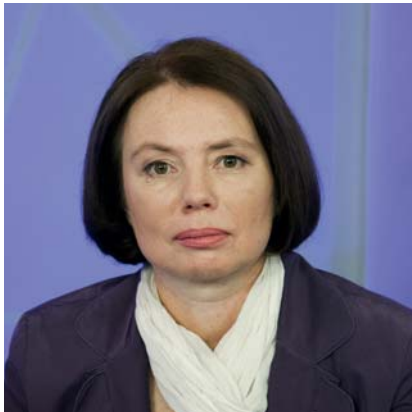


ЛЕЧЕНИЕ ДОРСАЛГИИ: КЛЮЧ К УСПЕХУ – МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД



В настоящее время боль в спине остается важнейшей проблемой здравоохранения в развитых странах. Боль в спине, или дорсалгия, не только значительно снижает качество жизни человека, но и нередко может сигнализировать о наличии серьезного заболевания. О видах боли, механизмах ее формирования и способах лечения рассказывает доктор медицинских наук, профессор кафедры нервных болезней ИПО ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Ольга Владимировна Воробьева.

– *Ольга Владимировна, по статистике, более половины взрослого населения страдает болями в спине. Это так на самом деле?*

– Безусловно, это так, и данные российской статистики мало отличаются от зарубежных. В целом среди локализованных болевых синдромов боли в спине занимают первое место. В индустриально развитых странах, к которым можно причислить и Россию, боли в спине – самая распространенная категория среди болевых синдромов. Считается, что почти 80% взрослого населения в течение своей жизни испытывают как минимум один эпизод боли в спине. Подобные тенденции характерны как для России, так и для других стран.

– *В чем причина такой высокой распространенности?*

– Основопологающей причиной болей в спине являются процессы, связанные со старением, и в частности со старением позвоночника. В определенной степени этому способствует образ жизни. Показано, что дегенеративные изменения в позвоночнике усиливаются, если двигательная нагрузка существенно снижена. С другой стороны, чрезмерные физические нагрузки также могут усугублять эти процессы. Различного рода травмы, курение, избыточный вес, стрессы, которыми полна современная жизнь, также являются факторами риска.

– *А какова роль гендерного фактора?*

– Болевые синдромы вообще, и особенно хронические боли, значительно чаще возникают у женщин. Имеют значение и гормональный фон, и организация нейромедиаторных систем головного мозга женщины, даже порог болевой чувствительности у мужчин и у женщин разный – у мужчин он выше, чем у женщин.

– *В чем заключается современная концепция боли?*

– Современная концепция боли базируется на биопсихосоциальной модели, согласно которой болевое ощущение рассматривается как производное биологических, психологических и социальных влияний. Клинические характеристики, такие как интенсивность, продолжительность боли и т. д., зависят от взаимоотношений между изменениями биологических параметров, психологическим состоянием и социокультурной средой. Все эти переменные формируют восприятие боли и реакцию индивидуума на это ощущение (боль).

– *Какое значение имеет тип боли для клинической практики и терапии?*

– Существует т. н. патогенетическая классификация болевых синдромов. В настоящее время она является ведущей, потому что дает врачу достаточно простое руководство к терапии – ведь от того, какими патогенетическими механизмами обеспечивается боль, зависит и назначаемое лечение (согласно принципу «ключ к замку»). Выделяют три механизма формирования и соответственно три типа боли. Первый – ноцицептивная боль, которая хорошо знакома практически каждому человеку. Главным «игроком» при ноцицептивной боли являются болевые рецепторы. При ноцицептивной боли обязательно присутствует фактор повреждения ткани (кожный покров, мышечная ткань, внутренние органы). При повреждении мембран клеток выделяются биологически активные вещества, которые активируют болевые рецепторы, те, в свою очередь, посылают сигнал в ЦНС, и в головном мозге рождается ощущение боли. Ноцицептивная боль – это

«полезная» боль, она сигнализирует о том, что в организме есть повреждение (травматическое, ишемическое и т.д.). Второй тип – нейропатическая боль. Повреждение происходит не в периферической ткани, а в структурах нервной системы. Например, в результате какого-то процесса повреждается и гибнет нервное волокно, происходит потеря чувствительности, в том числе болевой. Однако некоторые волокна могут пережить это повреждение, но изменится их функциональная активность. В результате произошедшей перестройки такое нервное волокно станет гипервозбудимым и будет посылать сигнал в ЦНС, вызывая ощущение боли. Классическим нейропатическим болевым синдромом являются постгерпетические боли, когда уже нет никаких кожных высыпаний, а тяжелейшие боли сохраняются. Боль как бы отрывается от субстрата – повреждения, ее вызвавшего. Понятно, что подходы к лечению будут совершенно разными. В случае ноцицептивной боли лечебным подходом является блокирование синтеза биологически активных веществ, которые возбуждают рецепторы, например с помощью НПВС. При нейропатической боли этот механизм не работает, так как болевые рецепторы не задействованы. Необходимо воздействовать на мембрану гипервозбудимого нервного волокна. Для этого применяют антиконвульсанты, снижающие возбудимость нервной клетки и нервного волокна. Наконец, третий, наиболее сложный и наименее изученный, дисфункциональный механизм формирования боли. Он

связан не с болевыми рецепторами или проводящей системой, а с антиноцицептивной системой организма. В этом случае обычные сенсорные сигналы, которые поступают в головной мозг (так называемые физиологические шумы), начинают восприниматься как болевые сигналы. Для лечения такой боли необходимы препараты, которые бы активировали противоболевую систему. К ним относятся, в частности, антидепрессанты. Типичным примером дисфункциональной боли является фибромиалгия. Она характеризуется диффузным болевым синдромом, в котором дисфункциональный механизм является ведущим. Но в целом дисфункциональный механизм может сопутствовать другим механизмам боли. Например, есть хроническое воспаление, которое является источником хронической ноцицептивной боли. Со временем это постоянное болевое раздражение приводит к тому, что противоболевые системы организма начинают работать хуже, и боль поддерживается в том числе и за счет «поломки» в антиноцицептивной системе, т.е. присоединяется дисфункциональный компонент.

– Дисфункциональный механизм включается при любой хронической боли?

– Конечно, нарушения со стороны антиноцицептивных систем начинают доминировать при хронической боли независимо от первичного источника и механизма боли.

**Боль
в ноль!**

**Мощный¹ и быстрый⁶ НПВП
для лечения болевого синдрома**

- Сбалансированный ингибитор ЦОГ-1/ЦОГ-2
- Мощный анальгетический и противовоспалительный эффект^{1,5,7}
- Удобство применения (перорально, в/в, в/м)
- Наличие формы с быстрым высвобождением **Ксефокам Репид**
- Короткий период полувыведения – 4 часа²
- Высокий уровень безопасности, хорошая переносимость у различных групп пациентов^{3,4,5}

¹ Norhoft S.E. et al. Pain 67 (2-3): 335-343, 1996. ² Skjoldt N.M., Devine N.M. Clin Pharmacokinetics, 1998 Jun; 34 (6): 421-8. ³ Петрова В.В., Осипова Н.А. и соавт. Анастезиология реаниматология №5, 2005, 4, Homdrum E.M. et al. Eur Surg, 38 (5): 342-352, 2006. ⁵ Moller P.L., Norhoft S.E. Clin Drug Investig, 2008; 28 (12): 757-56. ⁶ Инструкция по медицинскому применению препарата Ксефокам. ⁷ Pruss T.P. et al. Postgrad Med J, 1990; 66 (Suppl 4): 18-21. **Информация для специалистов здравоохранения. Рег. номера МЗ РФ: П № 014845, ЛС-000323, П №: 011183. Имеются противопоказания. Полная информация в инструкции по применению.**

Сокращенная информация по применению. Торговое название препарата: Ксефокам/Ксефокам Репид, МНН: Лорноксикам. Лекарственная форма: лиофилизат для приготовления р-ра для в/в и/м введения; таблетки, покрытые пленочной оболочкой. Показания к применению: кратковременное лечение болевого синдрома различного происхождения от слабой до умеренной степени интенсивности. Дополнительно (по в.): симптоматическая терапия ревматических заболеваний. Противопоказания: гиперчувствительность к лорноксикаму или одному из компонентов препарата; сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа или околоносовых пазух и непереносимости АСК и других НПВС; нарушения свертываемости крови, а также постоперационный период, сопряженный с риском кровотечения; эрозивно-язвенные и воспалительные изменения ЖКТ в стадии обострения, активное ЖКТ кровотечение, цереброваскулярное или иное кровотечение; декомпенсированная сердечная недостаточность; печеночная недостаточность или активное заболевание печени; выраженная почечная недостаточность, прогрессирующие заболевания почек, подтвержденная гиперкалиемия, гиповolemия или обезвоживание; беременность, период грудного вскармливания; детский возраст до 18 лет. Способ применения и дозы: 8-16 мг/сут в 2-3 приема. Длительность терапии определяет врач. Ксефокам репид: в первый день лечения может быть назначено 16 мг в начальной дозе и 8 мг через 12 час. Побочное действие: часто – тошнота, боль в животе, диспепсия, диарея, рвота; нечасто – запор, метеоризм, отрыжка, сухость во рту, гастрит, язва желудка, боли в эпигастриальной области, жва двенадцатиперстной кишки, анорексия, изменения веса, нарушение сна, депрессия, конъюнктивит, головокружение, сердцебиение, тахикардия, отеки, повышение показателей тестов функции печени, сыпь, зуд, потливость, артралгия, недомогание. Полный перечень побочных эффектов содержится в инструкции по применению. Особые указания: эрозивно-язвенные поражения и кровотечения в ЖКТ в анамнезе, умеренно выраженная почечная недостаточность, состояние после хирургических вмешательств, возраст старше 65 лет, гипертония, ИБС, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет. Полная информация по применению содержится в инструкции по медицинскому применению.

ООО «Тakeda Фармасьютикалс»: ул. Усачева, 2, стр. 1, 119048, Москва, Россия
Тел.: (495) 933 5511, факс: (495) 502 1625 www.xefocam.ru, www.takeda.com.ru
Дата выпуска рекламы: апрель 2015

– Какие еще факторы способствуют хронизации боли?

– Хронизации болевого синдрома может способствовать целый ряд причин. Например, длительное действие повреждающего фактора. Если есть дегенеративный процесс в суставах позвоночника, постоянно идет раздражение болевых рецепторов с формированием болевого синдрома. Второй компонент – это психологический механизм поддержания боли. Тревога, депрессивные состояния играют очень значимую роль. Эти симптомы значительно чаще встречаются среди женщин, что объясняет отчасти, почему хроническими болями в большей степени страдают именно женщины.

– Много ли таких больных в Вашей практике?

– Пациенты с болью, обеспечивающей исключительные дисфункциональными механизмами, встречаются не так часто. Как правило, хроническая боль возникает в результате сочетания факторов: первоначальная причина плюс присоединение психогенных механизмов. Болевое поведение пациента зависит от очень многих вещей, в том числе от личностных особенностей человека, его способности противостоять боли, стрессовым факторам.

Болью в спине могут проявляться самые разные заболевания. Наиболее частая причина – хронические дегенеративные возрастные изменения в позвоночнике и окружающих его структурах. Это т. н. неспецифические боли в спине. Но иногда за болью в спине может стоять онкологический процесс, воспалительные процессы в органах малого таза, специфические суставные заболевания, например болезнь Бехтерева

– С какими сложностями сталкивается врач при диагностике боли в спине?

– Сложности диагностики обусловлены прежде всего тем, что боль – это все-таки симптом. Болью в спине могут проявляться самые разные заболевания. Наиболее частая причина – хронические дегенеративные возрастные изменения в позвоночнике и окружающих его структурах. Это т. н. неспецифические боли в спине. Но иногда за болью в спине может стоять онкологический процесс, воспалительные процессы в органах малого таза, специфические суставные заболевания, например болезнь Бехтерева. Примерно 1–2% болей в спине вызваны такими специфическими процессами. Поскольку прогноз при этих заболеваниях может быть неблагоприятным, а зачастую фатальным (если речь идет об онкологических процессах), врач должен в первую очередь исключить все причины специфических болей в спине. И только после этого можно говорить о том, что боль в спине обусловлена дегенеративными процессами.

– Всегда ли пациента с дорсалгией отправляют на углубленное обследование?

– Чтобы рекомендовать пациенту расширенное обследование, врач должен видеть определенные сигналы опасности, т. н. «красные флажки». К симптомам опасности, например, относятся боли в грудном отделе позвоночника, которые редко возникают при дегенеративных изменениях, но весьма характерны для метастатического процесса. Это должно насторожить доктора.

– В чем заключается современный подход к лечению боли в спине?

– Существует три основных подхода к лечению боли в спине – хирургический, инвазивный и неинвазивный. Самыми распространенными, безусловно, являются неинвазивные, т. е. фармакологические методы. Лечение, как правило, начинают с фармакотерапии. Эффективность консервативного метода достаточно высокая даже при интенсивных болевых синдромах, таких как, например, корешковые боли в спине.

– Какое лечение назначают при корешковой боли в спине?

– Корешковая боль в спине носит смешанный характер. В значительной степени она обусловлена ноцицептивным компонентом, но есть также и нейропатический компонент, поскольку повреждается нервное волокно. Поэтому консервативное лечение корешковой боли должно быть обязательно комплексным. Необходима мультимодальная терапия, которая воздействует на все компоненты корешковой боли. Такое комбинированное лечение включает: НПВС – препараты первой линии терапии при любой боли в спине; средства, воздействующие на нейропатический компонент, например антиконвульсанты; дополнительно может назначаться метаболитическая терапия, т. к. есть повреждение нервного волокна, и многие специалисты считают назначение такой терапии весьма полезным. Поскольку боль при корешковом синдроме довольно интенсивная, возможно появление вторичных симптомов, таких как тревога, депрессия, а это может способствовать хронизации боли. Поэтому добавление психотропной терапии в этих случаях широко практикуется.

– Какие из нестероидных противовоспалительных средств можно считать препаратами выбора при неспецифической боли в спине?

– Критериями выбора НПВС, как и любого другого препарата, являются его эффективность и безопасность. Большое значение в плане безопасности терапии имеют индивидуальные характеристики пациента – его возраст, пол, анамнез, а также лекарственные препараты, которые он принимает на постоянной основе. Основным побочным эффектом при приеме НПВС являются гастропатии, поэтому выбираются препараты, в минимальной степени воздействующие на желудочно-кишечный

тракт. Это первое, чем руководствуется каждый доктор при выборе препарата. Второе – скорость наступления эффекта. Поскольку боли очень интенсивные, препарат должен действовать быстро и мощно. Для НПВС существуют рейтинг безопасности и рейтинг эффективности препаратов, причем в отношении последнего ведутся споры. Есть эксперты, полагающие, что в равнозначных дозах все НПВС действуют приблизительно одинаково, чему есть подтверждения. Но в то же время ряд исследований показывает, что различия в эффективности

Критериями выбора НПВС, как и любого другого препарата, являются его эффективность и безопасность. Большое значение в плане безопасности терапии имеют индивидуальные характеристики пациента – его возраст, пол, анамнез, а также лекарственные препараты, которые он принимает на постоянной основе

препаратов имеются. Считается, что уровень блокирования простагландинов у препаратов с ЦОГ-зависимым механизмом действия приблизительно одинаковый. Однако есть данные о том, что эффективность этих препаратов не ограничивается ЦОГ-зависимым механизмом. В частности, лорноксикам – представитель класса оксикамов – помимо ЦОГ-зависимого механизма действия обладает еще и дополнительным механизмом воздействия на Р-субстанцию, а также на антиноцицептивную систему (а это уже совсем другая точка приложения). Кроме того, препарат ингибирует образование интерлейкина-6, оксида азота, в меньшей степени – фактора некроза опухоли альфа, интерлейкинов 1 и 8. Считается, что эти дополнительные анальгетические и противовоспалительные механизмы и обеспечивают мощный обезболивающий эффект лорноксикама. Другое важное преимущество Ксефокама – благоприятный профиль безопасности, который обеспечивается сразу несколькими механизмами. Во-первых, благодаря сбалансированному влиянию на ЦОГ-1 и ЦОГ-2 препарат в равной степени подавляет образование тромбосана и простаглицлина, не повышая риск тромбообразования; короткий период полувыведения обуславливает меньший риск ЖКТ-осложнений, а также снижение риска кумуляции и дозозависимых побочных реакций (за счет того, что защитные простагландины в желудке

успевают восстановиться); наконец, благодаря двойному пути выведения уменьшается нагрузка на почки и печень, снижается риск отеков и повышения артериального давления, поэтому препарат можно применять у пациентов с легкой степенью почечной или печеночной недостаточности.

– Каковы, на Ваш взгляд, главные проблемы в лечении болей в спине?

– В первую очередь это лечение хронических болевых синдромов, где очень многое зависит от самого пациента. Безусловно, больной хочет получить «золотую таблетку», которая позволит забыть о боли навсегда. Что же касается специалиста, занимающегося проблемой боли в спине, то «золотой таблеткой» для него является та, которая способна уменьшить боль хотя бы на 20%. Если препарат на 50% уменьшает боль – это просто великолепный результат. Все остальное достигается усилиями самого больного. Очень многое зависит от того, сможет ли пациент изменить свой образ жизни, насколько активным будет его стремление противостоять боли. Парадоксальность ситуации заключается в том, что именно движение, активность помогают справиться с хронической болью (в отличие от острой боли). И мы говорим больному: вы должны изменить свой образ жизни, пойти в бассейн, в фитнес-клуб. Хороши любые методы – занятия йогой, массаж, акупунктура. Но самое сложное – убедить пациента в том, что полностью боль пройдет только тогда, когда он изменит свой настрой и образ жизни. Это не всегда удается.

– Что можно сказать о перспективных направлениях лечения болей в спине?

– Боль – это мультидисциплинарная проблема, поэтому перспектива видится в создании специализированных центров по лечению болевых синдромов, в том числе и дорсалгии. В таких центрах пациенты могут получить мультимодальную терапию, которая воздействует на многие механизмы формирования боли. Это не только лекарственные или инвазивные методы, но и акупунктура, массаж, лечебная йога, а также рекомендации по изменению образа жизни, лечебной физкультуре, психологическая помощь.

Беседовала Людмила Головина

