



Пути оптимизации лечения вертеброгенных болевых синдромов

В рамках спутникового симпозиума компании «Вёрваг Фарма» ведущие российские эксперты рассматривали вопросы оптимизации лечения пациентов с болью в нижней части спины – одним из самых распространенных болевых синдромов. Были отмечены преимущества включения в комплексную терапию пациентов с болевыми синдромами, обусловленными воспалительными и дегенеративными поражениями позвоночника, нейротропных витаминов группы В (препараты Мильгамма и Мильгамма композитум). Комплекс витаминов группы В потенцирует обезболивающий эффект нестероидных противовоспалительных препаратов, позволяя существенно снизить дозу и продолжительность их приема, а также может применяться в качестве монотерапии, способствуя более быстрому и стойкому регрессу болевого синдрома.

Ведение пациента с вертеброгенной радикулопатией

Как отметил д.м.н., профессор кафедры неврологии РМАПО О.С. ЛЕВИН, боль в нижней части спины является очень распространенной проблемой, однако единого термина для этого состояния, как ни странно, до сих пор нет. Часто используются термины «боль в пояснично-крестцовой области», «люмбалгия»/«люмбоишиалгия», «поясничный остеохондроз» и «дорсопатия». Терминология, которой российские врачи пользуются при описании выпячивания межпозвоночных дисков, также не вполне точна. Среди неврологов бытует мнение: если налицо меньшая степень выпячивания диска – это протрузия, если бо́льшая – грыжа. В действительности же протрузия и грыжа – это одно и то же состояние, при котором содержи-

мое студенистого ядра выходит за пределы, ограниченные контуром задней продольной связки. Необходимо помнить другое: если длина выпячивания диска больше, чем основание этого выпячивания, речь идет об экстррузии, если наоборот – следует использовать термин «интрузия». И эти два состояния действительно являются разными степенями одного и того же заболевания – грыжи или протрузии диска.

Важной частью работы невролога является постановка корректного диагноза. В соответствии с МКБ-10 диагноз пациента, обратившегося с жалобами на боль в пояснично-крестцовой области, может формулироваться двумя способами. Для начала врач должен определить, является ли расстройство острым или хронич-



Профессор О.С. Левин

ческим, затем указывается локализация болевого синдрома и наличие радикулопатии с указанием корешка. Если врач уверен в том, что причиной боли является поражение межпозвоночных дисков, то диагноз кодируется как М51.1 «Поражения межпозвоночных дисков поясничного и других отделов с радикуло-



Сателлитный симпозиум компании «Вёрваг Фарма»

патией». Если же боль связана с поражением межпозвоночных суставов или мышц спины (точно определить причину развития болевого синдрома зачастую не представляется возможным), для постановки диагноза следует использовать клинический синдром. Соответственно, в карте такой диагноз будет записан как люмбагия, люмбоишиалгия, радикулопатия, которые развились на фоне грыжи диска, растяжения мышц и других клинических ситуаций.

Боль в спине может быть обусловлена различными заболеваниями и состояниями. В зависимости от того, что именно послужило причиной развития болевого синдрома, выделяют несколько разновидностей боли:

1) боль, вызванная специфическими причинами:

- вертеброгенная (опухоль, остеопороз, спондилит);
- отраженная (аневризма аорты, панкреатит);

2) преимущественно аксиальная боль (люмбагия/люмбоишиалгия):

- вызванная миофасциальным синдромом;
- вызванная фасеточным синдромом;
- преимущественно психогенная боль;

3) радикулопатия (преимущественно в конечности):

- вызванная протрузией диска;
- вызванная стенозом корешкового отверстия;

4) стеноз позвоночного канала:

- синдром каудогенной перемежающейся хромоты.

Существует алгоритм, помогающий установить причину боли в соответствии с данной классификацией (рис. 1). Особое внимание следует уделить специфическим причинам боли в спине, о которых свидетельствуют некоторые симптомы и признаки (табл. 1). В первую очередь О.С. Левин призвал присутствующих отмечать немеханический характер боли, то есть боль, при

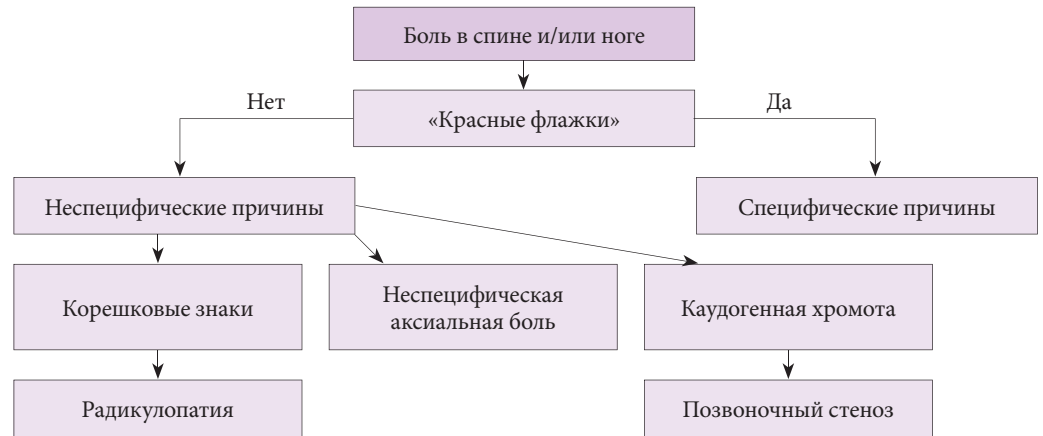


Рис. 1. Алгоритм определения причины болей в нижней части спины

которой связь между движением и выраженностью болевых ощущений отсутствует. Именно пациенты, у которых выявляются «красные флажки» – опасные симптомы, позволяющие заподозрить онкологические и инфекционные заболевания, а также сдавление конского хвоста или иной прогрессирующий неврологический дефицит, нуждаются в дальнейшем магнитно-резонансном, рентгеновском или компьютерном исследовании или консультации нейрохирурга. Дополнительные исследования показаны пациентам с подозрением на анкилозирующий спондилит или компрессионный перелом позвонка, а также больным с признаками радикулопатии или поясничного стеноза после первого месяца пробной терапии. Всем остальным пациентам визуализация не нужна, лишние обследования зачастую приводят к проведению ненужных оперативных вмешательств, увеличивают расходы на лечение, но не улучшают прогноз. В любом случае полученные при визуализации данные следует интерпретировать осторожно. Данные МРТ не позволяют дифференцировать скелетно-мышечную боль в спине и радикулопатию или прогнозировать эффективность консервативного лечения. Кроме того, следует помнить, что разме-

Таблица 1. «Красные флажки» при боли в спине

Признак	Заболевание
Нарушение тазовых функций Анестезия промежности Нижний парапарез	Синдром конского хвоста
Лихорадка Иммуносупрессия	Инфекция
Длительный прием кортикостероидов	Инфекция или травма
Травма Остеопороз	Перелом
Возраст старше 50 лет Онкологические заболевания Необъяснимое снижение веса	Опухоль
Немеханический характер боли Нарастание или отсутствие улучшения в течение 6 недель Очаговый неврологический дефицит, прогрессирующий или выраженный	Любая из указанных выше причин

Таблица 2. Классификация боли по механизму ее развития

Механизм боли	Тип боли
Ноцицептивная	Артралгия Миалгия Висцеральная боль
Невропатическая	Постгерпетическая невралгия Тригеминальная невралгия
Психогенная	Соматоформное расстройство Сенестопатии
Смешанная	Вертеброгенная радикулопатия Мигрень
Неопределенная	Фибромиалгия



Таблица 3. Методы лечения боли в спине

Средство/метод	Рекомендации	Степень доказанности	Комментарии
НПВС	Рекомендуются	A	Препараты выбора
Селективные ингибиторы ЦОГ-2	Не рекомендуются	B	Повышен риск тромбоза
Парацетамол	При непереносимости НПВС	B	
Трамадол	Рекомендуется при умеренной и интенсивной боли	A	В качестве дополнительного обезболивающего
Миорелаксанты	Рекомендуются	A	Коротким курсом
Инъекции кортикостероидов	Рекомендуются при тщательном подборе пациентов	B	Кратковременный эффект
Сохранение активности	Рекомендуется	A	Постельный режим не оправдан
Тракция	Не рекомендуется	A	
Мануальная терапия	Рекомендуется при тщательном подборе пациентов	C	

ры грыжи диска не коррелируют с интенсивностью боли. Назвать протрузию диска причиной боли в спине мы можем только при наличии радикулопатии той же локализации. Немаловажно также, что в большинстве случаев (75–100%) экструсии и секвестрации дисков уменьшаются в течение года после первой визуализации: будучи отсоединенными от самого диска, грыжи «усыхают». Следует уделить внимание также «желтым флажкам» – психологическим механизмам, способствующим усилению боли. К ним относятся: эмоциональные расстройства; неадекватное болевое поведение; неанатомическое распределение сенсорных «нару-

шений»; рентные устремления; неадекватные представления о причинах и значении боли. У таких пациентов стандартные терапевтические подходы будут неэффективны вне зависимости от того, какие препараты были назначены.

Для правильного подбора терапии крайне важно также определить, какой патогенетический механизм (ноцицептивный, невропатический, психогенный, смешанный) лежит в основе развития болевого синдрома у конкретного пациента (табл. 2). Представления о роли невропатического компонента в развитии боли в спине менялись по мере развития неврологии. Сначала

считалось, что боль в спине вызывается исключительно сдавлением и раздражением нервных корешков, затем неврологи придерживались точки зрения, что лишь небольшая часть случаев боли в спине связана с непосредственным вовлечением нервных структур. На сегодняшний день общепринятой считается теория, согласно которой невропатический компонент присутствует в 30–50% случаев хронической боли в спине. В основе невропатической боли в спине могут лежать различные патогенетические механизмы (рис. 2). Сегодня существует целый ряд подходов к лечению боли в спине (табл. 3). Применительно к радикулопатии наиболее обоснованным будет подход, применяемый при лечении любой острой боли. Он предполагает назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) (по возможности, парентерально), миорелаксантов, при необходимости – анальгетиков. Выбирая лечение, необходимо также учитывать, что боль при радикулопатии имеет смешанный характер, поэтому оправданным будет

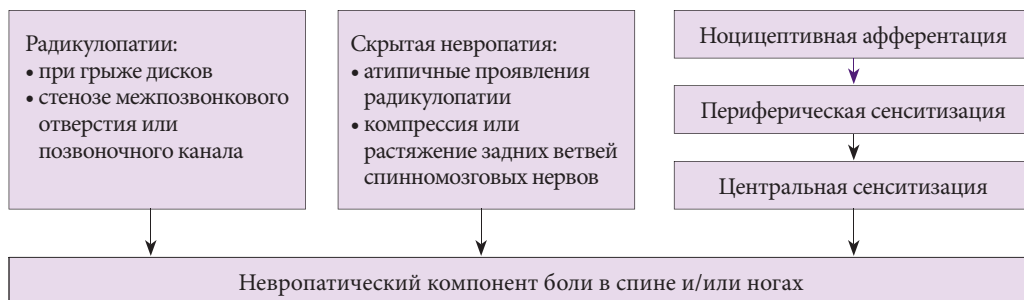


Рис. 2. Причины невропатической боли в спине



Сателлитный симпозиум компании «Вёрваг Фарма»

использование средств для лечения невропатической боли: антиконвульсантов, антидепрессантов и местных средств – пластырей с лидокаином.

Вопрос о целесообразности назначения витаминов группы В пациентам с радикулопатией до сих пор остается открытым. Существуют данные, свидетельствующие о том, что витамины данной группы обладают противоболевым эффектом, способствуя более быстрому купированию боли и усилению эффекта НПВС. Профессор О.С. Левин отметил, что механизм действия витаминов группы В в отношении болевого синдрома может быть различным: они способны тормозить прохождение болевой импульсации на уровне задних рогов и таламуса, усиливать действие норадреналина и серотонина, ингибировать синтез воспалительных медиаторов и/или блокировать их действие. Кроме того, витамины этой группы способствуют регенерации нервных волокон.

На базе кафедры неврологии РМАПО была проведена собственная научная работа, посвя-

щенная изучению эффективности применения нейротропного комплекса Мильгамма, содержащего витамины В₁, В₆, В₁₂, в комбинации с диклофенаком¹. В исследование были включены 38 пациентов с вертеброгенной радикулопатией, выраженность боли у них составляла от 4 до 9 баллов по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Участников исследования разделили на две группы. Пациенты первой группы получали Мильгамму внутримышечно по 1 ампуле в сутки в течение 10 дней, затем Мильгамму комбинированно перорально (по 1 драже 3 раза в день в течение 14 дней) и диклофенак. Участники второй группы получали лечение диклофенаком внутримышечно в течение 10 дней в фиксированной дозе 75 мг/сут, а далее – внутрь по потребности. Физиотерапия, рефлексотерапия, массаж или мануальная терапия в первые 24 дня лечения не проводились. Эффективность лечения оценивалась через 10 и 24 дня, а также – при помощи телефонного опроса – через 3 и 6 месяцев. Проведенная работа продемонстрировала эффективность соче-

В исследовании была продемонстрирована эффективность сочетания «диклофенак + Мильгамма» в лечении болевого и вертебрального синдромов. Таким образом, применение препарата Мильгамма усиливает обезболивающий эффект НПВС и обеспечивает быстрый и стойкий регресс болевого синдрома.

тания Мильгаммы с диклофенаком в лечении болевого и вертебрального синдромов (рис. 3). Кроме того, в ходе исследования было выявлено, что и через 3 месяца достоверные различия в состоянии между пациентами, получавшими только диклофенак, и теми, кто получал комбинированную терапию «диклофенак + Мильгамма», сохранились. «Таким образом, применение Мильгаммы усиливает обезболивающий эффект НПВС и обеспечивает быстрый и стойкий регресс болевого синдрома», – заключил профессор О.С. Левин.

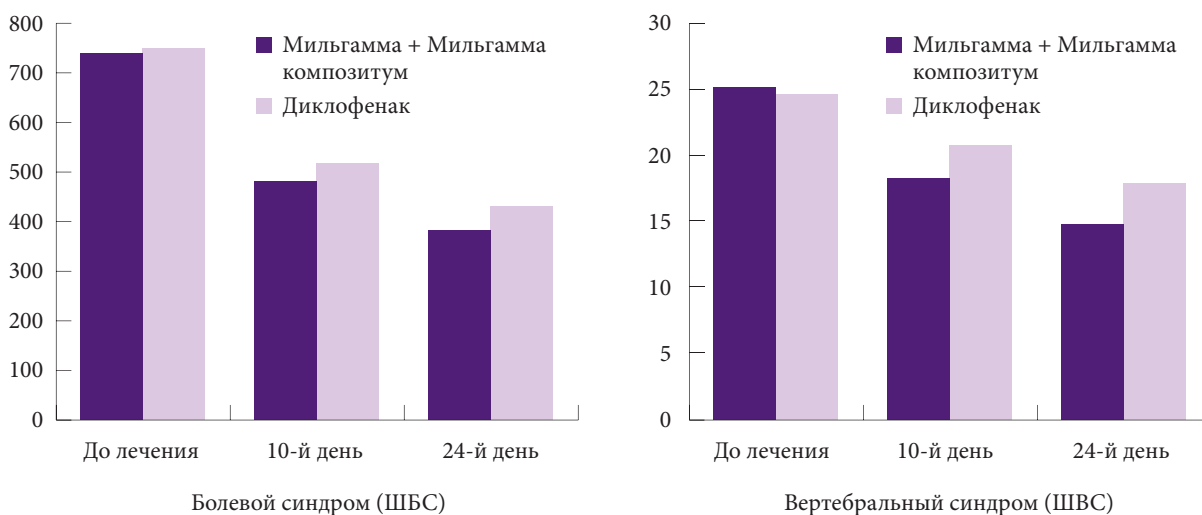


Рис. 3. Эффективность Мильгаммы у пациентов с вертеброгенной радикулопатией через 10 и 24 дня по данным шкалы боли в спине (ШБС) и шкалы вертебрального синдрома (ШВС)

¹ Левин О.С., Мосейкин И.А. Комплекс витаминов группы В (Мильгамма) в лечении дискогенной пояснично-крестцовой радикулопатии // Журнал неврологии и психиатрии. 2009. № 10. С. 30–35.



Доказательная фармакоаналитика терапии боли в спине

По мнению д.м.н., профессора кафедры неврологии и психиатрии ФПК и ППС ГБОУ ВПО СГМА Минздравсоцразвития России А.П. РАЧИНА, проблема боли в спине относится к междисциплинарным, и рассматривать ее необходимо сразу с нескольких точек зрения. Это позволит определить все возможные варианты тактики ведения этой категории пациентов и выбрать лучший. В 2008 г. в Глазго состоялся XII Всемирный конгресс по проблеме боли. На нем, среди прочего, были озвучены следующие цифры: в период с 1983 по 2008 г. было проведено 1085 рандомизированных исследований по проблеме боли в спине, 490 из них – в течение 2003–2008 гг. Эти работы, в частности, дали возможность выявить факторы риска перехода болевого синдрома в хроническую форму. К ним относятся: женский пол, пожилой возраст, наличие жалоб на боль в ноге и/или распространяющуюся боль, наличие спинального ограничения физической активности, плохое настроение и неудовлетворенность работой. Наличие у одного пациента 5 и более из этих факторов существенно (до 70%) повышает риск хронизации боли в спине.

В 2009 г. группа исследователей выпустила рекомендации по лечению пациентов с неспецифической болью в нижней части спины. В процессе подготовки этой работы были обобщены данные 58 рандомизированных клинических исследований. В рекомендациях был выделен ряд методик, показавших свою эффективность в лечении боли в нижней части спины: применение НПВС и миорелаксантов, кинезиотерапия и ряд спинальных манипуляций. В последние годы кинезиотерапия обретает все большую популярность, и эффективность этого метода достаточно высока, однако его применение сопряжено с целым рядом сложностей. В некоторых исследованиях было показано, что занятия аэробикой эффективны только в случае, если за 12 недель проводится не менее 8 тренировок, причем в группе должно быть не более 10 человек, индивидуальные же занятия исключаются. Неоднозначно была определена возможность применения мануальной терапии, поскольку остеопатические методики должны применяться не более чем на 8 сеансах за 12 недель. Физиотерапевтические методы лечения боли в спине в Европе используются гораздо реже, чем в России. Возможно, это связано с тем, что отечественные специалисты сравнительно поздно вошли в международные профессиональные сообщества, поэтому доказательная база у таких методов лечения, как магнитотерапия, сформирована не была. На сегодняшний день проведены исследования, показавшие эффективность применения чрескожной электростимуляции, лазеротерапии и введения гидрокортизона с помощью ультразвука, эффективность остальных методов пока не доказана. Определенное влияние на выра-



Профессор А.П. Рачин

женность боли в спине оказывает проведение образовательных программ, а также программы социальной поддержки. Однако, конечно, одним из основных методов лечения данной группы расстройств была и остается фармакотерапия, в частности применение НПВС. В рамках одной группы препараты различаются по вторичным фармакокинетическим свойствам: например, калиевые соли диклофенака всасываются быстрее, чем натриевые. Тем не менее системные обзоры не обнаружили достоверных различий по эффективности различных НПВС в отношении болевого синдрома при скелетно-мышечных расстройствах. В последнее время в Европе наблюдается тенденция к сокращению максимальной продолжительности курсов лечения НПВС: как правило, сегодня они составляют не более трех дней. Разумеется, избавить пациента от боли в спине за такой короткий срок невозможно, а значит, назначая более длительные курсы НПВС, следует обращать внимание на препараты с минимальным риском развития желудочных кровотечений (табл. 4). Неоднозначна и ситуация с новым поколением НПВС – селективными ингибиторами ЦОГ-2. С одной стороны, их применение связывают с повышением риска инфаркта миокарда и внезапной

Таблица 4. Риск желудочных кровотечений на фоне лечения НПВС

Препарат	Относительный риск
Ибупрофен	2,1
Диклофенак	2,7
Кетопрофен	3,2
Напроксен	4,3
Нимесулид	4,4
Индометацин	5,5
Пироксикам	9,5
Кеторолак тиметамин	24,7



Сателлитный симпозиум компании «Вёрваг Фарма»

коронарной смерти. С другой – данные некоторых исследователей демонстрируют, что повышение вероятности сердечно-сосудистых событий характерно и для традиционных неселективных НПВС, например для диклофенака. Говоря о лечении больных с высоким риском развития гастропатий, профессор А.П. Рачин предложил начинать терапию с назначения мелоксикама или целекоксиба. Еще один вариант терапии – применение неселективных НПВС в сочетании с гастропротективными препаратами. Доказана и эффективность применения у пациентов с болями в нижней части спины миорелаксантов, в частности толперизона, и витаминов группы В. Витамины группы В в неврологической

практике используются для лечения целого ряда заболеваний: витамин В₁ – при полинейропатии, витамин В₆ – при радикулопатии и туннельных синдромах, В₁₂ – при болях в нижней части спины. Высокая доза витамина В₁₂ в составе препарата Мильгамма обуславливает ее применение в комплексном лечении болей в спине. При этом Мильгамма отличается от многих других представленных на рынке витаминных препаратов тем, что содержит терапевтическую дозу витаминов (100 мг тиамин (В₁), 100 мг пиридоксин (В₆), 1000 мкг цианокобаламина (В₁₂)), в то время как препараты, предназначенные для поддерживающей терапии, просто покрывают суточную потребность организма в том или ином

В препарате Мильгамма содержится терапевтическая доза витаминов (100 мг тиамин, 100 мг пиридоксин, 1000 мкг цианокобаламина), в то время как препараты, предназначенные для поддерживающей терапии, просто покрывают суточную потребность организма в том или ином веществе.

веществе. Таким образом, можно говорить о том, что у Мильгаммы существует своя терапевтическая ниша, в рамках которой применение данного препарата является наиболее оправданным.

Фармакотерапия боли в спине: на чем основан выбор препаратов

Продолжил тему фармакотерапии боли в спине д.м.н., профессор А.Б. ДАНИЛОВ (кафедра нервных болезней ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова). Врач, лечащий острую боль в спине, должен преследовать следующие цели: быстро уменьшить боль; снять тревогу, уменьшить страх; вернуть пациента к повседневной двигательной активности; оценить факторы риска рецидивов (гиподинамия, избыточный вес, психосоциальные факторы). Кроме назначения лечения, необходимо дать рекомендации по профилактике рецидивов, включающие, в частности, нормализацию режима физической активности.

Для лечения болей в спине сегодня используется большое количество лекарственных средств, и основной задачей клинициста является не сравнение этих препаратов между собой, а изучение каждого из них. Если говорить о витаминных препаратах, то они

первоначально создавались для лечения витаминдефицитных состояний. Однако со временем эти средства стали использоваться и у пациентов, не страдающих от гиповитаминозов, поскольку использование витаминов в больших дозах позволило открыть новые свойства этих веществ. До сих пор анальгетический механизм действия витаминов группы В не до конца изучен, однако благодаря своей способности уменьшать интенсивность болевых ощущений они давно и успешно используются в неврологической практике.

Об эффективности витамина В₁₂ говорит не только практический опыт, но и результаты клинических исследований. Всего было проведено более 100 исследований, показавших клиническое улучшение при применении витаминов группы В у пациентов с болевыми синдромами. В качестве примера профессор А.Б. Данилов привел исследование G.L. Mauro и соавт., в котором приняли учас-

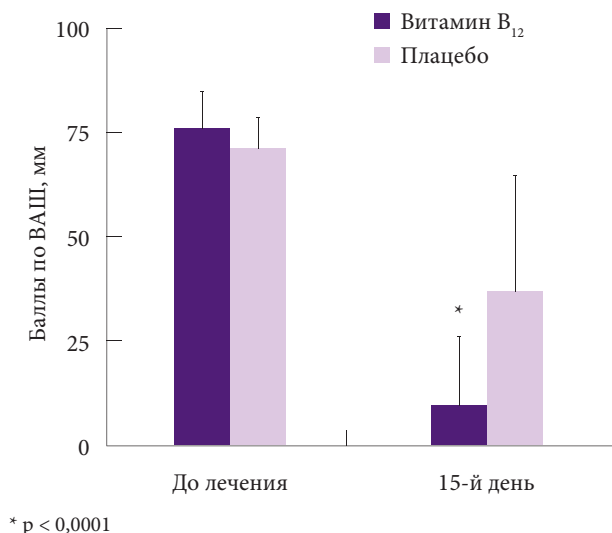


Профессор
А.Б. Данилов

тие 60 пациентов с острой болью в спине. Они получали по 1000 мкг В₁₂ либо плацебо внутримышечно в течение 14 дней. После завершения курса лечения выраженность боли в группе, участники которой получали витамин В₁₂, оказалась заметно меньше (рис. 4)².

Среди нейротропных препаратов витаминов группы В особое место занимает первый появившийся в России 15 лет назад комплекс Мильгамма. В одной ампуле препарата Мильгамма содержится 100 мг тиамин (В₁), 100 мг пири-

² Mauro G.L., Martorana U., Cataldo P. Vitamin B₁₂ in low back pain: a randomised, double-blind, placebo-controlled study // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. 2000. Vol. 4. № 3. P. 53–58.



* p < 0,0001

Рис. 4. Достоверное уменьшение острой боли в спине при приеме витамина B₁₂ по сравнению с плацебо

доксина (B₆), 1000 мкг цианокобаламина (B₁₂) и 20 мг лидокаина. Мильгамма характеризуется быстрым опосредованным обезболивающим действием. Оно было показано, в частности, в исследовании, проведенном под руководством профессора А.Б. Данилова, при участии 90 пациентов с острыми болями в спине³.

Больные были разделены на 3 группы, участники первой получали 75 мг диклофенака в сутки внутримышечно, участники второй – 75 мг диклофенака в сутки и Мильгамму внутримышечно по 2 мл, а в третьей группе Мильгамма назначалась в качестве монотерапии.

Было показано, что в группе комбинированной терапии ин-

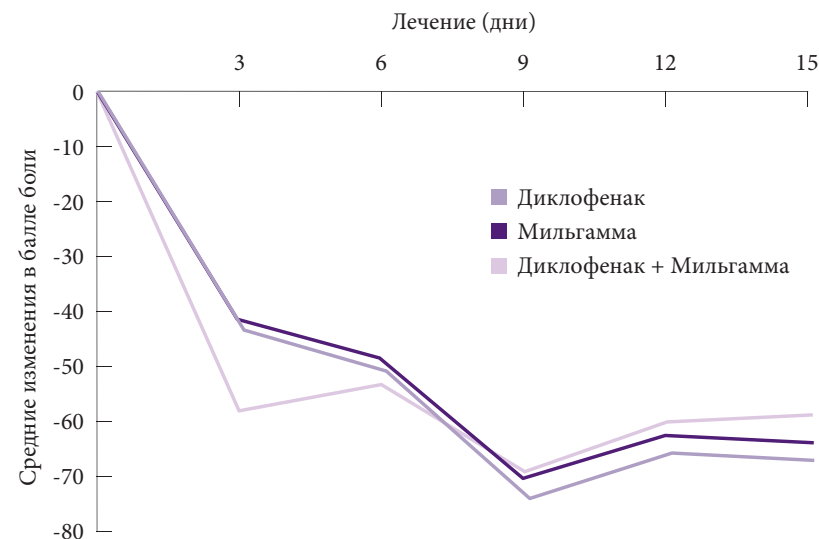


Рис. 5. Динамика болевого синдрома на фоне проводимого лечения

тенсивность болевого синдрома снижалась существенно быстрее, выраженный положительный эффект отмечался уже в первый день терапии, что важно учитывать при необходимости срочного купирования болевого синдрома (рис. 5). Монотерапия Мильгаммой острых болей в спине сопровождается достоверным снижением интенсивности болевого синдрома со второго дня и на протяжении всего курса лечения при практическом отсутствии нежелательных побочных явлений, обычно связываемых с приемом НПВС (например, диспепсических расстройств). Таким образом, проведенное исследование подтверждает клинический опыт высокой эффектив-

ности комбинации витаминов группы В в терапии острых болей в спине, фактически монотерапия Мильгаммой по эффективности сопоставима с монотерапией диклофенаком, но лишена побочных эффектов, присущих последней. Используя витамины группы В в терапии болевого синдрома, следует помнить о том, что анальгетические свойства их уменьшаются соответственно: B₁₂ > B₆ > B₁ и что поливитаминный комплекс (B₁ + B₆ + B₁₂) обладает более выраженным обезболивающим действием, чем монотерапия витамином B₁, B₆ или B₁₂. При лечении острой боли в спине комбинация витаминов группы В с НПВС более эффективна, чем монотерапия НПВС.

Заключение

Боль в нижней части спины является одной из самых часто встречающихся в неврологической практике жалоб. Следует помнить о том, что она может быть обусловлена онкологическими или инфекционными заболеваниями, требующими обследования и интенсивного лечения, однако чаще

всего причиной болевого синдрома оказываются такие хронические неинфекционные заболевания, как остеохондроз и проблемы образа жизни (гиподинамия, избыточный вес и др.). В этом случае основная задача врача заключается в купировании болевых ощущений при помощи различных

анальгетических препаратов: как традиционно используемых для этой цели НПВС, так и препаратов на основе витаминов группы В. Последние по эффективности сопоставимы с НПВС, но обладают существенно лучшим профилем безопасности. Таким образом, применение Мильгаммы позволяет снизить дозу НПВС и тем самым улучшить профиль безопасности комплексной терапии. ✨

³ Данилов А.Б. Применение витаминов группы В при болях в спине: новые анальгетики? // РМЖ. 2008. Т. 16. С. 35–39.