

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ БОЛИ В СПИНЕ

В. Шмырев, доктор медицинских наук, профессор,
С. Крыжановский, кандидат медицинских наук
ЦКБ УД Президента РФ
E-mail: smk@inbox.ru

При ведении пациентов с болями в спине необходимо исключить специфические причины последних, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста. Проведенные исследования показывают, что комбинированная терапия нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) и витаминами группы В дает эффект синергии и позволяет быстрее купировать болевой синдром.

Ключевые слова: боль в спине, НПВП, витамины группы В.

Проблема болей в спине актуальна не только для неврологов, но и для врачей общетерапевтической практики. В европейских странах пациенты с болями в нижней части спины по частоте обращаемости к врачу занимают 5-е место [1].

Современные методы обследования пациента с болью в спине позволили переоценить этиологические факторы данной патологии, что в свою очередь привело к изменению терапевтических подходов к ведению больных. Источниками боли могут быть связки, фасеточные суставы, паравертебральные мышцы и связки, фиброзное кольцо, нервные стволы и т.д. Однако в большинстве случаев их причиной становятся мышечно-связочные повреждения и возрастные дегенеративные изменения в межпозвоночных дисках и фасеточных суставах [2]. В 70–85% случаев невозможно установить анатомическую причину болей, а именно — связь между выявленными изменениями при магнитно-резонансной томографии и клиническими симптомами. В связи с этим после исключения специфических причин болей (онкологические, воспалительные и т.д.) в большинстве случаев диагностируют неспецифический характер боли в спине [2, 3]. При этом необходимо оговориться, что диагностика неспецифических болей определяется тактикой исключения. Специфические причины боли составляют всего около 10%, однако именно их необходимо исключить [3]. В таблице приведены маркеры, которые могут указать на специфический характер болей [4–9]. Особое внимание должно быть уделено пациентам пожилого и старческого возраста, у которых риск выявления специфических причин возрастает [10].

«Неспецифические» боли — термин, объединяющий большую группу причин при невозможности установить анатомический источник боли. Несмотря на то, что причины возникновения боли в поясничной или крестцовой области довольно многочисленны, принципы лечения такого рода нарушений в целом существенно не различаются. Уточнение характера изменений, индуцирующих болевые ощущения у большинства больных, не имеет практического значения для определения терапевтической тактики [9, 11]. Крайне важны клиническая картина и длительность болей,

а именно — разделение больных с острой и хронической болью, что обуславливает принципиально разные стратегии ведения пациентов.

Лечение острой боли в спине обуславливает применение препаратов, направленных на купирование болевого синдрома. При болях в спине наиболее часто применяются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые оказывают хороший обезболивающий эффект и выраженное противовоспалительное действие [8, 12]. Часто назначают комбинированную терапию — сочетание НПВП и витаминов группы В; эффективность данной комбинации продемонстрирована в ряде исследований [1].

Механизм действия НПВП заключается в подавлении фермента циклооксигеназы (ЦОГ), играющей ведущую роль в синтезе метаболитов арахидоновой кислоты (простагландинов и др.), усиливающих воспалительный процесс и непосредственно участвующих в формировании болевых ощущений. НПВП противопоказаны при язвенной болезни желудка; их рекомендуют применять внутрь во время еды, а при риске осложнений для защиты желудка используют антациды. Среди неселективных НПВП используются диклофенак натрия, кетопрофен, лорноксикам, ибупрофен, блокирующие 2 изоформы ЦОГ. Нет данных, свидетельствующих об анальгетических преимуществах какого-либо представителя группы НПВП при неспецифических болях в нижней части спины. Выбор конкретного НПВП зависит от индивидуальной переносимости препарата пациентом, спектра побочных проявлений, а также длительности действия препарата. НПВП позволяют достоверно снизить выраженность боли, улучшить общее самочувствие и ускорить восстановление нормальной функции как при острой, так и при хронической боли в спине [7].

Одним из препаратов этой группы, обладающим выраженным обезболивающим эффектом, является Ксефокам (лорноксикам). При пероральном и парентеральном применении отмечается быстрая абсорбция препарата. Максимальные концентрации в плазме достигаются через 1–2 ч после приема внутрь. Время достижения максимальной концентрации препарата Ксефокам Рапид короче, чем у препарата Ксефокам таблетки и эквивалентно лекарственным формам лорноксикама, предназначенным для парентерального введения. Абсолютная биодоступность всех форм Ксефокама схожа и составляет 90–100%. В отличие от других оксикамов, Ксефокам характеризуется коротким периодом полувыведения (3–5 ч), что объясняет крайне низкую вероятность кумуляции препарата и снижает риск его передозировки, а также создает возможность восстановления уровня простагландинов, необходимых для защиты слизистой оболочки желудка и поддержания нормального кровотока в почках. Учитывая двойной путь выведения препарата (1/3 выводится почками с мочой, 2/3 — печенью и кишечником), при легкой и умеренной степени печеночной (или) почечной недостаточности коррекции его дозы не нужно. Фармакокинетические процессы у лиц пожилого возраста и молодых людей при использовании препарата протекают примерно одинаково, поэтому какого-либо изменения дозы препарата у пожилых не требуется [13, 14].

Препараты витаминов тиамина, пиридоксина и цианокобаламина с середины прошлого столетия нашли применение в клинической практике в качестве анальгезирующих препаратов. Этому способствовало несколько факторов, в частности, опыт применения препаратов витаминов груп-

пы В при лечении ряда заболеваний, сопровождающихся неврологическими симптомами. Немаловажна также хорошая переносимость. В большинстве случаев их используют в качестве адьювантной терапии при болевых синдромах, психозах, астении и т.д. Очень часто при этом достигаются хорошие результаты [11].

Экспериментальные исследования позволили предположить, что возможный антиноцицептивный эффект при применении комбинированного витаминного комплекса обусловлен ингибированием синтеза и (или) блокированием действия воспалительных медиаторов, усилением действия норадреналина и серотонина – главных антиноцицептивных нейромедиаторов [15].

Среди последних зарубежных исследований по этой проблеме наиболее известно – DOLOR (2009 г.) [1], цель которого – оценка влияния витаминов В₁, В₆ и В₁₂ на обезболивающий эффект диклофенака у пациентов с люмбаго нетравматического генеза. В исследовании участвовали 372 пациента в возрасте от 18 до 65 лет с длительностью болей не более 3 дней. Интенсивность боли, оцененной по визуальной аналоговой шкале (0–100 мм), составляла от 20 до 100 мм. Пациенты были распределены в 2 группы: 187 больных получали комбинированную терапию (диклофенак в таблетках 50 мг и витамины группы В: 50 мг тиамина мононитрата – В₁, 50 мг пиридоксина гидрохлорида – В₆ и 1 мг цианокобаламина – В₁₂); 185 пациентам проводилось лечение только диклофенаком (в таблетках 50 мг). Основными критериями оценки результатов лечения стала динамика интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), степень функционального восстановления оценивалась по специально разработанному опроснику для пациента, для определения объема движения в поясничном отделе позвоночника использовался тест – определялось

расстояние между полом и средними пальцами при наклоне вперед.

Исследование продемонстрировало, что при добавлении к диклофенаку витаминов удавалось, в отличие от монотерапии НПВП, быстрее достичь достоверного улучшения (в течение 3 дней от начала лечения). Из 3 используемых критериев наиболее чувствительным оказался тест оценки боли по ВАШ, затем – тест на расстояние между пальцами и полом; после третьего дня отмечалось достоверно более быстрое восстановление функционального состояния пациентов в группе комбинированной терапии. Учитывая этот факт, авторы исследования пришли к выводу, что тест ВАШ более четко отражает состояние и регресс болевого синдрома, в то время как опросник, отражающий функциональное состояние, является более интегративным параметром, отражающим изменение самочувствия в течение нескольких дней. Учитывая это обстоятельство, можно сделать вывод, что комбинированная терапия НПВП и витаминами группы В способствует более быстрому регрессу болевых ощущений в начале лечения и последующему функциональному восстановлению.

Исследованию DOLOR предшествовали другие наблюдения, в которых сравнивали эффект совместного применения НПВП и витаминов с монотерапией.

С учетом необходимости совместного применения указанных витаминов на российском фармацевтическом рынке представлены препараты, которые содержат комбинацию витаминов группы В: В₁, В₆ и В₁₂. Одним из таких препаратов является Нейробион. В случае выраженного болевого синдрома лечение целесообразно начинать с 1 ампулы (3 мл) в сутки до снятия острых симптомов. После улучшения или в случаях умеренной тяжести симптомов Нейробион продолжают вводить по 1 ампуле 2–3 раза в неделю в течение 2–3 нед. Для

поддерживающей терапии, профилактики рецидива или продолжения курса лечения рекомендуется Нейробион в другой лекарственной форме (таблетки, покрытые оболочкой) [16]. Важным преимуществом является то, что обе формы препарата Нейробион содержат все 3 нейротропных витамина группы В как в ампулах, так и в таблетках.

Таким образом, неспецифический характер болевого синдрома в спине встречается часто в клинической практике как врача-невролога, так и врачей общей практики. При этом необходимо помнить, что начального лечения должно предшествовать исключение возможных специфических причин, чему могут помочь диагностические маркеры. Наиболее эффективной терапией является назначение НПВП с добавлением в комплекс лечения тиамин, пиридоксин и цианокобаламина в виде комбинированной лекарственной формы.

Диагностические маркеры специфических причин болей

Причина боли	Маркеры
Онкологическое поражение	Потеря массы тела в последнее время В анамнезе онкологические заболевания Слабость в последнее время Стойкая боль, отсутствие эффекта (малая эффективность) анальгетиков и противовоспалительных препаратов Возраст ≥50 лет
Инфекционные заболевания позвоночника	В анамнезе хронические инфекции или перенесенная острая инфекция Повышенная температура Внутривенное ведение препаратов
Компрессионный перелом позвоночника	Возраст: пожилой и старческий Указание в анамнезе на остеопороз Лица с маркерами, указывающими на остеопороз: <ul style="list-style-type: none"> • длительное лечение глюкокортикоидами; • преждевременная менопауза, андропауза, эректильная дисфункция; • наличие атравматических переломов, семейный анамнез с указанием на переломы костей скелета у ближайших родственников; • снижение роста более чем на 3 см; • курение и алкоголизм
Анкилозирующий спондилит	Возраст: молодой Утренняя скованность Прерывание сна от боли в спине во 2-ю половину ночи Боли в ягодичах
Патология желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы	Боли связаны с приемом пищи Тошнота, рвота, изменение стула Усиление болей при мочеиспускании и дефекации

Литература

1. 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.
2. Сурская Е.В. Современные аспекты лечения дорсопатии // *РМЖ.* – 2009; 17 (20): 1311–16.
3. Неврология для врачей общей практики / Под ред. проф., чл.-корр. РАМН А.М. Вейна. – Эйдос Медиа. – 2001; с. 93–113.
4. Алексеев В.В. Дифференциальная диагностика и лечение болей в пояснице // *РМЖ.* – 2002; 12–13 (10): 533–9.
5. Верткин А.Л., Наумов А.В., Горулева и др. Остеопороз и дегенеративные заболевания позвоночника в общетерапевтической практике // *РМЖ.* – 2006; 25 (14): 1794–800.
6. Дифференциальная диагностика нервных болезней / Руководство для врачей. Под ред. Г.А. Акимова и М.М. Одинак. – Изд. 2-е, испр. и дополн. – СПб.: Гиппократ, 2000: с 230–67.
7. Кукушкин М.Л. Неспецифическая боль внизу спины // *РМЖ.* – 2010; 18 (спец. вып. Болевой синдром): с. 26–31.
8. Левин Я.И., Кудачова А.М. Боли в спине // *РМЖ.* – 2009; 7 (17): 436–8.
9. Манвелов Л.С., Тюриков В.М. Поясничные боли (этиология, клиника, диагностика и лечение) // *РМЖ.* – 2009; 20 (17): 1290–95.
10. Халецкая В.А. Клинические особенности болевого синдрома в спине в пожилом и старческом возрасте // *Кремлевская мед.* – 2003; 2: 50–4.
11. Данилов А.Б. Лечение острой боли в спине: витамины группы В или НПВП? // *РМЖ.* – 2010; 18 (спец. вып. Болевой синдром): 35–40.
12. Kuhlwein A., Meyer H., Koehler C. Reduced diclofenac administration by B vitamins: results of a randomized double-blind study with reduced daily doses of diclofenac (75 mg diclofenac versus 75 mg diclofenac plus B vitamins) in acute lumbar vertebral syndromes // *Klin. Wochenschr.* – 1990; 2 (68): 107–15.
13. Гришаева Т.П., Балабанова Р.М. Применение Ксефокама (лорноксикама) для купирования острого и хронического болевого синдрома // *РМЖ.* – 2005; (13): 1009–11.
14. Ксефокам рапид (Xefocam rapid): инструкция по применению, противопоказания, состав и цена. www.rlsnet.ru. – 2012.
15. Данилов А.Б. Витамины группы В в лечении болевых синдромов // *Трудный пациент.* – 2010; 12: 34–40.
16. Нейробион (Neurobion): инструкция по применению, противопоказания, состав и цена. www.rlsnet.ru. – 2012.

Professor **V. Shmyrev, MD**; **S. Kryzhanovskiy**, Candidate of Medical Sciences Training and Research Medical Center, Department for Presidential Affairs of the Russian Federation

When managing patients with back pain, one should rule out the specific causes of the latter particularly in elderly and senile patients. The performed studies show that combined therapy with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and B-group vitamins provides a synergistic effect and allows the pain syndrome to be more promptly relieved.

Key words: back pain, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, B-group vitamins.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПАНАНГИН В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРИОД ЛЕТНЕЙ ЖАРЫ

Ф. Агеев, доктор медицинских наук, профессор,
М. Смирнова, кандидат медицинских наук,
П. Галанинский, **О. Свирида**, кандидат медицинских наук,
А. Кузьмина, кандидат медицинских наук,
И. Патрушева, кандидат медицинских наук,
Э. Нуралиев, кандидат медицинских наук
Научно-диспансерный отдел НИИ кардиологии
им. А.Л. Мясникова РКНПК Минздравсоцразвития РФ
E-mail: ageev@cardio.ru

Оценивалось влияние Панангина на электролитный баланс, реакцию сердечно-сосудистой системы, психологический статус и качество жизни (КЖ) больных компенсированной АГ в условиях летней жары. В исследование был включен 61 больной, получающий терапию гипотензивными средствами, включая ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ); 31 больному к базовой терапии был добавлен Панангин (1 таблетка 3 раза в день), остальные 30 больных составили группу контроля. У всех больных в группе Панангина в период жары отмечались тенденция к снижению тревожности и достоверное улучшение КЖ, отсутствовавшие в контрольной группе. Степень прироста КЖ достоверно коррелировала с повышением плазменной концентрации K^+ и Mg^{++} . Повышению КЖ при приеме Панангина в жаркий период могли способствовать незначительное повышение систолического АД и снижение частоты сердечных сокращений. Согласно результатам исследования, Панангин может быть использован для улучшения КЖ больных с компенсированной АГ в период летней жары. Применение Панангина в профилактических дозах безопасно, в том числе в сочетании с ИАПФ и у пожилых больных.

Ключевые слова: жара, Панангин, качество жизни.

В4-м Докладе Межправительственной группы экспертов по изменению климата (Intergovernmental Panel on Climate Change, 2007) признано, что потепление климата в ближайшие годы будет продолжаться [1]. Климатические модели предсказывают, что в результате потепления климата будет увеличиваться вероятность наблюдения как отдельных дней с аномально высокими температурами, так и волн жары (heat wave) — нескольких последовательных аномально жарких дней. Учитывая, что длительное воздействие экстремальных климатических ситуаций может играть роль самостоятельного стрессового фактора, оказывающего влияние на течение основного заболевания, представляется целесообразным изучить эффективность дополнительного профилактического назначения препаратов, повышающих устойчивость организма к стрессу (адаптогенов).

Препарат Панангин (производитель — компания Гедеон Рихтер, Венгрия), содержащий 140 мг магния аспарагината