

Вертеброгенные болевые синдромы являются одной из наиболее частых причин обращения к врачу и потери трудоспособности среди лиц 30-45-летнего возраста. По последним данным, около 80% населения планеты страдает различными заболеваниями позвоночника. Боль в спине – одна из наиболее частых жалоб на приеме у врача – представляет собой значительную медико-социальную проблему, так как ограничивает двигательную и социальную активность пациентов, приводит к инвалидизации, снижает их качество жизни.

У 10-20% населения Земли ежегодно фиксируются болевые синдромы в области спины. В Украине распространенность вертеброгенных болевых синдромов составляет 520 случаев на 100 тыс. населения. За медицинской помощью обращаются только 40% больных, остальные 60% предпринимают попытки самостоятельного лечения. Приблизительно у трети всех пациентов с вертеброгенными болями острая боль трансформируется в хроническую. В ходе проведенного почтового опроса 1806 жителей Швеции были получены следующие результаты: 55% респондентов жаловались на боли продолжительностью более 3 мес, 49% – не менее 6 мес.

Среди причин вертеброгенной боли выделяют следующие:

- дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (спондилез, остеохондроз), сочетанное поражение других компонентов, формирующих ось позвоночника (травматизация желтой связки, рефлекторное напряжение сегментарных мышц, сколиоз);
- аномалии развития позвоночного столба (люмбализация либо сакрализация, сужение позвоночного канала, spina bifida);
- остеопороз костной ткани (сенильный, менопаузальный, на фоне приема глюкокортикоидных препаратов, при миеломной болезни и нарушениях обмена);
- объемные и деструктивные процессы (туберкулезное поражение позвонков, травматические переломы, метастазы опухолей и мальформации);
- редкие заболевания костной ткани (болезнь Педжета, болезнь Бехтерева).

Любое повреждение структур позвоночного столба и прилежащих тканей сопровождается выбросом биологически активных веществ (субстанции P, кининов, простагландинов, лейкотриенов, фактора некроза опухоли и т. д.). Под действием этих веществ повышается возбудимость ноцицепторов, которая приводит к первичной гипералгезии в зоне тканевого повреждения. В результате усиления ноцицептивного афферентного потока в структуры головного и спинного мозга увеличивается концентрация внутриклеточного кальция и активируется фосфолипаза A₂, которая стимулирует синтез простагландинов из арахидоновой кислоты в нейронах, что, в свою очередь, повышает возбудимость последних в спинном мозге. По восходящим (афферентным) путям ноцицептивная импульсация достигает расположенных выше отделов центральной нервной системы (ретикулярной формации, таламуса, лимбической системы, коры головного мозга), где обрабатываются входящие импульсы и активируется антиноцицептивная система. В то же время в задних рогах спинного мозга болевой импульс передается на нейроны бокового рога с активацией симпатической иннервации. Передача импульса и активация передних мотонейронов приводят к спазму мышц, иннервируемых данным сегментом спинного мозга. При мышечном спазме происходит стимуляция ноцицепторов самой мышцы. В спазмированных мышцах развивается локальная ишемия, что вызывает вазомоторные и нейродистрофические изменения в тканях и еще большую активацию ноцицепторов мышечного волокна. Причинами ноцицептивной импульсации являются натяжение и сдавление (грыжей, утолщенной связкой и т. д.); чувствительных корешков, ишемия и отек нервных корешков; раздражение ноцицепторов связочного аппарата, фиброзного кольца, суставных капсул; напряжение поверхностных (длинных) мышц спины; изменения ишемического и нейродистрофического характера в самих мышцах. При этом патогенетически значимыми компонентами, формирующими болевой синдром, являются афферентная ноцицептивная импульсация от непосредственно поврежденного участка, активация симпатической системы, напряжение мышц спины.

Среди препаратов, направленных на купирование болевого синдрома, традиционно ведущее место занимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Основной механизм действия данной группы заключается в угнетении активности фермента циклооксигеназы, принимающего участие в метаболизме арахидоновой

Рациональная фармакотерапия вертеброгенных болевых синдромов

кислоты. Последняя, в свою очередь, является субстратом для синтеза простагландинов, накопление которых, как уже было сказано, приводит к повышению чувствительности ноцицепторов. НПВП благодаря блокаде циклооксигеназы препятствуют биотрансформации арахидоновой кислоты в простагландины, простациклин и тромбоксан, тем самым ограничивая поток ноцицептивной импульсации.

Одним из высокоэффективных препаратов для купирования боли является напроксен, который имеет среднюю продолжительность действия (период полувыведения 10-20 ч) и обладает хорошим профилем безопасности. Напроксен натрия быстро всасывается при пероральном приеме и обеспечивает быстрое наступление обезболивающего эффекта. В двойном слепом исследовании VIGOR (Vioxx Gastrointestinal Outcomes Research), проведенном в 301 центре в 22 странах, наблюдали больных (n=8076) ревматоидным артритом. Две равноценные группы получали рофекоксиб и напроксен. Частота желудочно-кишечных осложнений в группе рофекоксиба была несколько ниже по сравнению с таковой в группе напроксена, однако количество пациентов с инфарктом миокарда было значительно выше среди получающих рофекоксиб (0,4 против 0,1%). Частота дестабилизации артериальной гипертензии в группе рофекоксиба составила 8,5 против 4% в группе напроксена. По результатам исследования отмечен кардиопротекторный эффект напроксена, который сравнивали с действием аспирина.

В другом исследовании (n=1003) оценивали сравнительную терапевтическую эффективность различных дозировок целекоксиба с таковой напроксена и плацебо. Выявлена сопоставимая эффективность терапии данными препаратами, в отношении частоты нежелательных побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта также не отмечалось достоверных отличий.

В Украине зарегистрирован препарат напроксена НАПРОФФ. Обезболивающее действие данного НПВП реализуется не только в случае вертеброгенных дорсалгий – накопились данные относительно эффективности препарата в отношении купирования цервикогенной головной боли и мигренозных атак.

В двойном слепом плацебо контролируемом исследовании Pradalier и соавт. напроксен в дозе 750-850 мг в течение 24 ч снижал интенсивность и продолжительность мигренозной атаки, фотофобию и другие ассоциированные симптомы эффективнее, чем плацебо; в дозе 825 мг был эффективнее комбинации 2 мг эрготамин тартрата, 91,5 мг кофеина и 50 мг циклидина хлоргидрата в уменьшении интенсивности головной боли, тошноты, но не продолжительности приступа. В исследовании Treves и соавт. были получены данные, что напроксен в дозе 750 мг эффективнее эрготамин в дозе 2 мг в снижении интенсивности головной боли при классической мигрени.

Таким образом, НАПРОФФ обладает высокой эффективностью в отношении вертеброгенных болевых синдромов, индуцированных цервикогенных головных болей, мигрени. Кроме того, препарат характеризуется благоприятным профилем безопасности при лечении больных с сердечно-сосудистой патологией.

Эффективность применения НПВП может быть повышена за счет одновременного использования миорелаксантов. Этот класс препаратов позволяет воздействовать на мышечный спазм – одно из главных звеньев патогенеза болевого синдрома при дорсалгии. Следует учитывать, что в ряде случаев миорелаксанты оказывают седативное действие, что зачастую ограничивает их применение в амбулаторных условиях. Некоторые миорелаксанты, в частности тизанидин, помимо расслабляющего эффекта на скелетную мускулатуру оказывают умеренное гастропротекторное воздействие, которое может быть обусловлено торможением выработки желудочного секрета и предотвращением НПВП-индуцированного изменения гликопротеинов слизистой оболочки желудка.

У пациентов с тяжелым корешковым синдромом возможно использование коротких курсов глюкокортикоидов. Эти препараты принимают в минимальной дозе в течение 3-5 дней, после чего их использование следует прекратить. Сочетанный прием кортикостероидов с НПВП повышает риск возникновения побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта.

Исходя из современных представлений о роли дегенеративных заболеваний (остеохондроза, спондилеза) в возникновении дорсалгий, оправданным является назначение препаратов, обладающих хондропротекторными свойствами. Доказано, что адекватное количество хондроитинсульфата в хрящевой ткани необходимо для поддержания нормальной функции суставной сумки и хрящевых поверхностей суставов. Хондроитинсульфат – природный полисахарид, который выделяют из трахеи крупного рогатого скота, обладает способностью угнетать процессы дегенерации хрящевой ткани и стимулировать в ней регенерационные процессы. Имеются данные о том, что хондроитинсульфат нормализует выработку суставной жидкости, обеспечивая тем самым адекватную подвижность суставов, принимает участие в образовании основного вещества хрящевой ткани. С учетом риска развития остеопороза при длительных дистрофических вертеброгенных болях показано применение препаратов кальция и витамина D₃, препятствующих этому процессу.



На украинском фармацевтическом рынке в этом году появился препарат ПРОТЕКТА, который необходим пациентам, страдающим остеоартрозом и нуждающимся в регенерации хрящевой ткани. Он не имеет аналогов, потому что в состав препарата, помимо глюкозамина сульфата и хондроитинсульфата, входят карбонат кальция и витамин D₃. Такая комбинация удобна для пациентов, нуждающихся в дополнительном приеме препаратов кальция, и способствует лучшей приверженности к лечению: вместо трех таблеток больной принимает одну.

Протекта также может быть рекомендована пациентам, которые из-за побочных эффектов плохо переносят терапию НПВП или имеют противопоказания к их приему: препарат обладает противовоспалительным и обезболивающим действием, сопоставимым с таковым НПВП, при этом не имеет таких побочных эффектов.

В лечении вертеброгенных дорсалгий немаловажное значение отводится немедикаментозным методам. В остром периоде наряду с медикаментозной терапией рекомендуют постельный режим, сон на твердой поверхности (тонком матрасе поверх деревянного щита), сухое тепло на пораженную область, ношение эластичного шерстяного пояса либо кратковременное использование корсета, бандажа. После купирования острого болевого синдрома используют немедикаментозные методы реабилитации и профилактики возникновения новых болевых приступов, к которым относятся постизометрическая релаксация, массаж, игло- и рефлексотерапия, бальнеотерапия и грязевые аппликации невысоких температур, лечебная гимнастика.

Таким образом, вертеброгенные болевые синдромы являются частыми причинами обращения к врачу и потери трудоспособности у лиц молодого и среднего возраста, поэтому должны находиться в зоне повышенного внимания клинициста. Адекватное купирование болевого синдрома и правильно подобранная патогенетическая терапия способствуют быстрому восстановлению трудоспособности пациента и предупреждению новых эпизодов боли.

Препарат напроксена НАПРОФФ является высокоэффективным средством группы НПВП, обладающим хорошим профилем безопасности в отношении сердечно-сосудистых заболеваний. Действие НПВП можно усилить дополнительным назначением коротких курсов глюкокортикоидов (при выраженном корешковом синдроме) и миорелаксантов. Длительное применение хондропротекторов в сочетании с немедикаментозными методами лечения служит долгосрочной перспективой в предупреждении прогрессирования основного заболевания и возникновения новых болевых приступов.

Подготовила Мария Маковецкая