

K364_18-03-2013

ПОЯСНИЧНАЯ БОЛЬ – ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ

П.Р. КАМЧАТНОВ¹, Х.Я. УМАРОВА²¹ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва;²медицинский факультет ФГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет», Грозный

Поясничная боль – исключительно распространенный синдром, ассоциированный со значительными материальными затратами, высокой частотой рецидивов, риском формирования хронической боли. При ведении пациента с поясничной болью необходимо исключить потенциальные причины вторичного характера болевого синдрома, включая травмы, новообразования, локальные инфекционные поражения, соматические заболевания. Хорошим обезболивающим эффектом обладают нестероидные противовоспалительные препараты и анальгетики, применение которых в ряде случаев сопряжено с развитием побочных эффектов. Одновременное с ними применение препарата Мильгамма – комплекса нейротропных витаминов группы В – обеспечивает повышение противоболевого эффекта, снижение потребности в применении анальгетических препаратов, сокращение сроков лечения и увеличение продолжительности ремиссии.

Ключевые слова: поясничная боль, дискогенная радикулопатия, нестероидные противовоспалительные препараты, витамины группы В, Мильгамма.

SUMMARY

LUMBAGO: ENHANCING THE EFFICIENCY OF THERAPY

P.R. KAMCHATNOV¹, Kh.YA. UMAROVA²¹N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow;²Medical Faculty, Chechen State University, Grozny

Lumbago is an exceptionally common syndrome associated with sizable material costs, high recurrence incidence rates, and a risk for chronic pain. While managing a patient with lumbago, it is necessary to exclude the potential causes of secondary pain syndrome, including injuries, neoplasms, local infections, and somatic diseases. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and analgesics, which are responsible for side effects in a number of cases, have a good analgesic effect. Concurrently with their use, Milgamma, a neutropic vitamin B complex, produces a higher antinociceptive effect, a less need for analgesic drugs, shorter treatment, and more prolonged remission.

Key words: lumbago, discogenic radiculopathy, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, B-group vitamins, Milgamma.

Контакты: Павел Рудольфович
Камчатнов
E-mail: pavkam7@gmail.com

Введение

На сегодняшний день болевые синдромы, обусловленные дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника, являются одной из наиболее распространенных причин временной утраты трудоспособности. Наиболее часто боль локализована в нижней части спины (в пояснице), что позволяет рассматривать данный синдром как поясничную боль (ПБ). Данный синдром характеризуется исключительно широкой распространенностью в популяции. Считается, что эпизоды ПБ различной степени выраженности переносят до 80 % взрослого населения планеты, при том что на протяжении последующих 12 мес у 2/3 пациентов имеет место рецидив боли, причем у 15 % боль носит интенсивный характер [1].

Согласно данным эпидемиологических исследований, ПБ наряду с острыми респираторными инфекциями является наиболее частой причиной временной утраты трудоспособности [2]. Ведение больных с суставно-мышечной патологией, в частности с ПБ, связано со значительными материальными издержками, источниками которых являются расходы на стационарное и амбулаторное лечение, невозможность в полном объеме выполнять трудовые обязанности, необходимость перехода на работу в облег-

ченных условиях. Установлено также, что дегенеративные поражения суставов позвоночника и расположенных вблизи мягких тканей, лежащие в основе ПБ, ассоциированы с широким спектром соматических заболеваний, что также повышает расходы на лечение [3]. В результате анализа фармакоэкономических характеристик ПБ было установлено, что значительное число таких больных по ряду причин не обращается за квалифицированной медицинской помощью, изыскивая возможности самостоятельного купирования болевого синдрома, основываясь на рекомендациях среднего медицинского персонала, советах родственников и близких, что искажает реальные затраты на лечение такого контингента больных в популяции [4].

Причины и клиническая характеристика поясничной боли

Широкая распространенность ПБ в значительной степени обусловлена структурно-функциональными особенностями биомеханики поясничного отдела позвоночника. Для позвоночника характерны значительный объем движений в межпозвонковых суставах, осуществление движений в различных плоскостях, значительные физические нагрузки, направленные по длинной оси позвоночника, ведущие

к травматизации суставных поверхностей. Помимо дегенеративно-дистрофических изменений в позвонках и межпозвонковых дисках (остеоартроз, спондилез, остеохондроз и их сочетание), в формировании ПБ важную роль играют изменения сухожильно-связочного аппарата с постепенно развивающейся гипертрофией связок, расположенных в спинальном канале, и мышечный спазм с выраженным нарушением осанки и формированием аномального двигательного стереотипа.

Важной причиной ПБ является грыжа межпозвонкового диска. Сама по себе перестройка ткани межпозвонковых дисков с развитием остеохондроза не является причиной возникновения боли, а представляет собой комплекс компенсаторных изменений в организме, развивающихся с возрастом. В то же время серьезным итогом данного процесса может явиться разрыв волокон фиброзного кольца и формирование грыжи межпозвонкового диска, образованного тканью пульпозного ядра [5]. Грыжа крупных размеров, располагающаяся в просвете канала, через который выходит спинальный корешок, может вызывать его компрессию, приводя к прогрессирующему нарушению функции нерва. В то же время при некоторых анатомических особенностях костного канала и расположения грыжи может не наблюдаться компрессии невралгических структур, и даже грыжа крупных размеров может протекать бессимптомно [6].

Наиболее характерное клиническое проявление ПБ – локальная боль в области, ограниченной реберными дугами и ягодичными складками. Как правило, имеет место четкая зависимость между выраженностью боли и характером и интенсивностью физической нагрузки, испытываемой индивидуумом. Также имеется четкая связь между наличием боли и положением тела – болевые ощущения обычно возникают в определенной позе и нарастают при движении (сгибание, ротация), повышенной нагрузке (подъем и перенос тяжестей), длительном пребывании в вынужденном положении [7]. Наряду с этим у большинства пациентов в определенном положении, например лежа на боку с согнутыми в коленных суставах ногами, отмечается уменьшение выраженности боли.

В том случае, если имеется компрессия спинального корешка грыжей межпозвонкового диска (радикулярный, или корешковый, синдром), как правило, происходит иррадиация боли в зону иннервации пораженного корешка. В данной ситуации боль носит характер нейропатической – она возникает вне связи с раздражением ноцицепторов, носит простреливающий, жгучий, тянущий характер, сопровождается парестезиями, дизестезией, аллодинией в соответствующей области, как правило, плохо купируется приемом противоболевых препаратов [8]. Течение болевого синдрома в данной ситуации имеет более продолжительный характер, возможны длительные обострения, нередко возникает вопрос о целесообразности оперативного лечения. Необходимо отметить, что ведение пациента с нейропатическим корешковым болевым синдромом требует специфических терапевтических подходов, отличающихся от таковых при купировании боли ноцицептивной [9].

Серьезную проблему представляет хронизация ПБ, когда боль утрачивает свои защитные функции, приобре-

тая характер самостоятельного заболевания. В данной ситуации существенно снижается эффективность проводимых лечебных мероприятий, требуются дополнительные материальные затраты на лечение, повышается риск стойкой утраты трудоспособности [10]. Риск формирования хронического болевого синдрома и степень его выраженности в значительной степени определяются эмоциональным состоянием больного, в частности наличием тревожных, депрессивных нарушений, рядом психосоциальных факторов [11]. Некоторые индивидуальные особенности личности пациента – повышенная личностная или ситуационно обусловленная тревожность, избыточное чувство ответственности, ощущение беспомощности, катастрофизация испытываемых ощущений – способны играть важную роль в формировании, становлении и поддержании болевого скелетно-мышечного синдрома, в частности ПБ.

Методы диагностики поясничной боли

В основе диагностики ПБ лежат сбор и оценка анамнестических сведений, а также изучение клинической картины заболевания. Болевой синдром может носить вторичный характер и быть обусловленным многообразными причинами – травматическим поражением позвонков, дисков и связочного аппарата позвоночника, первичными или метастатическими поражениями позвонков или мозговых оболочек, локальными инфекционными процессами (спондилит, эпидурит и пр.). В связи с этим правильный сбор анамнеза, выявление предшествующих заболеваний способны обеспечить верное направление диагностического поиска. Так, риск выявления травматического поражения позвонков возрастает у пациентов с указаниями на перенесенную в недалеком прошлом травму. Он окажется значительно более высоким у пациентов с остеопорозом, обусловленным гормональной перестройкой организма, регулярным применением кортикостероидов. Вероятность локальных инфекционных поражений значительно повышена у пациентов, перенесших септическое состояние, при нарушениях иммунитета (в частности, СПИД), при проведении частых внутривенных введений лекарственных препаратов, у больных с хроническими специфическими инфекциями (в первую очередь – туберкулезом) [12]. Серьезную диагностическую проблему представляет собой исключение соматических заболеваний, способных имитировать ПБ, – заболеваний органов малого таза, почек, мочевыводящих путей. Следует подчеркнуть, что недооценка результатов клинического осмотра может явиться основанием для неверного суждения о диагнозе и, соответственно, для выбора неверной терапевтической тактики.

Наиболее информативными диагностическими мероприятиями, позволяющими установить характер патологического процесса, уточнить локализацию и объем поражения межпозвонковых дисков, самих позвонков, суставов позвоночника, являются магнитно-резонансная томография и рентгеновская компьютерная томография, что нашло свое отражение в большинстве клинических рекомендаций по ведению пациентов с ПБ [13]. Показаниями к проведению исследований являются нарастающий или некупируемый характер болевого синдрома, неврологический дефицит, обоснованные предположения о наличии ново-

образования или воспалительного поражения позвонков или мягких тканей, указания на перенесенную травму, планируемое оперативное лечение. Стандартная рентгенография костей позвоночника, в особенности с проведением функциональных проб, способна предоставить важную информацию о характере биомеханики позвоночника и, в частности, позволяет выявить спондилолистез – смещение позвонков относительно друг друга. Следует, однако, принимать во внимание низкую чувствительность рентгенографии в выявлении грыж межпозвонковых дисков, определении их размеров и локализации, а также недостаточные возможности для выявления локальных воспалительных поражений небольших размеров и новообразований позвоночника.

Подходы к ведению пациента с поясничной болью

Основными задачами ведения больного с ПБ являются купирование болевого синдрома, обеспечение возможности пациента переносить привычные профессиональные или бытовые нагрузки, в целом – повышение качества жизни и предупреждение хронизации боли. Устранение болевых ощущений в данной ситуации не следует рассматривать как самоцель. Задачей противоболевой терапии является предоставление пациенту возможности самообслуживания и максимально полной социальной реадaptации. Спектр лечебных мероприятий у таких больных должен включать широкий комплекс немедикаментозных мероприятий (физиотерапия, рефлексотерапия, мануальная терапия, массаж и пр.), а также назначение лекарственных препаратов, обладающих противоболевой активностью, устраняющих мышечный спазм (миорелаксантов), нормализующих обменные процессы в нервной ткани.

Наиболее часто с целью купирования ПБ используют анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Несомненными и хорошо доказанными достоинствами указанных препаратов являются способность уменьшать в области поражения продукцию аллогенов – биологически активных веществ, стимулирующих и поддерживающих болевую импульсацию, угнетать процессы локального асептического воспаления, блокировать проведение болевых сигналов в вышележащие структуры нервной системы, в частности в задний рог спинного мозга.

Эффективность как НПВП, так и анальгетиков (простых и комбинированных) у пациентов с ПБ была неоднократно подтверждена в ходе рандомизированных клинических мультицентровых исследований и проведенных на их основе метаанализов [7, 14].

Благодаря своей достаточной эффективности препараты указанных групп широко применяются для лечения пациентов с ПБ, что было зафиксировано в целом ряде международных и региональных (национальных) рекомендаций [15, 16]. Выбор конкретного препарата, режим применения, срок назначения определяются его эффективностью, которая может варьировать у различных пациентов. Кроме того, необходимо учитывать индивидуальную переносимость терапии, характер и выраженность нежелательных побочных эффектов, а также наличие соматических заболеваний, способных ограничить возможность проведения полноценного курса терапии.

Несмотря на высокую эффективность НПВП, необходимо иметь в виду, что их применение, в особенности длительное, может быть ассоциировано со значительным повышением риска возникновения целого ряда нежелательных побочных эффектов, в первую очередь – гастроинтестинальных (язвы желудка или двенадцатиперстной кишки), а также со стороны сердечно-сосудистой системы (чаще всего – тромбозов и повышения системного артериального давления) [17, 18]. Вероятность гастроинтестинальных осложнений повышается при наличии факторов риска – язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в анамнезе, курения, необходимости одновременного применения других НПВП, препаратов ацетилсалициловой кислоты, кортикостероидов, в пожилом возрасте. Вероятность тромботических осложнений возрастает при назначении селективных ингибиторов циклооксигеназы-2, в особенности при их длительном применении, а также у пациентов, в недавнем прошлом перенесших эпизод острой коронарной ишемии. Имеются данные о том, что необходимость одновременного с НПВП применения лекарственных препаратов по поводу других заболеваний (антигипертензивных, холестеринснижающих и пр.) связана с риском поражения почек, печени, причем риск возрастает при увеличении лекарственной нагрузки на организм [19].

Вследствие существования реальной угрозы развития осложнений применения НПВП требуется осторожность при назначении препаратов данной группы у пациентов с ПБ. Больного необходимо информировать о том, что сроки лечения должны ограничиваться периодом устранения болевого синдрома, профилактическое назначение или чрезмерно длительное применение НПВП нецелесообразно и несет намного больше потенциальной опасности, чем положительного эффекта. Необходимо строго придерживаться рекомендованных режимов приема препаратов – не превышать суточные терапевтические дозы, эффективность и безопасность которых подтверждена в результате клинических исследований. Не следует одновременно назначать несколько препаратов из группы НПВП. Больного следует также информировать о том, что вне зависимости от формы введения препарата (энтерально, парентерально, ректально) риск развития нежелательных побочных эффектов сохраняется. В этой ситуации действенным методом снижения ulcerогенного эффекта является одновременное с НПВП применение гастропротекторов, в частности ингибиторов протонной помпы, назначение которых уменьшает риск развития язвенной болезни желудка, при том что эффективность проводимой противоболевой терапии не снижается.

Кроме того, с целью повышения эффективности и безопасности применения НПВП предлагаются и другие варианты комбинированной терапии. Так, при лечении пациентов с болевыми синдромами, обусловленными дегенеративными поражениями позвоночника, в частности с ПБ, традиционно широко применяются препараты витаминов группы В (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин), эффективность которых установлена в ходе длительного применения.

Итогом многочисленных экспериментальных и клинических исследований было установление того факта, что

витамины группы В тесно интегрированы в метаболизм нервной ткани и способствуют нормализации нарушенного обмена веществ, стимулируют в ней репаративные процессы в условиях повреждения, в значительной степени восстанавливают нарушенное проведение нервного импульса [20, 21]. Важной особенностью применения витаминов группы В является способность уменьшать интенсивность болевого синдрома, в частности при нейропатической боли [22, 23]. Указанные свойства приобретают исключительную важность при структурных поражениях нервной ткани, что наблюдается при дискогенной радикулопатии. Следует также принимать во внимание, что дефицит некоторых витаминов, в частности цианокобаламина, наблюдается при его недостаточном поступлении в организм с пищей (например, у лиц, придерживающихся строгой вегетарианской диеты), у подростков и пожилых людей [24].

Поскольку в условиях экспериментального хронического болевого синдрома анальгетический эффект витаминов группы В, в первую очередь цианокобаламина, сопоставим с таковым у ряда препаратов, применяемых с целью устранения болевого синдрома различного генеза, неоднократно предпринимались попытки изучения возможности потенцирования ими противоболевого эффекта ряда лекарственных средства, в частности НПВП.

Убедительные результаты, подтверждающие предположение об эффективности витаминов группы В в рассматриваемой ситуации, были получены в ходе ряда клинических исследований, выполненных в соответствии с требованиями доказательной медицины [25, 26]. Важным в практическом плане итогом этих работ явилось подтверждение снижения потребности пациентов с ПБ в приеме НПВП или дополнительном приеме анальгетиков. Кроме того, авторами указанных исследований было отмечено сокращение сроков лечения при одновременном применении НПВП и витаминов группы В.

Одним из комбинированных лекарственных препаратов, обеспечивающих достаточное поступление в организм

комплекса витаминов группы В в отсутствие их взаимодействия как при энтеральном, так и при парентеральном введении, является Мильгамма. В результате проведенных клинических испытаний эффективности этого препарата у пациентов с ПБ установлено, что одновременное назначение Мильгаммы и НПВП устраняет болевой синдром в более короткие сроки, чем монотерапия противоболевыми препаратами [27]. Было показано, что комбинированная терапия позволяет добиться снижения потребности в приеме НПВП, уменьшения суточных доз противоболевых препаратов, сокращения длительности их приема, а также достоверно снижает риск развития повторных обострений ПБ и увеличивает сроки ремиссии [28].

Помимо лекарственной формы комбинации витаминов группы В для парентерального применения – Мильгаммы, существует форма и для перорального применения – Мильгамма композитум. Отличительной ее особенностью является то, что в состав препарата введено производное тиамин – бенфотиамин, который вследствие устойчивости к тиаминазе – ферменту, разрушающему тиамин, в просвете кишечника не разлагается, легко усваивается и проникает в ткани при пероральном приеме. Помимо бенфотиамина в состав Мильгаммы композитум входит B_6 – важный активатор синтеза нейромедиаторов серотонина и норадреналина.

В острой стадии заболевания целесообразно назначать Мильгамму по 2 мл внутримышечно ежедневно 1 раз в сутки на протяжении 10 дней. В последующем показано применение Мильгаммы композитум по 1 драже 3 раза в сутки в течение 2–4 нед. Показаниями для пролонгированного курса лечения являются хронический характер болевого синдрома, наличие клинических признаков сдавления спинального корешка. В связи с отсутствием возможности накопления препарата в организме курс лечения может продолжаться столько, сколько этого требует состояние больного. Приведенный материал позволяет считать обоснованным применение препарата Мильгамма в комплексной терапии пациентов с ПБ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Hall H., McIntosh G. Low back pain (acute). Clin Evid (Online). 2008;2008. pii: 1102. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907975/>.
- Le T.K., Montejano L.B., Cao Z. et al. Health care costs in US patients with and without a diagnosis of osteoarthritis. J Pain Res 2012;(5):23–30.
- Lawrence R.C., Felson D.T., Helmick C.G. et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. Arthritis Rheum 2008;58(1):26–35.
- Scott N.A., Moga C., Harstall C. Managing low back pain in the primary care setting: the know-do gap. Pain Res Manag 2010;15(6):392–400.
- Likar R., Kager I., Obmann M. et al. Treatment of localized neuropathic pain after disk herniation with 5% lidocaine medicated plaster. Int J Gen Med 2012;(5):689–92.
- Sharma H.A., Gupta R., Olivero W. fMRI in patients with lumbar disc disease: a paradigm to study patients over time. J Pain Res 2011;(4):401–5.
- Koes B.W., van Tulder M., Lin C.W. et al. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. Eur Spine J 2010;19(12):2075–94.
- Rihn J.A., Hilibrand A.S., Radcliff K. et al. Duration of Symptoms Resulting from Lumbar disc herniation: effect on treatment outcomes: analysis of the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). J Bone Joint Surg Am 2011;93(20):1906–14.
- Яхно Н.Н. Боль. Руководство для студентов и врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2010.
- Pillastrini P., Gardenghi I., Bonetti F. et al. An updated overview of clinical guidelines for chronic low back pain management in primary care. Joint Bone Spine 2012;79(2):176–85.
- White A.P., Arnold P.M., Norvell D.C. et al. Pharmacologic management of chronic low back pain: synthesis of the evidence. Spine (Phila Pa 1976) 2011;36(21 Suppl):S131–43.
- Ferguson F., Holdsworth L., Rafferty D. Low back pain and physiotherapy use of red flags: the evidence from Scotland. Physiotherapy 2010;96(4):282–8.
- Chou R., Qaseem A., Owens D. et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2011;154(3):181–9.
- Dagenais S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. Spine J 2008;8(1):8–20.

15. Delitto A., George S.Z., Van Dillen L.R. et al.; Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. Low back pain. J Orthop Sports Phys Ther 2012;42(4):A1–57.
16. Guevara-López U., CovarrubiasGómez A., Elías-Dib J. et al. Practice guidelines for the management of low back pain. Consensus Group of Practice Parameters to Manage Low Back Pain. Cir Cir 2011;79(3):264–79.
17. Caldwell B., Aldington S., Weatherall M. et al. Risk of cardiovascular events and celecoxib: a systematic review and metaanalysis. J R Soc Med 2006;99(3):132–40.
18. McGettigan P., Henry D. Use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs that elevate cardiovascular risk: an examination of sales and essential medicines lists in low-, middle-, and high-income countries. PLoS Med 2013;10(2):e1001388.
19. Lapi F., Azoulay L., Yin H. et al. Concurrent use of diuretics, angiotensin converting enzyme inhibitors, and angiotensin receptor blockers with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and risk of acute kidney injury: Nested case-control study. BMJ 2013;(346):e8525.
20. Kuwabara S., Nakazawa R., Azuma N. et al. Intravenous methylcobalamin treatment for uremic and diabetic neuropathy in chronic hemodialysis patients. Intern Med 1999;38(6):472–5.
21. Caram-Salas N.L., Reyes-García G., Medina-Santillán R., Granados-Soto V. Thiamine and cyanocobalamin relieve neuropathic pain in rats: synergy with dexamethasone. Pharmacology 2006;77(2):53–62.
22. Stabler S.P. Clinical practice. Vitamin B12 deficiency. N Engl J Med 2013;368(2):149–60.
23. Wang Z.B., Gan Q., Rupert R.L. et al. Thiamine, pyridoxine, cyanocobalamin and their combination inhibit thermal, but not mechanical hyperalgesia in rats with primary sensory neuron injury. Pain 2005;114(1–2):266–77.
24. Pawlak R., Parrott S.J., Raj S. et al. How prevalent is vitamin B(12) deficiency among vegetarians? Nutr Rev 2013;71(2):14–8.
25. Mibielli M., Geller M., Cohen J. et al. Diclofenac plus B vitamins versus diclofenac monotherapy in lumbago: the DOLOR study. Curr Med Res Opin 2009;25(11):2589–99.
26. Chiu C.K., Low T.H., Tey Y. et al. The efficacy and safety of intramuscular injections of methylcobalamin in patients with chronic nonspecific low back pain: a randomised controlled trial. Singapore Med J 2011;52(12):868–73.
27. Левин О.С., Мосейкин И.А. Комплекс витаминов группы В (милльгамма) в лечении дискогенной поясничнокрестцовой радикулопатии. Журнал неврологии и психиатрии 2009;109(10):30–5.
28. Батышева Т.Т., Отческая О.В., Хозов А.А. и др. Эффективность применения комбинации препаратов артрозан и комбилипен у пациентов с острой болью в нижней части спины. Журн. неврол. и психиатр. 2011;111(9 Часть 2):41–4.

Данная статья впервые была опубликована в журнале «Клиницист», №1.2013.