

Е.А. Статинова, С.В. Селезнева, Донецкий национальный медицинский университет им. Максима Горького

Современные аспекты лечения вертеброгенных болевых синдромов

Вертеброгенные болевые синдромы являются одной из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности, особенно среди больных моложе 45 лет. Большинство пациентов могут получить помощь в амбулаторных условиях, и согласно данным последних лет не более 5% из них нуждаются в хирургической помощи.

Считается, что в большинстве случаев (примерно 90%) длительность болевого синдрома не превышает 6 нед, у остальных пациентов боль имеет хронический характер.

Клиническая картина неврологических проявлений поясничного остеохондроза достаточно хорошо изучена и детально описана, хотя до сих пор уточняют и описывают новые симптомы и синдромы, методы их исследования. В зависимости от неврологических проявлений поясничного остеохондроза выделяют следующие клинические синдромы:

- рефлекторный – люмбаго;
- люмбагия;
- люмбоишиалгия с мышечно-тоническим и вегетососудистым синдромами;
- корешковый и корешково-сосудистый синдромы.

Механизм развития рефлекторного синдрома связан с раздражением синуввертебрального нерва, иннервирующего область позвоночного сегмента. В ответ на это возникают местные (вертебральные) боли, различные мышечно-тонические реакции, а также вегетососудистые изменения.

Наиболее частым видом невропатических болей являются дорсопатии.

При дорсалгиях характерно появление выраженных болевых синдромов, связанных с раздражением нервных окончаний синуввертебральных нервов, расположенных в мягких тканях позвоночника.

Наиболее часто встречающимися в клинической практике дорсалгическими синдромами являются люмбагия и люмбоишиалгия, возникающие в связи с функционально-анатомическими особенностями поясничной области на фоне нарушения биомеханики движений, первичных воспалительных реакций, микротравм, дисбаланса мягких тканей и мышечно-связочно-скелетной системы поясницы и таза.

Основными задачами ведения больного в острый период болевого синдрома при спондилогенной дорсопатии являются: купирование болевого синдрома, восстановление нормальной биомеханики позвоночника, создание условий для проведения полноценного курса реабилитационных мероприятий.

Максимально раннее и полное купирование болевого синдрома предупреждает фиксацию патологического двигательного стереотипа, возникновение эмоциональных расстройств, обеспечивает возможность раннего проведения реабилитационных мероприятий.

Разнообразие причин болевого синдрома требует исключительного внимания при постановке диагноза и выработке лечебной тактики.

В настоящее время целесообразность выбора терапевтической тактики, препятствующей хронизации патологического процесса, не вызывает сомнений.

С целью устранения патогенных физических факторов, способных усилить болевой синдром, показано обеспечение щадящего двигательного режима, желательного в домашних условиях или неврологическом стационаре, и ограничение физических нагрузок. Пациент должен избегать флексорных или ротационных движений в поясничном отделе позвоночника, особенно выполняемых в быстром темпе или с дополнительной физической нагрузкой.

Следует обеспечить иммобилизацию соответствующего отдела позвоночника при помощи фиксирующих поясов (корсетов).

На сегодняшний день не вызывает сомнения целесообразность применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) для лечения пациентов с хронической вертеброгенной болью.

Применение НПВП лежит в основе нескольких саногенетических направлений обезболивающей терапии, таких как купирование отека и воспаления корешков и окружающих

тканей, за счет чего достигают уменьшения явлений радикулоишемии, прямого устранения патологической ирритативной и симпаталгической импульсации.

Противовоспалительное и обезболивающее действие НПВП всегда связано с их тормозящим действием на синтез и активность простагландинов и эйкозаноидов, являющихся основными медиаторами, определяющими возникновение, динамику и исход болевых и воспалительных синдромов.

Этодолак является производным индолуксусной кислоты и отличается от других НПВП наличием ядра тетрагидропираноиндола, обладает противовоспалительными, анальгезирующими и жаропонижающими свойствами. Препарат снижает синтез простагландинов из арахидоновой кислоты, ингибируя фермент циклооксигеназу, благодаря чему снижается чувствительность рецепторов к медиаторам боли (гистамину, брадикинину), уменьшаются экссудация, миграция лейкоцитов, а также чувствительность гипоталамических центров терморегуляции к действию эндогенных пирогенов (интерлейкину-1 и др.). Этодолак обладает умеренной селективностью относительно циклооксигеназы-2, поэтому действует преимущественно в очаге воспаления и оказывает меньше побочных эффектов на ЖКТ и почки в сравнении с неселективными НПВП.

При приеме внутрь этодолак быстро и полностью абсорбируется из ЖКТ (максимальная концентрация в плазме крови достигается в течение 60 мин, биодоступность около 100%). Это позволяет достигать быстрого анальгетического и противовоспалительного эффекта без применения инъекционных форм НПВП, что улучшает качество жизни пациентов и уменьшает риск осложнений после инъекций.

Цель работы – изучение эффективности и безопасности использования препарата Этол Форт (Этодолак 400 мг) у больных хроническим вертеброгенным пояснично-крестцовым радикулитом.

Под нашим наблюдением находилось 60 больных – 40 (66,7%) мужчин и 20 (33,3%) женщин – в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст 41,3±5,6 года) с хроническим вертеброгенным пояснично-крестцовым радикулитом. Больные были распределены на две группы. В первую (основную) группу вошли 40 больных (30 мужчин, 10 женщин), из них у 25 был корешковый синдром, у 15 – рефлекторный. Всем пациентам этой группы назначали Этол Форт в дозе 800 мг/сут в два приема в течение 3 недель.

Во вторую (контрольную) группу вошли 20 больных (10 мужчин, 10 женщин), из них у 12 был корешковый синдром, у 8 – рефлекторный. Пациентам контрольной группы проводили традиционную терапию обезболивающими препаратами в сочетании с витаминами группы В.

Для объективизации болевого синдрома, выраженности боли и оценки эффективности терапии использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). В исследование включали пациентов с показателем ВАШ более 4 см.

Анализ полученных результатов свидетельствовал о существенном снижении выраженности болевого синдрома по ВАШ.

По сравнению с контрольной группой через неделю от начала лечения препаратом Этол Форт терапевтический эффект отметили у 16 больных, к концу 2-й недели – у 32 больных. Два пациента из контрольной группы не смогли завершить курс лечения из-за развившихся побочных эффектов традиционных НПВП.

Оценка клинической эффективности препарата Этол Форт показала положительное влияние на корешковый и рефлекторный синдромы у больных с вертеброгенными болевыми синдромами. Препарат обеспечивает хороший обезболивающий эффект в период обострения вертеброгенного пояснично-крестцового радикулита. По клиническим признакам не выявлено побочное действие препарата Этол Форт на сердечно-сосудистую систему и пищеварительный канал в течение 3-недельного курса лечения.

Статья напечатана в сокращении.

Список литературы находится в редакции.

«Український неврологічний журнал», № 4, 2009 г.

Селективный
ингибитор
ЦОГ-2

NOBEL
PHARMA



ЭтолФорт 14;28
ТАБЛЕТКИ
ПОКРЫТЫХ
ОБОЛОЧКОЙ

Этодолак 400 мг

**Быстрая
и надежная
защита
ОТ БОЛИ**



Показания к применению:

- Воспалительные процессы, сопровождающиеся отеком и болью
- Болевые синдромы любой этиологии (дорсопатии, ишиас, головная, менструальная боль)
- Ревматические заболевания, такие как остеоартроз, ревматоидный артрит, подагра, анкилозирующий спондилит; псориатический артрит
- Миозиты, тендиниты, сопровождающиеся болью и ограничением движений

**Хорошая
переносимость
со стороны
желудочно-
кишечного
тракта**

**1 таблетка
2 раза в сутки**



**БЕЗ
АНАЛОГОВ**

За дополнительной информацией обращайтесь в Представительство «Нобель Илч»: Украина, 04074, г. Киев, ул. Автозаводская, 2, 2 корпус, 8 этаж. Тел./факс: +38 (044) 586-20-64, /-65