

Гострий біль при спондильозі спини та шиї: можливості сучасної топічної терапії

Гостра й раптова поява неприємного відчуття в ділянці шиї та попереку, що обмежує рух, – саме такі скарги під час опитування пацієнтів найчастіше чують лікарі різних спеціальностей. Серед безлічі причин, які зумовлюють появу неспецифічного больового синдрому, неврологи та терапевти, сімейні лікарі й ревматологи виокремлюють спондильоз спини та шиї. Під терміном «спондильоз» приховується остеоартроз шийного/поперекового відділу хребта, який зумовлює звуження спинномозкового каналу, а іноді й порушення функції спинного мозку (мієлопатію) за рахунок тиску кісткових розростань (остеофітів) на сегменти спинного мозку (Kuo D. et al., 2020). Формування остеофітів у міжхребцевих отворах негативно позначається на корінцях спинномозкових нервів, які проходять через них, зумовлюючи появу клінічної симптоматики радикулопатії.



О.Є. Коваленко

Відповідно до сучасних поглядів на механізм розвитку та прогресування захворювання остеоартроз уражає всі складові компоненти суглоба: хрящ і зв'язки, синовіальну оболонку та суглобову капсулу, субхондральну кісткову пластину й навколосуглобові м'язи, перебігаючи на тлі клітинного стресу, деградації міжклітинного матриксу (Лила А. и соавт., 2019).

Клінічна картина

Найчастіше на спондильоз страждають жінки середнього віку з генетичною схильністю до цього захворювання, а також пацієнти, які курять, ведуть сидячий спосіб життя, працюють в офісі, мають надмірну масу тіла чи ожиріння. Факторами ризику появи цервікального спондильозу є перенесена хлестова травма, котра спричинила раптове та різке розгинання-згинання в шийному відділі (притаманна для дорожньо-транспортних пригод, спортивних тренувань), надмірні фізичні навантаження, стрес і тривожні стани (Kuo D. et al., 2020).

Біль – один із перших і основних проявів шийно-поперекового спондилоартрозу; інтенсивність і вираженість клінічної симптоматики залежать від ступеня стенозу спинномозкового каналу та залученості нейронних структур. Навіть мінімальне звуження дає знати про себе болем, який спочатку з'являється тільки при фізичних навантаженнях або тривалому перебуванні в незручному положенні. У міру прогресування стенозу больові відчуття набувають постійного характеру, порушуючи навіть нічний сон. Ураження шийного відділу може проявлятися неспецифічними больовими відчуттями в потилиці, шиї, очах, вухах, а також мігренню, хворобливістю в м'язах – трапецієподібному, найдовшому м'язі голови та шиї, дельтоподібному, м'язі зовнішньої поверхні плеча та лопатки. Характерними ознаками спондильозу попереку є люмбоішалгія, порушення чутливості в ділянці

стопи, відчуття повзання мурашок, оніміння в литках, поколювання в ногах. Окрім основного симптому, пацієнтів турбують дискомфорт при поворотах голови / нахилах тулуба, обмеження рухів в ураженому відділі, поява хрускоту при різких нахилах, утруднення відведення та згинання плеча, що супроводжується вимушеною зміною положення голови й постави. Прогресування стенозу та посилення компресії спинного мозку супроводжуються поступовим наростанням спастичного парезу, парестезій, атрофії м'язів і розвитком млявих паралічів (Kuo D. et al., 2020).

Консервативне лікування: фокус на топічні засоби

Стратегія лікування спондильозу залежить від тяжкості клінічної симптоматики: за відсутності симптомів тривоги, значної мієлопатії консервативна терапія спрямована на зняття болю, поліпшення функціональних можливостей у повсякденній діяльності та запобігання стійкому ушкодженню нервових структур. Із метою знеболення призначають різноманітні фармакологічні засоби: нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), оральні стероїди, міорелаксанти, протисудомні засоби й антидепресанти.

У сучасних європейських і міжнародних рекомендаціях щодо лікування остеоартрозу колінних суглобів зазначається, що використання НПЗП припускається як засобів вибору для нівелювання болю (Vague O. et al., 2014). Традиційно препарати саме цієї групи використовуються для зменшення больового синдрому при шийно-поперековому спондильозі. Проте найбільший аналгетичний ефект розвивається при комбінації перорального НПЗП із топічним нанесенням протизапальних засобів (Вурва О., 2014; Пономарев В., 2013). Низка авторів, урахувавши зростання ризику розвитку побічних дій за одночасного застосування системних і топічних форм НПЗП, вважають

за доцільне поєднувати пероральну терапію НПЗП із застосуванням локальних засобів, які не містять НПЗП, але мають протизапальний ефект. Такі місцеві засоби здатні змінити потік больових імпульсів із вогнища ураження в центральну нервову систему, не провокуючи появи НПЗП-гастрої ентеропатій (Шишкова В., 2019). Зазначені фармакодинамічні властивості дають змогу призначати топічні форми, що не мають у своєму складі НПЗП, практично всім пацієнтам, у т. ч. літнім хворим, особам із супутніми захворюваннями шлунково-кишкового тракту.

Топічні форми без НПЗП: капсаїцин

Серед багатьох топічних форм без НПЗП виокремлюють комбіновані засоби, що містять похідні капсаїцину. Цей вибір ґрунтується на даних доказової медицини: Європейська протиревматична ліга (EULAR), Міжнародне товариство з дослідження остеоартрозу (OARSI), Американська колегія ревматологів (ACR) рекомендують використовувати топічні форми капсаїцину та віддавати перевагу місцевому лікуванню над пероральним прийомом НПЗП у разі легкої/помірної інтенсивності больового синдрому (Perrin J., 2014). Швидкоплинний час не позначився на цих рекомендаціях. Останні доказові дані знову й знову підтверджують результативність капсаїцину в нівелюванні больового синдрому. Нещодавно опублікований огляд літератури підтверджує доцільність застосування топічного капсаїцину в терапії болю, пов'язаного з ураженням суглобів кисті, колінних, плечових і стегнових суглобів (Guedes V. et al., 2018). Ці самі автори підкреслюють хороший профіль безпеки й ефективності капсаїцину порівняно з плацебо.

Варто навести результати нещодавно опублікованого систематичного огляду та метааналізу 28 рандомізованих контрольованих досліджень (РКД; n=7372), де порівнювалася ефективність топічних НПЗП, топічного капсаїцину та плацебо в лікуванні

болію за остеоартриту (Persson M. et al., 2018). На жаль, автори систематичного огляду не знайшли РКД, де проводилося би пряме порівняння топічних НПЗП і локального капсаїцину, але вчені зробили впевнений висновок щодо переваги топічного капсаїцину над плацебо (величина ефекту (ВЕ) 0,41; 95% довірчий інтервал (ДІ) 0,17-0,64). Вони також підкреслили відсутність статистично значимої різниці в нівелюванні болю під час застосування топічного НПЗП і топічного капсаїцину (ВЕ 0,04; 95% ДІ від -0,26 до 0,33), тобто ці препарати визнані однаково ефективними в лікуванні болю (Persson M. et al., 2018).

Ще в декількох РКД отримано хороші результати при застосуванні крему капсаїцину: він добре втамував біль при міофасціальному больовому синдромі (Romero V. et al., 2019), діабетичній нейропатії (Yang X. et al., 2019); в останній роботі підкреслена метаболічна нейтральність капсаїцину, яка дає змогу застосовувати його навіть при супутньому цукровому діабеті. Крім того, наводяться дані щодо здатності капсаїцину пригнічувати секрецію соляної кислоти, стимулювати синтез захисного шару слизу та покращувати кровоток слизової оболонки шлунка (Srinivasan K., 2016). Такі протекторні властивості капсаїцину мають велике значення за супутнього системного застосування НПЗП. Слід наголосити, що сучасні топічні лікарські форми містять синтетичний аналог капсаїцину – нонівамід, який має всі властивості свого природного попередника: його локальне застосування спричиняє роздратування шкірних рецепторів, поліпшення мікроциркуляції в тканинах, а також нівелювання болю.

Диметилсульфоксид (ДМСО)

ДМСО, який широко використовується в топічних формах, відомий також як димексид. ДМСО є нетоксичною хімічно стабільною речовиною, що чинить потужну дію в низьких концентраціях, є сумісним із багатьма іншими компонентами, тому димексид застосовується як своєрідний «носіє», або «пенетрант», для доставки основної діючої речовини до зони запалення

(Kollerup Madsen B. et al., 2018). Крім того, ДМСО притаманні деякі плейотропні ефекти (протизапальний, знеболювальний та антиоксидантний), які роблять його дуже привабливим для внесення до складу топічних лікарських засобів.

Фармакологи підкреслюють важливість вибору оптимального засобу для полегшення проникнення препаратів крізь дерму, адже він не тільки впливає на ефективність місцевого лікарського засобу, а й зумовлює появу побічних дій (Barkin R., 2015). У систематичному огляді, присвяченому саме ДМСО, повідомляється можливість виникнення побічних дій при його застосуванні за умови використання великих доз препарату, але підкреслюються легкість і тимчасовість небажаних явищ (Kollerup Madsen B. et al., 2018). Автори цієї роботи наполягають на тому, що використання малих доз ДМСО є цілком безпечним. Інший систематичний огляд результатів РКД, які аналізували ефективність топічних засобів у нівелюванні регіонального больового синдрому, підтвердив доцільність застосування ДМСО через його здатність поліпшувати стан хворих і зменшувати вираженість болю (Żyluk A. et al., 2018).

■ Камфора та терпентинова олія

Перелік інших місцевих засобів, які традиційно використовують для зменшення болю, доповнюють камфора рацемічна та терпентинова олія. Камфора належить до подразнювальних засобів із т. зв. відтягуювальним ефектом: після нанесення на шкіру відбувається подразнення нервових рецепторів, що зумовлює рефлекторне локальне розширення кровоносних судин, появу відчуття тепла та зменшення болю (Barkin R., 2015). Залежно від концентрації камфори змінюється клінічний ефект: у мінімальних дозах вона гальмує активність запального процесу, а у вищих – зменшує інтенсивність болю та дискомфорту.

Терпентинова олія (скипидар) вважається безпечним знеболювальним засобом для місцевого застосування; її використання як локального анальгетику схвалено FDA (Musharraf M. et al., 2017). Скипидар, основними складовими якого є терпіни, пінен і камфен, отримують із соснової живиці. Згідно з даними клінічних досліджень, анальгетичні властивості терпентинової олії порівнюють з ефективністю капсаїцину в лікуванні діабетичного нейропатичного болю (Musharraf M. et al., 2017).

Капсикам® – болезаспокійлива мазь для зовнішнього застосування

Усі зазначені засоби є складовими компонентами відомої локальної форми – мазі Капсикам® (компанія-виробник – Grindex); 1 г мазі містить

50 мг диметилсульфоксиду, по 30 мг камфори рацемічної та терпентинової олії, 2 мг синтетичного аналога капсаїцину (нонівамід) та 20 мг бензилнікотинату. Ефективність і безпечність Капсикаму оцінювалися багатьма вітчизняними вченими, які описують наявність у препарату анальгетичної, протизапальної, антиоксидантної та подразнювальної дій (Вурва О., 2014; Пономарев В., 2013). Додаткова локальна протизапальна дія препарату на м'які м'язово-фасціальні структури дозволяє підвищити ефективність лікування та прискорити

процес одужання. Капсикам® – засіб вибору для лікування легких/помірних проявів дорсалгій, його доцільно використовувати як монотерапію й у складі комбінованого лікування амбулаторних хворих (Пономарев В., 2013). Застосування Капсикаму як топічного анальгетику визнано перспективним і доцільним (Рачин А. та співавт., 2017).

При нанесенні на шкіру мазь Капсикам® швидко всмоктується; вже через декілька хвилин з'являється відчуття тепла та спостерігається локальне підвищення температури, що зменшує м'язове напруження

в ураженій ділянці. Анальгетичний ефект Капсикаму зазвичай розвивається через 30 хв і зберігається протягом 3-6 год, тому його можна застосовувати 2-3 рази на добу протягом 7-10 днів. Безпечність препарату, достатня ефективність, легкість використання й економічна доступність дають змогу рекомендувати Капсикам® хворим на шийно-поперековий спондиліоз, у т. ч. за наявності супутньої гастроентерологічної патології або цукрового діабету, для надання само- та взаємодопомоги.

Список літератури знаходиться в редакції.



Капсикам® Моя сила у русі!

- Комплексний ефект 5 активних компонентів^{1, 2, 3}
- Зменшує біль у м'язах і суглобах^{1, 2, 3}
- Не містить НПЗЗ¹



Grindex

НПЗЗ — нестероїдні протизапальні засоби. 1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Капсикам®. 2. Рачин А. П. Капсикамониды в терапии боли: мишень патогенетической терапии / А. П. Рачин, М. Н. Шаров, С. Н. Выговская и др. // РМЖ. — 2017. — № 24. — С. 1800–1804. 3. Шикова В. Современный взгляд на выбор безопасной терапии при болях в суставах и спине у пациента с коморбидной патологией / В. Шикова // Врач. — 2018. — № 5. — С. 72–80.

Скорочена інформація про лікарський засіб Капсикам®.

Склад: діючі речовини: диметилсульфоксид, камфора рацемічна, олія терпентинна, бензилнікотинат, нонивамід; 1 г мазі містить 50 мг диметилсульфоксиду, 30 мг камфори рацемічної, 30 мг олії терпентинної, 20 мг бензилнікотинату, 2 мг нониваміду. **Лікарська форма.** Мазь. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, що застосовуються місцево при болю у суглобах та м'язах. **Показання.** Препарат застосовувати при м'язовому та суглобовому болю: як розігрівуючий засіб у спортивній медицині. **Противоказання.** Підвищена чутливість до компонентів препарату; схильність до судом, бронхоспазму; виразки або шкірні захворювання. **Побічні реакції.** При підвищеній чутливості шкіри до компонентів мазі можуть виникати свербіж, набряк або кропив'янка, можливі алергічні реакції, включаючи шкірні висипання, подразнення, відчуття печіння, почервоніння та ін. **Спосіб застосування та дози.** При м'язовому та суглобовому болю на уражену ділянку наносити за допомогою аплікатора 1-3 г мазі 2-3 рази на добу залежно від інтенсивності болю та накладати пов'язку, щоб збільшити тепловий ефект. **Категорія відпуску.** Без рецепта. **Виробник.** АТ «Гріндекс», вул. Крустпілс, 53, Рига, LV-1057, Латвія. та АТ Таллінський фармацевтичний завод, вул. Тонді 33, 11316 Таллінн, Естонія.

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Призначена для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах на медичну тематику. Перед застосуванням препарату необхідно ознайомитись з повною інструкцією. Р.П. № UA/6191/01/01 від 12.04.2017 (термін дії необмежений).

За додатковою інформацією звертайтеся до Представництва «АС «Гріндекс»: 03040, м. Київ, вул. Красилівська 11, оф. 3. Тел. (044) 498-42-32. E-mail: info@grindex.ua, https://www.grindex.ua, https://kapsikam.ua