

Келтикан

Искусство восстановления

- Стимулирует регенерацию миелиновой оболочки¹⁻³
- Восстанавливает проведение нервного импульса¹⁻³
- Улучшает дозревание и регенерацию аксонов⁴



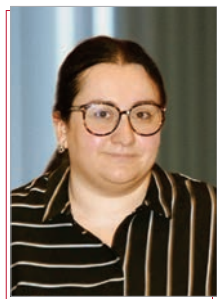
Действующее вещество: цитидин-5'-динатрия монофосфат, уридин-5'-тринатрия трифосфат, уридин-5'-динатрия дифосфат, уридин-5'-динатрия монофосфат. **Лекарственная форма.** Капсулы твердые. **Фармакотерапевтическая группа.** Средства, применяемые при заболеваниях нервной системы. **Фармакологические свойства.** Активность Келтикана обеспечивают фосфатные группы, необходимые для объединения моносахаридов с церамидами для образования цереброзидов и фосфатных кислот, которые являются основой сфингомиелина и глицерофосфолипидов. Сфингомиелин и глицерофосфолипиды являются основными компонентами миелиновой оболочки. При применении препарата Келтикан достигается увеличение трофических способностей для дозревания и регенерации аксонов нервной ткани. **Показания.** Лечение невротических костно-суставного (ишиас, радикулит), метаболического (диабетическая, алкогольная полинейропатии), инфекционного (опоясывающий лишай) происхождения, а также воспаление лицевого нерва, тройничного нерва, межреберной невралгии и люмбагии. **Побочные реакции.** Возможно возникновение реакций гиперчувствительности. **Категория отпуска.** По рецепту. **Производитель:** «Феррер Интернациональ, С.А.», Испания. **Р. с. МЗ Украины:** №UA/10643/01/01. Полная информация содержится в инструкции по медицинскому применению препарата. Информация для медицинских и фармацевтических работников, для размещения в специализированных изданиях для медицинских учреждений и врачей и для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах по медицинской тематике.

ООО «Такеда Украина»: 03150, г. Киев, ул. Красноармейская, 55-Г, тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929, www.takeda.ua

1. Gerbershagen H.H. Pharmakotherapie im Bereich des peripheren Nervensystems. TW Neurologie/Psychiatrie 6 (1991) 21–23.
2. Moses E.K. et al. Small molecular weight RNAs: altered metabolism in regenerating nerve. Biochem. Int 5 (1982) 177–184.
3. Watting B. et al. Nukleotide beschleunigen die Nervenregeneration, Z. Klin. Med. 46 (1991) 1371–1373.
4. Инструкция по медицинскому применению препарата Келтикан.

Комплексное лечение дорсалгий: синергический эффект нестероидных противовоспалительных препаратов и нуклеотидов

Боль в спине является одной из наиболее частых причин обращения пациентов к неврологу. Несмотря на столь широкую распространенность данного состояния, врачи нередко совершают диагностические ошибки. В этом нет ничего удивительного, поскольку число заболеваний, проявляющихся дорсалгией, достаточно большое, а локализация патологического процесса часто не совпадает с проекцией боли. Кроме того, успех терапии зависит от правильности выбора препарата или комбинации лекарственных средств, своевременности их назначения и др. Не удивительно, что вопросам ведения пациентов с дорсалгией уделяют большое внимание на неврологических и междисциплинарных форумах. Не стала исключением XVIII Международная конференция «Мультидисциплинарные подходы в неврологии», которая проходила в апреле этого года в г. Трускавце. С докладами ведущих отечественных специалистов, занимающихся проблемой дорсалгий, мы предлагаем ознакомиться нашим читателям.



Ассистент кафедры невропатологии и нейрохирургии Харьковской медицинской академии последипломного образования Тамара Хачатуровна Михаелян посвятила свой доклад анатомическим аспектам боли в нижней части спины.

Докладчик подчеркнула, что существует достаточно много причин дорсалгии. Источником болевой импульсации могут быть скомпрометированные межпозвоночные диски, позвонки, нервы, спинномозговые узлы, твердая мозговая оболочка, фасеточные суставы, мышцы, связки, фасции. Однако основная доля клинических случаев дорсалгий обусловлена миофасциальной болью. В данном случае именно мышцы участвуют в формировании триггеров болевого синдрома в нижней части спины, поэтому знание точек их фиксации помогает правильно локализовать место формирования триггеров и может дать четкое представление о «локации» последующего проведения терапевтических блокад.

Наиболее частым клиническим вариантом боли в спине является первичная неспецифическая боль. Кроме того, могут встречаться корешковый синдром, а также более коварная – вторичная специфическая боль, обусловленная травмами, новообразованиями, инфекциями и остеопорозом. Что касается первичной неспецифической боли, то она провоцируется преимущественно физической нагрузкой. Из-за возникновения мышечного спазма больной принимает вынужденную позу, что приводит к нарушению осанки. При пальпации можно определить локальную болезненность в области проекции позвонков, межпозвоночных щелей, паравerteбральных мягких тканей, сакроилеального сочленения, а также миофасциальные болевые триггеры.

Как отмечает докладчик, перцепция болевых ощущений – достаточно субъективное явление. Поэтому, оценивая боль в спине, рекомендуется руководствоваться шкалами, предложенными корифеем нейроортопедии Я.Ю. Попелянским. Одна из них основывается на оценочном состоянии пациента во время пальпации исследуемого участка. При 1-й степени болевого синдрома возникновение слабых выраженных ощущений ассоциируется с интенсивным давлением исследуемого участка без четкой мимической реакции. В то же время у пациентов с 3-й степенью болевого синдрома уже легкая пальпация вызывает резко выраженную боль, которая сопровождается яркой генерализованной двигательной реакцией. Кроме того, можно производить оценку боли по объему движений, где спектр ощущений колеблется от «боли нет в покое и при движениях» до «резко выраженной боли в покое».

Для точной постановки диагноза и последующего выбора лечебной тактики важно правильно определить, какой фрагмент позвоночно-двигательного сегмента (костный, дисковый или суставный) вовлечен и какой патологический процесс в нем происходит. Чаще всего неврологу приходится сталкиваться с пациентами, имеющими патологию межпозвоночных дисков – протрузии, грыжи с выпадением и их секвестрацией. Касательно процессов, которые обуславливают выявляемые изменения, нужно выделить дистрофические, воспалительные, онкологические, травматические и метаболические нарушения. Поэтому при диагностике боли в нижней части спины важно обращать внимание на определенные маркеры, помогающие в идентификации того или иного нарушения: проблемы с мочеиспусканием; снижение массы тела неясной этиологии; иммуносупрессивная

терапия в анамнезе или длительный прием глюкокортикоидов; болевой синдром, выраженность которого не уменьшается в покое; повышенная температура тела; травма в постменопаузальном или сенильном периоде.

При ведении больных с болями в нижней части спины нужно решить следующие задачи: максимально полно купировать болевой синдром, предупредить его хронизацию, провести полноценный курс реабилитационных мероприятий и обеспечить профилактику рецидива обострений. Для достижения перечисленных задач рекомендуется сочетанное применение медикаментозной терапии, лечебной физкультуры, физиотерапии.

Как отмечает докладчик, постельный режим у пациента с острой болью в спине отрицательно сказывается на результатах терапии. В то же время ранняя активизация больных позволяет достичь более быстрого регресса боли, создает оптимальные условия для реституции поврежденных тканей, ускоряет выздоровление, снижает риск инвалидизации. Важно только научить страдающего от сильной боли пациента правильно совершать движения.

Золотым стандартом для купирования острой боли в спине считаются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), терапевтическая эффективность которых обусловлена угнетением активности циклооксигеназы (ЦОГ), торможением синтеза простагландина E₂, тромбосана A₂, снижением уровня лейкотриенов, кининов, гистамина, серотонина и других медиаторов воспаления.

Среди лекарственных средств данной группы следует выделить препарат лорноксикама Ксефокам, обеспечивающий выраженный анальгетический эффект. В исследовании F. Rainer (1996) применение инъекционной формы Ксефокама у пациентов с дорсалгией позволило достичь купирования боли – к концу 4-го дня исследования у 94% испытуемых. Учитывая патомеханизм развития болевого мышечного спазма, вследствие которого возникает локальная гипоксия и ишемия с вазогенным отеком, влекущие за собой нейротоксические и нейродистрофические изменения в тканях с целью предупреждения возникновения ятрогенных инфильтратов, рекомендуется ограничить проведение внутримышечных инъекций при болях в нижней части спины. В таком случае предпочтение следует отдавать внутривенному пути введения Ксефокама либо таблетированной его форме.

Говоря об использовании НПВП, не следует забывать о детерминантах их безопасности, назначая минимально эффективную дозу препарата на минимально необходимый период. С этой позиции представляется целесообразным сочетанное применение НПВП с препаратами из других классов. К примеру, при наличии нейропатического компонента боли уменьшить курсовую дозу НПВП можно путем их комбинации с Келтиканом. В исследовании L. Negrao и соавт. (2014) было показано, что нуклеотиды, составляющие основу данного препарата, уменьшают потребление симптоматических обезболивающих средств, повышая тем самым безопасность терапии. Кроме того, нуклеотиды способствуют более быстрой регенерации миелиновой оболочки поврежденных нервных волокон.

Таким образом, комбинация двух вышеуказанных препаратов позволяет рассчитывать на выраженный анальгетический эффект, мощное противовоспалительное действие, длительное обезболивание с хорошим соотношением пользы и риска, стимулирование регенерации миелиновой оболочки и синтеза нейрональных белков, восстановление чувствительности и двигательных функций.



Продолжая тему «дорсалгии», заведующий кафедры неврологии, нейрохирургии и психиатрии Ужгородского национального университета, доктор медицинских наук Михаил Михайлович Орос подробно рассказал о синдроме дорсопоясничной петли.

Синдром дорсопоясничной петли диагностируют у 20-25% пациентов с люмбагией – преимущественно у мужчин старше 50 лет (R. Maigne, 1998).

Как и много других нейропатий, данный феномен характеризуется отличием локализации болевого синдрома и патологического очага. Он объясняется особенностями анатомического строения периферических нервов, определенные ветви которых могут отражать боль в пояснице, паху, наружной поверхности бедра. Например, ветки спинальных нервов Th11-L3 обеспечивают иннервацию задней части сакроилеального сочленения, большого вертела, поэтому патология грудопоясничного перехода Th12-L1 может имитировать люмбагию, сакроилеит, пельвикальный синдром, заболевание тазобедренного сустава. Забывая об этих особенностях, врачи часто совершают диагностические ошибки.

Следует принимать во внимание, что короткие мышцы спины, прикрепляющиеся к 12-му грудному позвонку, более склонны к спазмированию. В свою очередь, мышечный спазм может сопровождаться компрессией расположенных в межфасциальных промежутках нервных волокон с развитием так называемого туннельного синдрома.

Почему именно 12-й грудной позвонок? Именно он работает в разных плоскостях. Его нижние суставные отростки расположены в сагиттальной плоскости, а верхние – во фронтальной. Если одновременно происходит наклон вперед с поворотом туловища, позвонок Th12 испытывает колоссальную нагрузку, образно выражаясь, подвергается «разламыванию». Именно сочетание описываемых движений позвонка в разных плоскостях и приводит к развитию локального мышечного спазма.

Описываемый мышечный спазм и локальную болезненность можно определить пальпаторно, что очень помогает в диагностике синдрома дорсопоясничной петли. Часто пальпацию паравертбральных мышц проводят в положении пациента стоя, однако вследствие постурального напряжения мышц выявить их локальное напряжение и болезненность достаточно сложно. Поэтому идеальным для пальпаторного исследования считается пребывание пациента в лежачем на столе положении с расслабленным и свешенным книзу поясом нижних конечностей.

Правильно разобраться в ситуации позволяет диагностика «на периферии». В месте болевых ощущений рекомендуется выполнить «пинч-прокат». Для проведения данного теста необходимо собрать в складку кожу в зоне болезненности и прокатать ее между пальцами. При этом в определенном месте под пальцами можно почувствовать твердый валик, раскачивание которого приводит к резкому усилению болевых ощущений. Наличие описываемых симптомов также свидетельствует в пользу синдрома дорсопоясничной петли.

Немаловажную роль в процессе правильной постановки диагноза играет лечебно-диагностическая блокада. Учитывая механизм формирования боли при синдроме дорсопоясничной петли, можно предположить, что проведение блокады в месте локализации болевых ощущений не даст должного эффекта. Верность этой догадки можно наглядно продемонстрировать на примере следующего клинического случая.

Пациентка, 35 лет, достаточно длительное время (около двух лет) без существенного эффекта лечилась по поводу люмбагии. После выявления на МРТ поясничного отдела позвоночника протрузии диска L4-L5 ей была проведена лечебная блокада L4-L5, которая, впрочем, не принесла ожидаемого результата, и пациентка даже рассматривала вопрос об оперативном лечении. В последующем выполнение блокады

Продолжение на стр. 16.

Комплексное лечение дорсалгий: синергический эффект нестероидных противовоспалительных препаратов и нуклеотидов

Продолжение. Начало на стр. 15.

в месте грудопоясничного перехода позволило быстро купировать болевую симптоматику. Таким образом, болевой синдром в поясничном отделе был вызван не межпозвоночной грыжей диска L4-L5, а синдромом дорсопоясничной петли.

Следует подчеркнуть, что лечебно-диагностическая блокада у таких пациентов является как методом точной диагностики, так и лечения. Однако выполняя данную манипуляцию при подозрении на синдром дорсопоясничной петли, следует избегать введения стероидных гормонов пролонгированного действия. За счет противовоспалительного эффекта кортикостероида мы можем просто купировать симптоматику, но в таком случае теряется ее диагностический компонент. Поэтому при синдроме дорсопоясничной петли более уместным считается проведение блокады с местным анестетиком, что позволяет точно локализовать процесс и отличить его от радикулопатии, воспалительного заболевания фасеточного сустава и др.

Для лечения синдрома дорсопоясничной петли используют немедикаментозные, медикаментозные методы и хирургию. Из первых наиболее эффективными считаются лечебная физкультура, постизометрическая релаксация, физио- и бальнеотерапия. Медикаментозное лечение включает использование НПВП, миорелаксантов, блокад со стероидами и местными анестетиками.

Когда речь идет о НПВП, очень важно выбрать оптимально безопасный препарат — то есть тот, который приблизительно в равной степени обеспечивает блокаду ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Кроме того, для профилактики хронизации болевого синдрома необходимо быстрое и эффективное преодоление острой боли. Этим требованиям отвечает препарат Ксефокам, который наряду с высокой безопасностью обеспечивает быстрый и выраженный анагетический эффект.

У пациентов с синдромом дорсопоясничной петли нет необходимости в длительном приеме НПВП. В таких случаях они работают как «простой» анагетик, который должен снять боль, поскольку здесь не идет речь о хроническом воспалении. Важным моментом в борьбе с хронизацией боли является улучшение микроциркуляции и стимулирование регенерации нервных волокон, поскольку даже после успешного устранения туннельного синдрома функция длительное время может оставаться нарушенной. С целью ремиелинизации нерва рекомендуется назначить препарат Келтикан. Входящие в него нуклеотиды необходимы для образования сфингомиелина и глицерофосфолипидов (основных структурообразующих компонентов миелиновой оболочки), они принимают участие во всех этапах регенерации нерва (пролиферация и репликация шванновских клеток, их миграция, а также адгезия к аксону). Необходимо изначально объяснить пациенту, что регенерация нервов является процессом длительным, поэтому продолжительность приема препарата должна составлять несколько месяцев.

Интересным видится и прямой антиноцицептивный эффект Келтикана. В своем исследовании Н. Goldberg и соавт. (2009) показали, что у пациентов, страдающих от компрессионного поражения нервов, добавление нуклеотидов к стандартной терапии позволяет уменьшить боль и улучшить функциональную активность. Важно отметить, что прием Келтикана улучшает качество жизни таких пациентов. К тому же нуклеотиды уменьшают потребность в использовании НПВП, улучшая тем самым профиль безопасности комплексной терапии (L. Negrão, 2014).



К одной из редких и труднодиагностируемых причин боли в нижней части спины относится поражение крестцово-подвздошного сочленения. Случай сложного диагностического поиска причины дорсалгии в рамках своего доклада «Сacroилеит: диагностические капканы» представила доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика Татьяна Николаевна Слободина.

Пациент, 53 года, обратился с жалобами на продолжительную, преимущественно одностороннюю боль

в пояснично-крестцовой области, которая иррадиировала в ягодицу и распространялась вниз по задней поверхности бедра, вызывая ограничение подвижности при наклоне вперед. На МРТ — протрузия диска L5-S1 до 0,8 мм, соответствующая стороне боли. При оценке неврологического статуса рефлекторных и чувствительных изменений не было выявлено. При пальпации крестцово-подвздошного сочленения отмечалась выраженная болезненность, положительным оказался тест на наличие сacroилеита (в положении пациента на животе разгибание бедра при фиксации таза другой рукой).

Предположение о сacroилеите подтвердилось рентгенологически — на КТ-снимках вместе с признаками воспаления крестцово-подвздошного сустава были выявлены округлые очаги деструкции в губчатом веществе подвздошной кости. Эта находка повела рентгенологов по пути исключения миеломной болезни и метастатического процесса. После гематологического исследования и проведенной стерильной пункции данное предположение не подтвердилось.

Дальнейшая диагностика была направлена на поиск инфекционного агента, способного вызывать поражение суставов. Выяснилось, что за полгода до появления болевого синдрома пациент перенес энтероколит. Возникло предположение о возможном бруцеллезе или иерсиниозе, который часто манифестирует с энтеральной фазы. Иммунологические тесты подтвердили наличие антител к иерсинии.

Однако причины сacroилеита этим не ограничиваются. Сacroилеит (воспалительный процесс в крестцово-подвздошном суставе) может быть как самостоятельным заболеванием, так и симптомом других болезней инфекционного или аутоиммунного характера.

Чаще сacroилеит развивается с одной стороны, но может иметь и двусторонний характер (например, при бруцеллезе, болезни Бехтерева). В зависимости от распространенности воспалительного процесса выделяют следующие виды сacroилеитов: синозит, остеоартрит и панартрит. По характеру воспаления сacroилеит бывает неспецифическим, специфическим (сифилитический, туберкулезный, бруцеллезный, иерсиниозный), асептическим (аутоиммунный), а также может иметь неинфекционную природу, когда поражение обусловлено дегенеративно-дистрофическими процессами в области сустава или воспалением крестцово-поясничной связки.

Двусторонний сacroилеит имеет особое диагностическое значение при болезни Бехтерева. Характерная рентгенологическая картина обеспечивает раннюю постановку диагноза и позволяет начать лечение в максимально благоприятный для этого период. На начальных стадиях болезни Бехтерева рентгенологической картине присущи очаги субхондрального остеопороза, делающие контуры сочленений нечеткими, из-за чего создается ложное представление о диффузном или очаговом расширении суставной щели. В дальнейшем развивается эрозивное субхондральное кости, отчего края сочленения делаются неровными. Со временем суставная щель суживается вплоть до ее полного исчезновения и образования анкилоза.

Важно отметить, что у более чем 90% больных с болезнью Бехтерева обнаруживается наличие HLA B27 (HLA — Human Leukocyte Antigen), что, очевидно, свидетельствует о генетической детерминированности процесса. Кроме того, в развитии заболевания важную роль могут играть приобретенные факторы, главным образом инфекция. В последнее время дискуссия развивается вокруг потенциального провокатора этого серьезного прогрессирующего рецидивирующего аутоиммунного заболевания — микроорганизмов кишечной группы, в частности *Klebsiella pneumoniae*.

Болезнь Бехтерева требует дифференциальной диагностики с дегенеративными заболеваниями позвоночника (ДЗП) — остеохондрозом, спондилезом. Различить эти состояния помогают некоторые особенности их течения. Так, болезнь Бехтерева развивается в основном у молодых мужчин, тогда как ДЗП, несмотря на тенденцию к омоложению, возникает после 35-40 лет. Примечательно, что при болезни Бехтерева боли усиливаются в состоянии покоя или при длительном пребывании в одной позе (особенно во второй половине ночи), тогда как при ДЗП болевой компонент возникает или усиливается после физической нагрузки или в конце рабочего дня.

Один из ранних признаков болезни Бехтерева — напряжение мышц спины, постепенная их атрофия и тугоподвижность позвоночника. Вместе с тем при ДЗП ограничение движения наступает на высоте боли, а ее купирование позволяет восстановить подвижность позвоночника.

Следует помнить, что характерные для ранней стадии болезни Бехтерева рентгенологические признаки поражения крестцово-подвздошного сустава не встречаются при ДЗП. Ранняя диагностика болезни Бехтерева имеет исключительно важное значение, так как при этом заболевании не ограничение движений, а именно правильно спланированная двигательная активность позволяет предотвратить быстроразвивающиеся необратимые суставные изменения в виде анкилозов.

Особое внимание следует уделить инфекционному поражению крестцово-подвздошного сочленения, поскольку при выяснении этиологии поражения довольно часто возникают диагностические трудности.

Помочь диагностировать туберкулезное поражение крестцово-подвздошного сустава позволяет рентгенологическое исследование. Выраженный воспалительный процесс на рентгенограмме выглядит как массивная деструкция в области подвздошной кости или крестца. Секвестры могут занимать треть и более пораженной кости. При этом контуры сустава размыты, края изъедены. В некоторых случаях наблюдается частичное или полное исчезновение суставной щели.

Сифилитический сacroилеит, который чаще всего встречается на третичной (гуммозной) стадии болезни, отличается тем, что проявляется ночными болями, имеющими разлитой характер. Рентгенологическая картина пораженного сустава оказывается не всегда информативной, поскольку изменения могут быть незначительными, достигая выраженности со временем.

Еще менее патогномичные признаки поражения крестцово-подвздошного сочленения можно увидеть на рентгенограмме у больных на ранних стадиях бруцеллезного сacroилеита, который, как правило, имеет двусторонний характер. Данное состояние очень часто может маскироваться под ДЗП, когда больного беспокоит боль при ходьбе, спуске по лестнице, ригидность, скованность движений. В таких случаях установление диагноза часто помогает эпидемиологический анамнез.

Когда речь заходит о сacroилеите, обусловленном иерсиниозом, следует помнить, что данному инфекционному антропозооному заболеванию присуща энтеральная фаза. Дальше в своем течении болезнь может проходить генерализованную, регионарную, вторичноочаговую и аллергическую стадии с обострениями и возможным развитием мезаденита, инфекционно-аллергического миокардита, узловой эритемы, увеита.

Успешность лечения специфического сacroилеита напрямую зависит от назначения этиотропной терапии. В то же время выраженный и стойкий болевой синдром, независимо от причины его возникновения, требует эффективных мероприятий по его купированию. В большинстве случаев лечебная тактика может требовать продолжительного применения противовоспалительной терапии НПВП. Кроме того, необходимость длительного применения препарата выдвигает повышенные требования к его безопасности. В связи с этим целесообразным выглядит назначение лорноксикама, который равномерно ингибирует ЦОГ-1 и ЦОГ-2, что приводит к существенному снижению риска как гастроинтестинальных, так и кардиоваскулярных осложнений. В ряде других исследований было показано, что препарат лорноксикама Ксефокам обеспечивает выраженное противовоспалительное и анагетическое действие при низкой частоте побочных эффектов (Antman et al., 2007; J. Pleiner et al., 2009).

Сочетание выраженного обезболивающего и значительного противовоспалительного эффектов Ксефокама за счет не только эквивалентного ингибирования обеих изоформ циклооксигеназы, но и с вовлечением дополнительных механизмов, позволяет достигать высокой эффективности терапии, способствует улучшению функциональной активности и качества жизни пациентов.

Подготовил **Виталий Мохнач**

При содействии ООО «Такеда Украина»

UA/CNS/1016/0058

