині спини

Біль у нижній частині спини (БНС) є важливою соціальною та економічною проблемою. Поширеність БНС у Франції, наприклад, оцінюється в діапазоні від 15 до 45%, у США в дорослих людей у віці 20–69 років становить 13,1%, в Італії – 5,91%. Поширеність гострого і хронічного БНС у дорослих зростає вдвоє за останні десятиліття і продовжує стрімко зростати як у чоловіків, так і жінок у всіх етнічних групах. Діагностична оцінка пацієнтів із БНС може бути дуже складною і потребує особливих клінічних рішень. Відповідаючи на питання щодо причин виникнення болю серед кількох структур, які потенційно беруть участь у формуванні БНС, слід зважити на ключові фактори розвитку цієї патології, оскільки неправильно встановлений діагноз може призвести до терапевтичних помилок.

Біль у спині можна розділити на дві великі групи: *вертеброгенного* (дегенеративного, травматичного, запального, неопластичного та іншого характеру ураження хребців) і *невертеброгенного генезу* (розтягнення зв'язок і м'язів, міофасціальні синдроми, фіброміалгія, соматичні захворювання, психогенні чинники тощо). З-поміж безсередніх причин вертеброгенного болю, спричиненого дегенеративними змінами хребта, найчастіше трапляються такі стани: грижа диска, спондилоз, спондилоартроз, нестабільність хребта, спондилолітез, стеноз хребетного каналу, анкілозуючий гіперостоз, дисцит, остеопороз.

Кількісна та якісна оцінка болю

Проблема вивчення больового феномену полягає в складності об'єктивного аналізу больового відчуття. Прикладом суб'єктивної оцінки болю є візуальна аналогова шкала (ВАШ). Для встановлення правильного діагнозу і визначення тактики лікування потрібне ретельне вивчення скарг пацієнта і історії захворювання. При обстеженні хворих передусім треба виключити серйозну патологію, яка потребує негайних спеціальних медичних втручань (перелом хребта, пухлина, інфекція, захворювання внутрішніх органів та ін.). Американська колегія лікарів та Американське товариство болю (2007 р.) виділили низку тривожних факторів (т. зв. червоних прапорців), виявлення яких у хворого може свідчити про «серйозну» патологію: посилення болю вночі; лихоманка та нез'ясована втрата ваги тіла; нещодавня травма; онкологічний процес в анамнезі; порушення функції тазових органів; прогресуючий неврологічний дефіцит; порушення ходи; фактори ризику спинальної інфекції.

В Європейських рекомендаціях з обстеження пацієнтів із БНС відзначається, що в більшості випадків, коли є типова клінічна картина люмбаго, люмбалгії або міофасціальних болів і немає симптомів т. зв. «червоних прапорців», не потрібно додаткових методів обстеження. Велике значення має оцінка психосоціальних факторів, особливо в пацієнтів із частими

повторними епізодами болю в нижній частині спини. У разі наявності симптомів «небезпеки» необхідними є додаткові дослідження, які найчастіше можна здійснити в амбулаторних умовах. Залежно від скарг, анамнезу і даних клінічного огляду для підтвердження можливої причини больового синдрому, а також для виключення вторинних уражень хребта і хребетних тканин (пухлина, спондиліт, абсцес тощо) у більшості випадків потрібно провести додаткові інструментальні та/або лабораторні дослідження: спондилографію, комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію, радіоізотопне сканування, мієлографію, дослідження ліквору, електронейроміографію.

Диференційна діагностика

Вертеброгенний больовий синдром необхідно диференціювати з низкою захворювань і станів, що мають інші причини і механізми виникнення, а тому й інший підхід до лікування. Насамперед до цих захворювань належать: міофасціальні, м'язово-скелетні, сихогенні болі, невропатичні болі, викликані ураженням периферичних нервів, відображені болі при захворюваннях внутрішніх органів (серця, легень, плеври, шлунково-кишкового тракту, органів малого тазу), відображені болі при ураженні синовіальних оболонок, сухожиль, зв'язок, суглобів, навколосуглобових тканин (плечолопатковий періартрит, коксартроз, сакроіліїт), пухлини.

Лікування

Тактика лікування пацієнта з БНС, заснована на принципах доказової медицини, включає: інформування пацієнта про причини болю в спині і, як правило, її доброякісну природу; виключення ліжкового режиму із забезпеченням достатнього рівня повсякденної активності; призначення лікування з доведеною ефективністю (у першу чергу для усунення болю); корекцію тактики ведення при її неефективності в період 4–12 тижнів.

Відповідно до міжнародних рекомендацій, у лікуванні БНС найефективнішими є нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), трициклічні антидепресанти, психотерапія, лікувальна фізкультура, мануальна терапія.

Виходячи з практичних рекомендацій щодо ведення БНС, більшість міжнародних експертів вважає обов'язковим застосування НПЗП для купування БНС, які мають високий знеболюючий ефект і являють протизапальну дію. Серед НПЗП застосовуються лорноксикам, диклофенак, індометацин, напроксен та інші лікарські засоби. Серед селективних інгібіторів циклооксигенази-2 можна використовувати мелоксикам або цефекоксид. Однак ризик шлунково-кишкових розладів, порушення згортання крові та зниження ниркової функції може обмежити використання НПЗП у деяких пацієнтів.

Серед НПЗП виділяють лорноксикам, який в Україні представлений препаратом Ларфікс, виробник «Кусум Хелтхкер ПВТ ЛТД» (Індія).

Лорноксикам (Ларфікс) поєднує в собі високий терапевтичний потенціал оксикамів з поліпшеним профілем шлунково-кишкової токсичності в порівнянні з іншими препаратами цього класу. Це, ймовірно, пов'язано з коротким періодом напіврозпаду лорноксикаму (3–5 годин) у порівнянні з іншими оксикамами. Лорноксикам пригнічує синтез простагландинів (інгібування ферменту циклооксигенази), що призводить до десенсибілізації периферичних ноцицепторів і пригнічення



Н.К. Свиридова

запалення. Також лорноксикам характеризується центральною дією на ноцицептори, незалежно від протизапального ефекту. Лорноксикам не впливає на життєво важливі функції (наприклад, температуру тіла, частоту дихання, частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск, ЕКГ, спірометрію).

Для визначення ефективності НПЗП у дослідженні W. Hergmann (2009) оцінювали ефективність і безпеку лорноксикаму в порівнянні з плацебо і диклофенаком при гострому болю в спині: аналіз рандомізованого подвійного сліпого багатоцентрового у паралельних групах дослідження. Було обстежено 164 пацієнтів з гострим радикулітом, у лікуванні яких використовували лорноксикам 8–24 мг/добу, диклофенак 100–150 мг/добу або плацебо. Первинною кінцевою точкою була різниця в інтенсивності болю від вихідного рівня до 6 годин після першої дози досліджуваного препарату та зниження інтенсивності болю за 4 доби. Був зроблений висновок, що знеболююча ефективність лорноксикаму перевищує плацебо і схожа з диклофенаком при гострому радикуліті. Таким чином, лорноксикам можна широко використовувати, враховуючи менший профіль шлунково-кишкової токсичності в порівнянні з диклофенаком.

У дослідженні С. Hillstrom (2013) був представлений аналіз фармакологічного лікування гострого больового синдрому як при БНС, так і при післяопераційному болю. Було проаналізовано велику кількість клінічних досліджень, що підтверджують ефективність лорноксикаму та його перевагу в порівнянні з парацетамолом; доведено, що його результативність не нижча, ніж у інших НПЗП. Також зазначено, що ефективність лорноксикаму зазвичай зрівняна з такою при застосуванні стандартних клінічних доз опіоїдів. Лорноксикам 8 мг 2 р/добу є рекомендованою ефективною альтернативою НПЗП для використання як мультимодальна анальгезія в дорослих.

Препарат Ларфікс має такі показання: короточасне лікування гострого болю слабкого та помірного ступеня; симптоматичне полегшення болю і запалення при остеоартриті; симптоматичне полегшення болю і запалення при ревматоїдному артриті. Таблетки Ларфікс приймають перорально, запиваючи достатньою кількістю води. Для всіх пацієнтів відповідний режим дозування повинен ґрунтуватися на індивідуальній відповіді на лікування. При БНС рекомендована доза лорноксикаму становить 8–16 мг/добу, розділена на 1–2 прийоми. Максимальна рекомендована добова доза – 16 мг.

Таким чином, гострий біль у нижній частині спини є актуальною проблемою. Доцільно інформувати пацієнта про сприятливий прогноз захворювання і для зниження інтенсивності болю використовувати НПЗП. Включення в терапію лорноксикаму може сприяти більш швидкому одужанню, зменшенню дози НПЗП і пов'язаних з їхнім прийомом побічних ефектів. Для запобігання повторному болю в нижній частині спини рекомендуються уникнення статичних перевантажень та лікувальна гімнастика.

Список літератури знаходиться в редакції.

Ларфікс

Лорноксикам 8 мг

БІЛЬ

ЯК ВІТРОМ
ЗДУЛО!

СИЛА
ТА ШВИДКІСТЬ

СИМПТОМАТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

Виробник: «Кусум Хелтхкер ПВТ. ЛТД»
тел.: 0(44) 495-82-88
www.kusumhealthcare.com

Офіційний дистриб'ютор:
ТОВ «Гледфарм ЛТД»
тел.: 0(44) 495-82-88
www.gledpharm.com

Інформація про лікарський засіб для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.
ЛАРФІКС (LARFIX)® РП, МОЗ України № UA/12330/01/01, № UA/12330/01/02.
Склад. Діюча речовина: лорноксикам. 1 таблетка містить 8 мг лорноксикаму.
Лікарська форма. Таблетки, вкриті оболонкою. Фармакотерапевтична група. Нестероїдні протизапальні засоби, включаючи ацетилсаліцилову кислоту; тяжка форма серцевої недостатності; шлунково-кишкові кровотечі, церебрально-судинні кровотечі або інші гематологічні порушення; активна пептична виразка або рецидивні пептичні виразки/кровотечі в анамнезі; тяжка форма печинкової недостатності; тяжка форма ниркової недостатності. Спосіб застосування та дози. При помірно або значно вираженому больовому синдромі рекомендується доза 8–16 мг на добу, розподілена на 2–3 прийоми. Побічні реакції. Вважається, що приблизно у 20% пацієнтів можуть виникати побічні явища. Найчастіші побічні явища, які є загальними для всіх інших нестероїдних протизапальних засобів, пов'язані з порушеннями травного тракту: шлунково-кишкові виразки з перфорацією кишечника, що можуть бути тяжкими, нудота, блювання з кров'ю, діарея, метеоризм, запор, диспепсія, біль у животі, мелена, виразковий стоматит, загострення коліту та хвороби Крона. Рідше спостерігалися гастрити. Категорія відпуску. За рецептом. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату.