

Амелотекс в лечении хронических болевых синдромов в спине

И.Ю. Суворова

Областная клиническая больница, Омск

В последнее время наблюдается значительный рост числа больных с длительными рецидивирующими и хроническими болевыми синдромами различного происхождения. Обследован 41 пациент с болями в спине. Выделено два вида боли: вертеброгенного и невертеброгенного характера. Правомерность такого выделения подтверждена инструментальными методами исследования. Проведено лечение селективным нестероидным противовоспалительным препаратом (Амелотексом). На фоне лечения отмечалось уменьшение болевого синдрома.

Ключевые слова: боль в спине, остеохондроз, Амелотекс.

Контакты: Ирина Юрьевна Суворова irina-suv@mail.ru

AMELOTEX IN THE TREATMENT OF CHRONIC BACK PAIN SYNDROMES

I. Yu. Suvorova

Regional Clinical Hospital, Omsk

Recently there has been a considerable increase in the number of patients with lingering recurrent and chronic pain syndromes of various origin. Forty-one patients with dorsopathies were examined. Two types of pain were identified; these were vertebrogenic and nonvertebrogenic pains. The appropriateness of this identification was confirmed by instrumental studies. Treatment was performed using a selective nonsteroidal anti-inflammatory drug (Amelotex). Pain syndrome relief was noted during the therapy.

Key words: back pain, osteochondrosis, Amelotex.

Contact: Irina Yuryevna Suvorova irina-suv@mail.ru

В последнее время в большинстве промышленно развитых стран наблюдается значительный рост числа больных с длительными рецидивирующими и хроническими болевыми синдромами различного происхождения. Согласно данным эпидемиологических исследований, на долю таких больных приходится около 45% населения [1]. По данным ВОЗ, до 40% взрослых людей страдают дорсалгиями продолжительностью более 1 дня, при этом у половины из них болевой синдром отмечается свыше 4 нед, а 15% вынуждены терпеть боль в спине каждый день [2]. Пик жалоб на боль в пояснично-крестцовой области приходится на возраст 30—50 лет, что определяет большое социальное значение дорсалгии как одной из наиболее частых причин временной нетрудоспособности. С патофизиологической точки зрения острая боль относится к процессам дизрегуляции с расстройством структурно-функционального гомеостаза, метаболизма и функций. Однако эти нарушения, как правило, транзиторные и исчезают после прекращения патологического процесса. При хронизации боли возникает дизрегуляторная патология, характеризующаяся устойчивым нарушением функции, выходящим за рамки поврежденных структур и не исчезающим после ликвидации повреждения, при этом она сама становится эндогенной причиной развития новой патологии на организменном уровне [3]. Патогенетической основой дизрегуляции при дорсалгии являются агрегаты взаимодействующих гиперактивных нейронов с нарушенными тормозными механизмами и повышенной возбудимостью, возникающие вследствие деафферентации структур, осуществляющих проведение и обработку ноцицептивных сигналов на разных уровнях в результате воздействия алколенов (гистамин, серотонин, АТФ, лейкотриены,

ИЛ 1, ФНО α и др.) и выделение из пресинаптических терминалей С-афферентов возбуждающих аминокислот, нейрокининов и оксида азота. В результате усиления ноцицептивного афферентного потока происходят NMDA-зависимое увеличение концентрации внутриклеточного кальция и фосфолипазы A2, которая стимулирует образование свободной арахидоновой кислоты и синтез простагландин в нейронах, что в свою очередь дополнительно повышает возбудимость нейронов спинного мозга [2, 4]. Совокупность нейропластических изменений в системе регуляции болевой чувствительности приводит к образованию нового динамического состояния — патологической алгической системы, являющейся основой формирующегося патологического синдрома. По этиологическому признаку боль в спине разделяют на вертеброгенную и невертеброгенную [5].

Наиболее частой причиной боли в спине (дорсалгия) являются остеохондроз — дегенеративное заболевание суставов и межпозвонковых дисков [2] — и различные его осложнения. При остеохондрозе в развитии болевого синдрома можно выделить три основных механизма: первичное раздражение болевых рецепторов позвоночного столба, связанное с разрушением тканей фиброзного кольца межпозвонкового диска (начальные стадии заболевания); повреждение спинномозговых корешков и спинных нервов при деформации позвоночника или образовании грыжи межпозвонкового диска (более поздние стадии); центральная сенситизация боли (образование очага раздражения в головном мозге), вызванная длительной персистенцией болевых раздражений на уровне позвоночника. Бесспорным остается то, что независимо от стадии и механизма развития заболевания одним из центральных патогенетических фак-

торов при остеохондрозе является локальное воспаление. Кроме того, существует очевидная патогенетическая связь между локальным воспалением и возникновением болевого синдрома: биологически активные вещества, вызывающие воспаление, при воздействии на нервные окончания провоцируют боль. Изначально болевые ощущения играют роль оповещения о наличии очага воспаления или разрушения тканей. Реакция организма на боль всегда направлена на локализацию очага воспаления или уменьшение нагрузки на пораженный орган. В случае хронических заболеваний опорно-двигательного аппарата хроническая боль становится серьезной проблемой из-за возможности развития вторичных заболеваний, например депрессии или искривления позвоночника из-за длительного поддержания анталгической позы. Следовательно, одним из направлений комплексного лечения остеохондроза и других заболеваний, сопровождающихся дорсалгией, является длительное и качественное устранение болевого синдрома. Принимая во внимание общность патогенетических механизмов развития боли и воспаления, в лечении болевого синдрома при хронических заболеваниях позвоночника используют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Основным механизмом действия НПВП заключается в блокировании фермента, участвующего в синтезе медиаторов (посредников) воспаления и боли, а также расширения сосудов. Такой фермент (ЦОГ) существует в организме в двух вариантах — ЦОГ 1 и ЦОГ 2. При этом роль ЦОГ 1 сводится к выработке простагландинов, необходимых для поддержания различных физиологических функций (например, расширение сосудов слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки как механизм защиты от агрессивного воздействия желудочного сока), а ЦОГ 2 появляется исключительно в очагах воспаления, будучи основным «производителем» медиаторов боли и воспаления (другие типы простагландинов). Одним из селективных ингибиторов ЦОГ 2 является Амелотекс — НПВП, относящийся к классу оксикамов, производных энолиевой кислоты, оказывающий анальгетическое, противовоспалительное и жаропонижающее действие. Амелотекс селективно ингибирует ферментативную активность ЦОГ 2, подавляет синтез простагландинов в области воспаления в большей степени, чем в слизистой оболочке желудка или почках, реже вызывает эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта по сравнению с неселективными НПВП [6]. Амелотекс выпускается в виде раствора для внутримышечного введения. 1 ампула (1,5 мл) содержит в качестве активного вещества 15 мг мелоксикама.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности Амелотекса в патогенетическом лечении пациентов, страдающих болью в спине.

Материал и методы. Обследован 41 пациент (25 мужчин и 16 женщин, средний возраст — $40,5 \pm 15,6$ года), обратившийся с жалобами на боль в поясничной области. В исследование были включены пациенты с острыми болевыми

Характеристика боли в спине

Вертеброгенная	Невертеброгенная
Грыжа диска	Миофасциальный синдром
Спондилез	Фибромиалгия
Остеофиты	Психогенная
Люмбализация	Отраженная
Фасеточный синдром	Интра-/экстраспинальные опухоли
Анкилозирующий спондилит	Метастатические опухоли
Спинальный стеноз	Ретроперитонеальные опухоли
Нестабильность, спондилолистез	Эпидуральный абсцесс
Компрессия позвонков	Сирингомиелия
Опухоли позвонков	Остеоартриты

синдромами либо с обострением хронической боли в спине различного генеза (люмбаго, люмбалгия, люмбоишиалгия, вертеброгенная радикулопатия, миофасциальный болевой синдром, патология илиосакральных сочленений). В 1-ю группу вошли 23 больных с вертеброгенной болью (18 мужчин и 5 женщин) с подтвержденной радикулопатией корешков L_{II-IV} (2), L_V—S_I (3), S_I (6) и 12 пациентов с вертеброгенной люмбалгией. Основными клиническими признаками корешкового уровня поражения являлись: наличие вертебрального симптомокомплекса у 12 (92%) пациентов, сопровождавшегося положительными симптомами натяжения у 11 (84,6%), болевой гипестезией по корешковому типу у 9 (69,2%), снижением/отсутствием как минимум одного рефлекса — коленного у 2 (15,4%), ахиллова у 9 (69,2%). Всем пациентам выполнены мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ), выявившие наличие протрузий межпозвонковых дисков размером от 3 до 6 мм (L_{II-IV} — у 3 больных, L_V—S_I — у 8) с компрессией корешков соответствующего уровня без признаков компрессии спинного мозга. Диагноз вертеброгенной люмбалгии без корешкового синдрома устанавливали на основании преобладания в клинической картине у этих пациентов проявлений вертебрального и мышечно-тонического синдрома в виде напряжения длинных мышц спины (90%), сглаженности поясничного лордоза (80%), ограничения подвижности в поясничном отделе позвоночника, особенно при наклоне назад (70%). В этих случаях при МРТ и МСКТ выявлены признаки нейродегенеративных изменений позвоночника без компрессии корешков. Во 2-ю группу с невертеброгенным характером дорсалгии включены 17 больных (5 мужчин и 12 женщин) с анкилозирующим спондилоартрозом (2), вертеброгенной торакалгией (9), артрозом суставов (5), миозитом (1). В клинической картине у них доминировали симптомы фибромиалгии и миофасциального болевого синдрома. Пациентов старше 75 лет, а также лиц с повышенной чувствительностью к НПВП (заболевания ЖКТ, почечная и печеночная патология) в обследование не включали. Всем больным проведено тщательное клиничко-неврологическое обследование. Таким образом, 40 пациентам был назначен Амелотекс в дозе 15 мг внутримы-

шечно в течение 6 дней. Динамику восприятия боли оценивали по 10-балльной ВАШ до и после назначения препарата. Динамику нарушения жизнедеятельности при боли в спине анализировали с помощью опросника Освестри, включающего 10 разделов, описывающих как жалобы, так и нарушение в различных сферах жизнедеятельности больных с оценкой показателей в процентах [7]. Основную оценку результатов проводили на основании анализа «рангового индекса» (РИ), определяемого по сумме порядковых номеров дескрипторов в каждой из субшкал [5]. Для сравнения зависимых и независимых выборок применяли дисперсионный анализ и t-тест Стьюдента.

Результаты исследования. В связи с аллергической реакцией (сыпь) на Амелотекс 1 пациентка исключена из исследования. Среднее значение боли по ВАШ до назначения Амелотекса составило $64,8 \pm 0,84$ мм в 1-й группе (вертеброгенная боль) и $69,1 \pm 1,08$ мм во 2-й (миофасциальный синдром, фибромиалгия, психогенная боль). Сравнение средних показателей боли по ВАШ в группах больных до лечения выявило отсутствие статистически значимых их отличий по t-критерию Стьюдента для парных независимых выборок ($p=0,176$). Другими словами, у всех пациентов при фоновом обследовании зарегистрировано субъективно одинаковое восприятие боли. Средний РИ боли до лечения составил $18,4 \pm 9,7$ и $21,2 \pm 11,7$ в 1-й и 2-й группах больных соответственно. При этом аналогично сравнению средних значений по ВАШ при первом обследовании статистически значимых отличий указанных показателей не выявлено ($p=0,425$), что объективизирует сходные фоновые характеристики боли у всех включенных в исследование пациентов.

Таким образом, полученные результаты позволили обьективизировать одинаковый уровень восприятия боли, приводящий к сходным параметрам ухудшения жизнедеятель-

ности в группах пациентов с различными видами структурно-функциональных дизрегуляций при развитии болевого синдрома в спине. Среднее значение оценки боли по ВАШ после лечения Амелотексом составило $52,0 \pm 1,6$ мм у больных 2-й группы и $53,0 \pm 1,5$ мм в 1-й группе.

Применение t-критерия Стьюдента для зависимых выборок позволило установить высокую статистическую значимость ($p=0,001$) отличия интенсивности боли по ВАШ до и после лечения в обеих группах. Анализ РИ не выявил статистически значимых отличий фоновых и контрольных значений у пациентов 2-й группы ($p=0,082$). В то же время у больных 1-й группы отмечено достоверное снижение РИ до $14,6 \pm 9,2$ ($p=0,044$).

Таким образом, анализ болевого синдрома показал, что у больных 1-й группы до лечения его интенсивность по ВАШ составляла в среднем $64,8 \pm 0,84$ мм, у пациентов 2-й группы — $69,1 \pm 1,08$ мм (лечение в течение 6 дней). На фоне терапии интенсивность болевого синдрома снизилась: в 1-й группе она составила $51,3 \pm 1,5$ мм, во 2-й — $51,2 \pm 1,6$ мм. Наибольший статистически значимый эффект был достигнут у пациентов с вертеброгенной дорсалгией по данным опросника Освестри. Полученные нами данные, свидетельствующие об эффективности селективных ЦОГ 2 при боли в спине, подтверждаются результатами исследования кафедры нервных болезней ММА им. И.М. Сеченова, в котором у 20 подобных больных использовали мелоксикам.

Заключение

1. Амелотекс оказался эффективным независимо от генеза боли в спине (вертеброгенная, невертеброгенная).
2. Отмечена хорошая переносимость препарата, о чем свидетельствовало отсутствие у пациентов жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта.
3. Дозы и длительность приема препарата следует подбирать с учетом нозологической формы.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Жарков П.Л., Жарков А.П., Бубновский С.М. Поясничные боли. М.: Юниартприм, 2001.
2. Путилина М.В., Гайкин А.В., Казакова Т.В. Дорсопатия поясничного отдела (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). Методическое пособие для врачей. М., 2007;2—12.
3. Кукушкин М.Л., Решетняк В.К. Дизрегуляторные механизмы патологической боли. В кн.: Дизрегуляторная патология. Под ред. Г.Н. Крыжановского. М.: Медицина, 2002;616—34.
4. Кузьменко В.В., Фокин В.А., Соколов Е.Л. Психологические методы количественной оценки боли. Сов мед 1986;10:44—8.
5. Вейн А.М., Данилов А.Б. Боли в спине. Провизор 2000;9:27—9.
6. Левин О.С. Современные подходы к диагностике и лечению боли в спине. М., 2006;62.
7. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники медицинской реабилитации. М.: Медицина, 2002;397 с.