



Наиболее частые болевые синдромы в неврологии и эндокринологии

Боль – одна из наиболее распространенных причин обращения к врачу в амбулаторной практике. Новые возможности управления болью при различных заболеваниях обсудили неврологи, эндокринологи и врачи смежных специальностей на симпозиуме, организованном при поддержке компании «Фармстандарт». Особое внимание было уделено методам диагностики и лечения боли в нижней части спины и болевой диабетической полиневропатии. Отмечалась необходимость индивидуального подхода, учитывающего особенности каждого пациента.



Профессор
М.Л. Кукушкин

Руководитель лаборатории фундаментальных и прикладных проблем боли НИИ общей патологии и патофизиологии РАН, д.м.н., профессор Михаил Львович КУКУШКИН привел данные международных эпидемиологических исследований. Так, боль в нижней части спины занимает лидирующую позицию среди ведущих медицинских причин нарушения качества жизни населения во всех странах мира, опережая депрессивные расстройства, железодефицитную анемию, нарушения слуха, мигрень, сахарный диабет, хроническую обструктивную болезнь легких и др. В 2012 г. отечественными специалистами было проведено ши-

Вертеброгенный болевой синдром: от диагностики к лечению

рокомасштабное исследование «Меридиан» с участием 5926 врачей из 60 городов России¹. В ходе исследования оценивалась распространенность болевых синдромов в амбулаторной практике. Выяснилось, что основным поводом обращения в поликлинику была неспецифическая боль в спине, вызванная перегрузкой мышечно-связочного аппарата (фасеточный синдром, дискогенные, миогенные боли). Результаты исследования отвечают данным международной статистики, согласно которой на неспецифическую боль приходится до 88–90% от общего числа случаев боли в спине.

Только у 10–12% больных обнаруживается специфическая боль в спине, которая является симптомом заболевания, нередко угрожающего здоровью или жизни пациента. Такая боль может быть следствием инфекционного, опухолевого, травматического, воспалительного поражения позвоночника, перелома при остеопорозе, компрессии отдельных корешков или синдрома конского хвоста. Для того чтобы исключить серьезную патологию, необходимо обра-

тить внимание на так называемые красные флажки:

- начало стойкой боли в спине в возрасте до 15 и после 50 лет;
- немеханический характер боли (боль не уменьшается в покое, в положении лежа, в определенных позах);
- связь боли с травмой;
- постепенное усиление боли;
- наличие онкологии в анамнезе;
- возникновение боли на фоне лихорадки, снижения массы тела;
- жалобы на длительную скованность по утрам;
- симптомы поражения спинного мозга (параличи, тазовые нарушения, расстройства чувствительности);
- изменения в анализах мочи, крови.

Следует также проанализировать состояние психоэмоциональной сферы больного (концепция «желтых флажков»). К хронизации боли могут привести изменения, связанные с психическими и социальными проблемами.

После сбора анамнеза проводятся ортопедический и неврологический осмотры. Ортопедический осмотр позволяет выявить связь между болью и движением. Он включает

¹ Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Чурюканов М.В., Сыровегин А.В. Результаты открытого многоцентрового исследования «МЕРИДИАН» по оценке распространенности болевых синдромов в амбулаторной практике и терапевтических предпочтений врачей // Российский журнал боли. 2012. № 3–4. С. 10–14.



Сателлитный симпозиум компании «Фармстандарт»

осмотр позвоночника, оценку естественных физиологических искривлений, объем движений в поясничном отделе (наклоны назад, вперед, в стороны). Кроме того, проводится пальпация поясничных и ягодичных мышц для оценки степени напряжения, болезненности, выявления миофасциальных триггерных точек. Оценивается состояние тазобедренных суставов, крестцово-подвздошного сочленения. Следует отметить, что слабо выраженная ортопедическая симптоматика при сильных болях является признаком серьезной сопутствующей патологии.

В ходе неврологического осмотра у больного измеряется объем мышц бедра и голени, проверяется сила сгибателей и разгибателей стоп, состояние ахилловых и коленных рефлексов, наличие болевой чувствительности на передней, внутренней, наружной, задней поверхности бедра и голени, симптомов натяжения (симптомы Ласега и Вассермана).

Считается, что при отсутствии у пациента с неспецифической болью в спине внутриорганный патологии или корешковой боли нет необходимости проводить лабораторно-инструментальное обследование, в том числе рентгенографию позвоночника или компьютерную и магнитно-резонансную томографию. Это обусловлено тем, что далеко не всегда существует связь между болью и органической патологией дегенеративного характера со стороны позвоночника. Методы визуализации с высокой частотой (22–62%) выявляют дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике даже у лиц без боли в спине. Таким образом, дегенера-

тивно-дистрофические изменения в позвоночнике могут считаться лишь предпосылкой к возникновению боли в спине, но не ее непосредственной причиной.

Лечение пациентов с неспецифической болью в спине направлено в первую очередь на уменьшение болевой симптоматики, снижение риска хронизации боли. Необходимо проинформировать больного о причинах заболевания, разъяснить тактику лечения, успокоить. Согласно рекомендациям международных экспертов, эффективны при лечении неспецифической боли в спине такие методы, как сохранение физической активности (уровень доказательности А), использование парацетамола и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) (уровень доказательности А), миорелаксантов центрального действия (уровень доказательности В).

Прием НПВП позволяет достоверно снизить выраженность боли, улучшить общее самочувствие и ускорить восстановление нормальной функции как при острой, так и при хронической боли в нижней части спины. НПВП при острой неспецифической боли в спине обычно назначают на 10–14 дней. Выбор конкретного препарата зависит от индивидуальной переносимости, длительности действия препарата, а также спектра побочных эффектов. Необходимо помнить, что НПВП противопоказаны при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистых катастрофах в анамнезе (инфаркт, инсульт), сахарном диабете.

По результатам исследования «Меридиан», большинство врачей предпочитают назначать

НПВП, которые избирательно ингибируют циклооксигеназу 2. В этом отношении можно рекомендовать, например, мелоксикам (Артрозан®) – НПВП, оказывающий обезболивающее, противовоспалительное и жаропонижающее действие. Результаты исследований подтверждают эффективность мелоксикама в дозе 7,5–15 мг/сут при лечении острой и хронической неспецифической боли в спине. Безопасность мелоксикама доказана в масштабных рандомизированных контролируемых исследованиях MELLISSA и SELECT, согласно которым общее число осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта на фоне приема мелоксикама было статистически значимо меньше, чем при приеме диклофенака и пироксикама^{2,3}.

Если при ноцицептивной боли основными препаратами являются НПВП, то, согласно Европейским рекомендациям, при невропатической боли к препаратам первой линии терапии относятся прегабалин, габапентин (Конвалис®), трициклические антидепрессанты, дулоксетин, второй линии – опиоиды и трамадол⁴. По данным систематического обзора и метаанализа рандомизированных исследований всех лекарственных средств для лечения невропатической боли, комбинация прегабалина или габапентина с дулоксетином или антидепрессантами может рассматриваться в качестве альтернативы повышению дозы для пациентов, находящихся на монотерапии и резистентных к средней терапевтической дозе препаратов⁵.

Следует отметить, что при воспалительных и дегенеративных заболеваниях нервной системы

² Dequeker J., Hawkey C., Kahan A. et al. Improvement in gastrointestinal tolerability of the selective cyclooxygenase (COX)-2 inhibitor, meloxicam, compared with piroxicam: results of the Safety and Efficacy Large-scale Evaluation of COX-inhibiting Therapies (SELECT) trial in osteoarthritis // Br. J. Rheumatol. 1998. Vol. 37. № 9. P. 946–951.

³ Hawkey C., Kahan A., Steinbrück K. Gastrointestinal tolerability of meloxicam compared to diclofenac in osteoarthritis patients. International MELLISSA Study Group. Meloxicam Large-scale International Study Safety Assessment // Br. J. Rheumatol. 1998. Vol. 37. № 9. P. 937–945.

⁴ Attal N., Cruccu G., Haanpää M. et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain // Eur. J. Neurol. 2006. Vol. 13. № 11. P. 1153–1169.

⁵ Finnerup N.B., Attal N., Haroutounian S. et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis // Lancet Neurol. 2015. Vol. 14. № 2. P. 162–173.



ХII ежегодная конференция «Вейновские чтения»

и опорно-двигательного аппарата благоприятное воздействие оказывают нейротропные витамины группы В (В₁, В₆, В₁₂). Для инициации лечения можно рекомендовать инъекционные формы, а для закрепления результата – пероральные. Например, комбинированный поливитаминный препарат Комбилипен® предназначен для инъекций и содержит тиамин гидрохлорид (В₁), пиридоксин гидрохлорид (В₆), цианокобаламин (В₁₂) и лидокаина гидрохлорид. Таблетированный препарат Комбилипен® табс содержит бенфотиамин, пиридоксин и цианокобаламин. Бенфотиамин – жирорастворимый витамин В₁

имеет ряд преимуществ перед обычным тиамин. Бенфотиамин легко проникает через мембраны клеток и быстро достигает оптимальной концентрации, что способствует нормализации метаболических процессов.

Эффективность использования витаминов группы В доказана при острой боли в спине. Нейротропные витамины группы В обладают не только регенерирующим, но и анальгезирующим эффектом. Согласно результатам исследований, обезболивающее действие витаминов группы В связывают с торможением ноцицептивных нейронов в спинномозговых ганглиях, дорзальных рогах спинного

мозга и ядрах. Эффективность назначения нейротропных витаминов группы В при невропатической боли в сочетании со средствами, которые относятся к первой линии терапии, подтверждена в многочисленных исследованиях^{6,7}. В заключение профессор М.Л. Кукушкин подчеркнул, что подход к лечению пациентов с болями в спине ориентирован в первую очередь на дифференциальную диагностику, выявление больных с серьезной патологией или установкой диагноза неспецифической боли, компрессионной радикулопатии. Индивидуальный обоснованный подход – залог эффективности лечения пациентов с болями в спине.



К.М.н.
В.Н. Храмили́н

Современные методы терапии диабетической полинейропатии (ДПН) охарактеризовал к.м.н., доцент кафедры эндокринологии и диабетологии факультета допол-

Диабетическая полинейропатия. Персонализированный алгоритм лечения

нительного профессионального образования РНИМУ им. Н.И. Пирогова Владимир Николаевич ХРАМИЛИН.

Нейропатия – одно из самых частых хронических осложнений сахарного диабета. Даже на стадии предиабета возникает определенное количество случаев ДПН. При длительном течении сахарного диабета распространенность ДПН может достигать 100%. По результатам международных эпидемиологических исследований, в среднем в популяции больных сахарным диабетом ДПН отмечается в 30–34% случаев⁸. В нашей стране, по данным скрининга, до 60% больных сахарным

диабетом 2-го типа имеют ДПН⁹, в некоторых регионах России эта цифра возрастает до 80–82%¹⁰.

Такой разброс в данных может быть связан с отсутствием единых критериев в определении диагноза ДПН. Согласно международным рекомендациям, о вероятном диагнозе ДПН можно говорить, основываясь на наличии невропатической симптоматики или выявлении хотя бы двух нарушений в оценке периферической чувствительности¹¹. Согласно немецким рекомендациям¹², минимальные критерии для диагностики ДПН включают умеренный и выраженный сенсорный дефицит в сочетании с симп-

⁶ Mibielli M.A., Geller M., Cohen J.C. et al. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study // Curr. Med. Res. Opin. 2009. Vol. 25. № 11. P. 2589–2599.

⁷ Ang C.D., Alviar M.J., Dans A.L. et al. Vitamin B for treating peripheral neuropathy // Cochrane Database Syst. Rev. 2008. Vol. 16. № 3. CD004573.

⁸ Ziegler D., Rathmann W., Dickhaus T. et al. Prevalence of polyneuropathy in pre-diabetes and diabetes is associated with abdominal obesity and macroangiopathy: the MONICA/KORA Augsburg Surveys S2 and S3 // Diabetes Care. 2008. Vol. 31. № 3. P. 464–469.

⁹ Суницов Ю.И., Дедов И.И., Шестакова М.В. Скрининг осложнений сахарного диабета как метод оценки качества лечебной помощи больным. М., 2008.

¹⁰ Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007–2012 годы» / под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой // Сахарный диабет. 2013. № 2. Специальный выпуск. С. 16.

¹¹ Tesfaye S., Boulton A.J., Dyck P.J. et al. Diabetic neuropathies: update on definitions, diagnostic criteria, estimation of severity, and treatments // Diabetes Care. 2010. Vol. 33. № 10. P. 2285–2293.

¹² Ziegler D., Keller J., Maier C. et al. Diabetic neuropathy // Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes. 2014. Vol. 122. № 7. P. 406–415.



Сателлитный симпозиум компании «Фармстандарт»

томами ДПН или без таковых или легкий сенсорный дефицит с умеренно выраженной симптоматикой. Для оценки степени сенсорных нарушений у больных с ДПН во всем мире используется шкала NDSm (Neuropathy Disability Score). Согласно шкале NDSm, при показателях до 2 баллов диагноз ДПН маловероятен, 3–5 баллов свидетельствуют о легкой степени ДПН, 6–8 баллов – о ДПН средней тяжести, 9–10 баллов – о тяжелой ДПН. Выраженность симптомов нейропатии оценивают по шкале NSS (Neuropathy Symptom Score). Таким образом, возникает вопрос: что считать ДПН? На какие критерии ориентироваться при постановке диагноза – на немецкие или международные? Это проблема не только практическая, но и экономическая, поскольку нагрузка ведения пациентов значительно различается. Результаты про-

веденного в Московском регионе в 2014–2015 гг. опроса неврологов, эндокринологов и врачей общей практики показали, что только 42% респондентов ставят клинический диагноз ДПН, основываясь на оценке симптомов и чувствительности. Большинство врачей ориентируются на показатели оценки сенсорных систем организма пациента. Подавляющее число врачей считают, что более 50% больных нуждаются в лечении, 47% врачей уверены, что цель терапии ДПН – снижение выраженности болевой симптоматики и степени сенсорного дефицита. По мнению 71% респондентов, первичная профилактика ДПН у больных сахарным диабетом должна включать фармакотерапию, а 29% отдали приоритет коррекции гипергликемии и факторов сердечно-сосудистого риска. Действительно, персонализированный алгоритм лечения больных

сахарным диабетом и ДПН подразумевает проведение не только терапевтических, но и профилактических мероприятий. В настоящее время основой первичной профилактики ДПН у больных сахарным диабетом является коррекция факторов риска. Первичная профилактика заключается в коррекции хронической гипергликемии, дислипидемии, лечении артериальной гипертензии, отказе от курения, употребления алкоголя, а также в адекватной физической активности пациента.

Прежде чем выбрать вариант лечения ДПН, следует оценить клиническую ситуацию, выраженность боли, ее влияние на качество жизни. Оценивают длительность симптоматики, лекарственный анамнез, наличие коморбидной патологии, степень сенсорного дефицита, определяют длительность течения сахарного диабета, липидный уро-

- Vit** Сбалансированный комплексный состав (B1, B6, B12)
- Vit** Оптимальные разовые и суточные дозировки
- Vit** Доступная стоимость упаковки и курса лечения

НЕЙРОТРОПНЫЕ ВИТАМИНЫ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ:

- Межреберная невралгия
- Люмбоишиалгия
- Шейный, шейно-плечевой, поясничный синдром
- Корешковый синдром, вызванный дегенеративными изменениями позвоночника
- Полинейропатия (диабетическая, алкогольная)

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ:

Инъекции в/м по 2 мл ежедневно 5-10 дней с переходом в дальнейшем на Комбилипен табс (по 1 таблетке 1-3 раза в сутки не более 4 недель)

Формы выпуска:

Раствор для инъекций по 2 мл №5, №10
Таблетки п/о №30, №60

КОМБИЛИПЕН® КОМБИЛИПЕН® ТАБС НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА НЕРВНОГО ВОЛОКНА





вень. Наличие или отсутствие дефицита витамина В₁₂, хронического алкоголизма тоже сказывается на выборе схемы лечения.

Для лечения болевой ДПН применяют симптоматическую (габапентин, прегабалин, дулоксетин), патогенетическую (альфа-липоевая кислота, комплекс витаминов В) или комбинированную терапию. Выбор эффективного и безопасного препарата для длительной терапии достаточно сложен. Необходимо учитывать также экономическую составляющую.

Согласно международным рекомендациям, среди препаратов первой линии для лечения болевой ДПН габапентин (Конвалис®) реже остальных вызывает развитие тяжелых побочных эффектов, которые могут повлечь за собой отмену препарата. Это обуславливает его широкое применение, особенно среди больных с диабетом и пожилых пациентов. Конвалис® используют в лечении больных сахарным диабетом как препарат первой линии симптоматической терапии, поскольку он эффективно снижает выраженную болевую симптоматику у большинства пациентов с нейропатической болью. Его отличает отсутствие лекарственных взаимодействий, гепатотоксичности и кардиотоксичности, он положительно влияет на качество жизни больных. Докладчик напомнил о необходимости контроля показателей скорости клубочковой фильтрации, которая нарушена у 25% больных сахарным диабетом 2-го типа. Адекватная титрация дозы позволяет улучшить переносимость препаратов симптоматической терапии. На сегодняшний день в нашей стране габапентин занимает достаточно устойчивую позицию среди препаратов для лечения больных ДПН. Эффективной является патогенетическая терапия болевой ДПН с ис-

пользованием препаратов альфа-липоевой кислоты (Октолипен®). Включение альфа-липоевой кислоты в лечение пациентов с ДПН способствует быстрому регрессу клинической симптоматики, улучшает показатели функции периферических нервов. Альфа-липоевая кислота показана при легкой и умеренной выраженности симптомов, отсутствии тяжести сенсорного дефицита, хронической болевой ДПН, а также используется в комбинированной терапии при выраженном болевом синдроме.

В зависимости от клинических особенностей течения ДПН альфа-липоевая кислота назначается либо парентерально, либо перорально. Эти лекарственные формы различаются по времени наступления эффекта и скорости снижения выраженности болевой симптоматики. В нашей стране в подавляющем большинстве случаев используют ступенчатую схему терапии альфа-липоевой кислотой – начинают с внутривенного введения, а в дальнейшем переходят на пероральную терапию.

По данным рандомизированного исследования, если пациенты с симптомной ДПН и сахарным диабетом 2-го типа ответили на пероральную терапию альфа-липоевой кислотой в дозе 1800 мг/сут в течение четырех недель, то продление терапии альфа-липоевой кислотой в дозе 600 мг/сут до 16 недель позволяет значительно снизить выраженность симптоматики и необходимость дополнительного назначения анальгетиков¹³.

В.Н. Храминин отметил, что, чем тяжелее сенсорный дефицит у больных, тем меньше активность альфа-липоевой кислоты. Кроме того, на эффективность влияют такие факторы, как степень гипергликемии, схема приема, взаимодействие между симптоматическими препа-

ратами. Благодаря благоприятному профилю безопасности альфа-липоевая кислота показана пациентам со значимой сопутствующей патологией (ожирение, хроническая болезнь почек, заболевания печени, ишемическая болезнь сердца), а также пациентам с сосуществующей кардиальной автономной нейропатией¹⁴.

При длительной болевой симптоматике, безуспешных попытках лечения ДПН, наличии нескольких этиологических факторов развития полинейропатии следует придерживаться комбинированного лечения.

Результаты исследований продемонстрировали, что пациентам, не отвечающим на внутривенную терапию альфа-липоевой кислотой, показаны симптоматические препараты центрального действия (Конвалис®) как в виде монотерапии, так и в комбинации с альфа-липоевой кислотой (Октолипен®). По данным другого рандомизированного многоцентрового исследования, применение витаминов группы В (Комбилипен® табс) в комбинации с габапентином (Конвалис®) способствовало выраженному снижению нейропатической болевой симптоматики, в том числе у нонреспондеров к габапентину¹⁵.

Наличие бессимптомной (безболевой) ДПН предусматривает длительную терапию альфа-липоевой кислотой (600 мг/сут перорально) на фоне адекватного контроля уровня гликемии и липидов.

В заключение В.Н. Храминин подчеркнул, что при формировании терапевтической стратегии нужно учитывать индивидуальные особенности пациента с ДПН, такие как степень сенсорного дефицита, выраженность болевой симптоматики, степень гипергликемии, наличие сопутствующих заболеваний.

¹³ Garcia-Alcala H., Santos Vichido C.I., Islas Macedo S. et al. Treatment with α-lipoic acid over 16 weeks in type 2 diabetic patients with symptomatic polyneuropathy who responded to initial 4-week high-dose loading // J. Diabetes Res. 2015. Vol. 2015. ID 189857.

¹⁴ Papanas N., Ziegler D. Efficacy of α-lipoic acid in diabetic neuropathy // Expert. Opin. Pharmacother. 2014. Vol. 15. № 18. P. 2721–2731.

¹⁵ Medina-Santillán R., Morales-Franco G., Espinoza-Raya J. et al. Treatment of diabetic neuropathic pain with gabapentin alone or combined with vitamin B complex. Preliminary results // Proc. West. Pharmacol. Soc. 2004. Vol. 47. P. 109–112.



Сателлитный симпозиум компании «Фармстандарт»

Заключение

Компания «Фармстандарт» является одной из крупнейших фармацевтических компаний России. «Фармстандарт» производит широкую линейку препаратов для лечения различных заболеваний и состояний, сопровождающихся болевым синдромом. Среди них НПВП, анальгетические препараты, лекарственные средства для лечения заболеваний нервной системы.

Артрозан® (мелоксикам) – НПВП, относящийся к производным энолевой кислоты. Препарат оказывает противовоспалительный, обезболивающий и жаропонижающий эффект. Обладает улучшенным профилем безопасности по сравнению с другими НПВП.

Применяется при воспалительных и дегенеративных заболеваниях суставов и мышц, которые сопровождаются болевым синдромом. Конвалис® (габапентин) является эффективным и безопасным препаратом первой линии терапии для лечения нейропатических болей разной этиологии.

Комбинированный нейротропный препарат Комбилипен® содержит тиамин гидрохлорид (В₁), пиридоксин гидрохлорид (В₆), цианокобаламин (В₁₂) и лидокаин гидрохлорид. Лидокаин обеспечивает безболезненность инъекций и повышает комплаенс пациентов. В состав лечебного комплекса Комбилипен® табс входят витамины группы В (бенфотиамин, пиридоксин и цианокобаламин).

Комбилипен® и Комбилипен® табс применяются в комплексной терапии различных неврологических заболеваний: болевого синдрома, вызванного заболеваниями позвоночника, невралгии тройничного нерва, неврита лицевого нерва, диабетической и алкогольной полинейропатий.

Октолипен® (альфа-липовая кислота) – метаболическое средство, эндогенный антиоксидант, связывающий свободные радикалы. Октолипен® обладает гепатопротективным, гиполипидемическим, гипохолестеринемическим, гипогликемическим свойством. Благодаря комплексному фармакологическому действию Октолипен® способствует клиническому регрессу основных проявлений нейропатии. Препарат предназначен для лечения диабетической и алкогольной полинейропатий. *

АРТРОЗАН®

мелоксикам



ПРОТИВ БОЛИ, ТОЧНО В ЦЕЛЬ



Основные формы выпуска:
Ампулы 15 мг /2,5 мл №3
Ампулы 15 мг /2,5 мл №10
Таблетки 15 мг №20