



Дискоз и спондилоартроз: клинические особенности и новые возможности терапии

В.А. Широков

Адрес для переписки: Василий Афонасьевич Широков, vashirokov@gmail.com

В статье рассматриваются клинические особенности, методы диагностики и лечения боли, связанной с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Отмечается необходимость выбора анальгетика с точки зрения безопасности. В этом отношении преимущества имеет амтолметин гуацил, который характеризуется не только хорошим обезболивающим и противовоспалительным эффектом, но и протективными свойствами в отношении слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: болевой синдром, люмбаго, спондилоартроз, лечение, амтолметин гуацил

Введение

Несмотря на огромное количество исследований, посвященных различным проблемам спондилогенных заболеваний, работы, изучающие структуру этих заболеваний, носят единичный характер. Тем не менее есть данные, что в подавляющем большинстве случаев пациенты страдают неспецифической болью в спине (93%), гораздо реже встречаются радикулярные синдромы (5%) и настораживающие симптомы (2%) [1, 2].

Остается открытым вопрос, какие синдромы обобщает термин «неспецифическая боль в спине»? По

этой проблеме высказываются различные точки зрения, что скорее всего вызвано отсутствием единых подходов к диагностике и трактовке полученных данных. По-видимому, в полиморфную группу неспецифической боли в спине входят такие состояния, как начальные изменения межпозвонкового диска, мышечно-связочные изменения и дегенеративные изменения межпозвонковых суставов. Несмотря на объединение в одну группу, эти синдромы имеют клинические особенности, что определяет особенности течения и выбор методов лечения.

Дискогенный болевой синдром (люмбаго)

Основной причиной люмбаго является смещение внутридисковой ткани с раздражением задней продольной связки [3]. Из анамнеза можно выявить провоцирующие факторы: наклон, ротация туловища и поднятие тяжестей. Кроме того, часто упоминаются переохлаждение (сквозняки) и сырость. Боль по типу прострела в нижней части спины ведет, как правило, к мгновенному обездвиживанию в поясничном отделе, человек застывает в характерной патологической позе. Сохранение этого заблокированного положения – единственного, в котором уменьшается боль, – обеспечивается мощным рефлекторным сокращением поясничных мышц. Любая попытка активного или пассивного выхода из этого положения сопровождается сильной болью. Пациент боится и избегает любых движений, а также указывает на усиление боли при кашле, чихании и натуживании.

Основная зона боли расположена в пояснично-крестцовой области по средней линии или немного латеральнее от нее. Возможна псев-



дорадикалярная иррадиация боли в мышцы бедра. Помимо люмбаго с внезапным началом, связанного с определенным движением, существует и более редкая форма, при которой боль нарастает постепенно и достигает пика через несколько часов.

При клиническом осмотре обнаруживается аномальное, ригидное положение поясничного отдела позвоночника. Сгибание туловища невозможно, любое движение при полностью неподвижном поясничном отделе достигается лишь за счет тазобедренных суставов. Такое состояние определяется отечественными авторами как «миофиксация» [4].

Первоначально приступы боли обычно длятся недолго и разрешаются спонтанно. Их дальнейшее течение непредсказуемо. Приступы люмбаго в молодом и среднем возрасте могут оставаться единственным проявлением дегенерации дисков. Однако часто они знаменуют начало хронического, рецидивирующего поясничного синдрома, который выражается в прогрессировании заболевания с частыми приступами боли в нижней части спины и ишиаса. Возможность спонтанного выздоровления при заболеваниях межпозвонкового диска подтверждается двойными слепыми плацебоконтролируемыми исследованиями [3].

Суставной болевой синдром

Изменение высоты и объема диска способствует развитию дегенеративных изменений межпозвонковых суставов – спондилоартроза, который в современной литературе имеет различные дефиниции: фасеточный синдром, артроз межпозвонковых (дуготростчатых) суставов, спондилоартропатический синдром. При спондилоартрозе болевая импульсация возникает в результате перерастяжения капсулы и/или повышенного давления на суставные поверхности межпозвонковых суставов, иннервируемых менингеальной ветвью спинального нерва.

В 1936 г., после того как было обращено внимание на патологию

межпозвонковых дисков, M. Lange описал клинические проявления, имеющие источником межпозвонковые суставы [5]. В 1976 г., спустя 40 лет после введения диагноза «спондилоартроз», для обозначения этого же синдрома V. Moone и J. Robertson предложили термин «фасеточный синдром» [6]. Следует отметить, что в настоящее время термин «фасеточный синдром» чаще используют нейрохирурги, активно практикующие различные варианты денервации дуготростчатых суставов: радиочастотную, пульсовую, криоденервацию.

Болевой суставной синдром может проявляться утренней скованностью и усиливаться после нагрузки, симптоматика нарастает в течение дня. Боль облегчается в положении лежа на спине со слегка согнутыми ногами в коленных и тазобедренных суставах. Боль может иррадиировать в ягодичцы, паховую область, нижнюю часть живота и иногда в мошонку. Пациенты описывают боль как диффузную и разлитую и, указывая ее локализацию, прикладывают к больному месту ладонь, в отличие от пациентов с корешковыми синдромами, которые способны очертить границы пораженных дерматомов одним пальцем [3].

Перегрузке межпозвонковых суставов может способствовать слабость передней брюшной стенки, которая сопровождается наклоном таза кпереди и увеличением поясничного лордоза [7]. С перегрузкой межпозвонковых суставов также связана боль при гиперлордозе поясничного отдела позвоночника, которая возникает после длительной ходьбы и стояния, особенно при ношении обуви на высоком каблуке. Поясничная суставная боль может быть вызвана или усилена при усугублении поясничного гиперлордоза в результате спуска по склону или деятельности, связанной с отклонением кзади: например, при развешивании белья, рассматривании картин или выполнении действий над предметами, расположенными выше головы. Взаимодействие изменений

в фасеточных суставах и диске ведет к увеличению суставных отростков с последующим развитием спинального стеноза [8].

Инструментальная диагностика

В подавляющем числе случаев острая и хроническая боль в спине – «доброкачественное состояние», и большинство пациентов не нуждается в проведении дополнительных инструментальных исследований [7]. Дегенеративные изменения в диске и в межпозвонковых суставах могут быть случайной рентгенологической находкой и не проявляться клинически. Кроме того, часто наблюдается несоответствие между рентгенологически выявленным анатомическим нарушением и выраженностью клинической симптоматики. Структурные и функциональные нарушения позвоночного двигательного сегмента не всегда возникают одновременно, и не у всех пациентов морфологические дегенеративные изменения приводят к развитию клинических симптомов.

В последнее время для диагностики фасеточного синдрома рекомендуется блокада медиальной ветви спинномозгового нерва или внутрисуставные блокады местным анестетиком под контролем компьютерной томографии. Исчезновение боли после проведения манипуляции является подтверждением диагноза. Существует дискуссионная точка зрения: попадание местного анестетика

Амтолметин гуацил (Найзилат) совмещает в себе, казалось бы, несочетаемые свойства: положительные качества неселективного НПВП (хорошее обезболивающее и противовоспалительное действие) и протективный эффект в отношении слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта

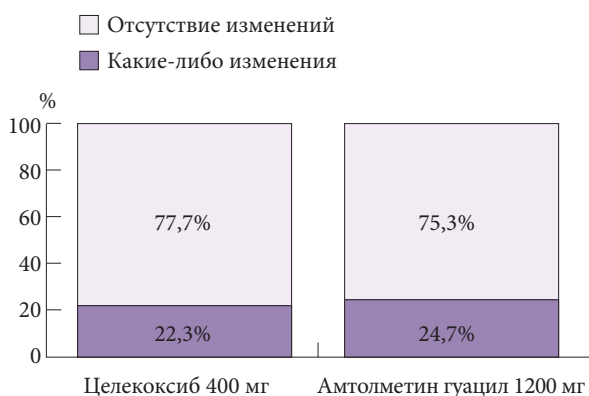


Рисунок. Сравнение безопасности амтолметина гуацила и целекоксиба: эндоскопическая картина

тетика при проведении блокады в венозное русло обуславливает воздействие не только на нервные окончания медиальной ветви, но и на нервные ветви, иннервирующие диск, мышцы.

Лечение

Межпозвоночные суставы содержат большое число инкапсулированных и неинкапсулированных нервных окончаний. Наличие низ-

копороговых механорецепторов в капсуле сустава свидетельствует о том, что она выполняет и проприоцептивную функцию. При дегенеративном поражении межпозвоночных суставов в хряще и синовиальной капсуле определяются медиаторы воспаления: простагландины, интерлейкины 1 и 6, фактор некроза опухоли альфа [9]. Если дискогенная боль наблюдается у пациентов, как правило, молодого и среднего возраста (до 40 лет), то спондилоартроз – у больных старшего возраста, которые имеют сопутствующую патологию со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта. У таких пациентов необходимо более взвешенно подходить к выбору препаратов, принимая во внимание их безопасность. В этом отношении особый интерес представляет появившийся на российском рынке улучшенный нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП), созданный на основе неселективного НПВП толметина и обладающий комплексом

гастропротективных свойств – амтолметин гуацил (Найзилат).

Амтолметин гуацил как молекула был синтезирован в Италии в 1985 г. Его предшественник толметин – это хорошо изученный неселективный НПВП, который никогда не был представлен в России, однако широко применялся во всем мире. Толметин характеризуется хорошим обезболивающим и противовоспалительным эффектом, а дополнительное его преимущество заключается во влиянии на таламические центры болевой чувствительности. Амтолметин гуацил унаследовал все положительные свойства толметина, при этом получив дополнительные преимущества.

Основное отличие этого препарата от всей группы НПВП – наличие в составе ванилиновой группы, которая имеет высокую аффинность к капсаициновым рецепторам слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишки. В результате раздражения последних запускается локальная выработка оксида азота, который наравне с физиологическими простагландинами играет значимую роль в системе гастропротекции. Последующее неизбежное снижение выработки физиологических простагландинов в результате действия неселективного НПВП в значимой степени компенсируется данным механизмом, что позволяет заметно уменьшить частоту побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта при применении данного препарата. Стоит отметить, что защитное действие препарата не ограничивается слизистой желудка, а распространяется и на тонкий кишечник. Это важное преимущество, поскольку ингибиторы протонной помпы как основная группа препаратов для профилактики развития НПВП-гастропатий работают только в желудке [10]. На экспериментальных моделях было продемонстрировано, что амтолметин гуацил действительно уменьшает поражение желудка, индуцированное этанолом, и этот защитный



Фармакологические свойства препарата Найзилат

- ✓ Оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее, десенсибилизирующее действие, обладает гастропротективным эффектом
- ✓ Подавляет провоспалительные факторы, снижает агрегацию тромбоцитов; угнетает ЦОГ-1 и ЦОГ-2, нарушает метаболизм арахидоновой кислоты, уменьшает образование простагландинов (в том числе в очаге воспаления), подавляет экссудативную и пролиферативную фазы воспаления
- ✓ Блокирует взаимодействие брадикинина с тканевыми рецепторами, восстанавливает нарушенную микроциркуляцию и снижает болевую чувствительность в очаге воспаления
- ✓ Влияет на таламические центры болевой чувствительности; снижает концентрацию биогенных аминов, обладающих альгогенными свойствами; увеличивает порог болевой чувствительности рецепторного аппарата
- ✓ Устраняет или уменьшает интенсивность болевого синдрома, уменьшает утреннюю скованность и отеки, увеличивает объем движений в пораженных суставах через четыре дня лечения
- ✓ Хорошо переносится пациентами при длительном применении (в течение шести месяцев)



эффект исчезает при применении ингибиторов NO-синтетазы [11]. Таким образом, амтолметин гуацил совмещает в себе, казалось бы, несочетаемые свойства: положительные качества неселективного НПВП (хорошее обезболивающее и противовоспалительное действие) и протективный эффект в отношении слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта. Клинические исследования, проведенные в различных странах Европы, показали, что по своим основным свойствам амтолметин гуацил не уступает таким препаратам, как диклофенак и индометацин, в то время как частота развития поражения желудочно-кишечного тракта при применении амтолметина гуацила несравненно ниже.

Представляет интерес исследование, проведенное с участием 180 пациентов, в ходе которого эффективность и безопасность Найзилата сравнивали с таковыми одного из самых безопасных НПВП целекоксиба. Курс лечения составил 24 недели. Пациенты получали амтолметин гуацил в дозе 1200 мг или целекоксиб в дозе 400 мг. До и после курса лечения всем пациентам проводилось эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта [12]. Результаты работы показаны на рисунке. Как видно, у подавляющего большинства пациентов не было отмечено развития каких-либо изменений слизистой оболочки на фоне терапии, причем амтолметин гуацил по уровню

переносимости со стороны желудочно-кишечного тракта несколько не уступал целекоксибу [12]. При остром болевом синдроме может быть использована максимальная суточная дозировка амтолметина гуацила 1800 мг, при уменьшении интенсивности боли или при хроническом болевом синдроме – 1200 мг (три или два раза в день по одной таблетке соответственно).

Заключение

Принимая во внимание результаты исследований, в настоящее время можно рекомендовать Найзилат для лечения острой и хронической боли, связанной с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. *

Литература

1. Павленко С.С. Боли в нижней части спины (эпидемиология, клиничко-диагностическая классификация, современные направления в диагностике, лечении и стандартизации медицинской помощи): руководство. Новосибирск: Сибмедииздат НГМУ, 2007.
2. Неспецифическая боль в нижней части спины: диагностика, лечение, предупреждение. Клинические рекомендации для участковых терапевтов и врачей общей практики. М.: КомплектСервис, 2008.
3. Кремер Ю. Заболевания межпозвонковых дисков / пер. с англ.; под общ. ред. В.А. Широкова. М.: МЕДпресс-информ, 2013.
4. Попелянский Я.Ю. Драматическая сущность остеохондроза (трудности становления в педагогической и исследовательской сферах): дискуссия // Вертеброневрология. 2000. № 1–2. С. 87–91.
5. Lange M. Die Wirbelgelenke. Stuttgart, 1936.
6. Mooney V., Robertson J. The facet syndrome // Clin. Orthop. Relat. Res. 1976. Vol. 115. P. 149–156.
7. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
8. Kirkaldy-Willis W.H. Managing low back pain. N.Y.: Churchill Livingstone, 1988.
9. Cohen S., Raja S. Pathogenesis, diagnosis, and treatment of lumbar zygapophysial (facet) joint pain // Anesthesiology. 2007. Vol. 106. № 3. P. 591–614.
10. Карамеев А.Е. Амтолметин гуацил: можно ли создать «улучшенный» НПВП? // Медицинский Совет. 2013. № 12. С. 84–86.
11. Li Y.H., Li J., Huang Y. et al. Gastroprotective effect and mechanism of amtolmetin guacyl in mice // World J. Gastroenterol. 2004. Vol. 10. № 24. P. 3616–3620.
12. Jajić Z., Malaise M., Nekam K. et al. Gastrointestinal safety of amtolmetin guacyl in comparison with celecoxib in patients with rheumatoid arthritis // Clin. Exp. Rheumatol. 2005. Vol. 23. № 6. P. 809–818.

Diskosis and Spondylarthrosis: Clinical Features and New Therapeutic Opportunities

V.A. Shirokov

Yekaterinburg Medical Research Center for Prophylaxis and Health Protection in Industrial Workers

Contact person: Vasily Afonasyevich Shirokov, vashirokov@gmail.com

Here, clinical features, diagnostic methods and curative approaches to treatment of pain associated with diseases of musculoskeletal system are presented. It is noted that analgesics should be chosen in terms of safety profile. In connection with this, it has been demonstrated that amtolmetin guacyl was advantageous not only due to good analgesic and anti-inflammatory effects, but also because of its protective properties regarding mucosa of the gastro-intestinal tract.

Key words: pain syndrome, lumbago, spondylarthrosis, treatment, amtolmetin guacyl