

В.М. Міщенко, д. мед. н., К.В. Харіна, к. мед. н., Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України, м. Харків

Біль у спині: сучасний погляд на патогенез та лікування

Біль є найчастішою причиною, із приводу якої пацієнти звертаються по медичну допомогу. Біль у спині (БС) різної інтенсивності у той чи інший період життя відзначають 80-100% популяції. Протягом року на БС скаржаться приблизно 20% осіб, із них половина – працездатного віку. При цьому майже вдвічі частіше больовий синдром зустрічається в тих, чия робота пов'язана з фізичним навантаженням. Думка про те, що БС виникає тільки в літньому віці, часто помилкова. Це надзвичайно обтяжливий стан, що може вражати усі вікові категорії.

Біль у спині — складний різномірний медичний стан, що включає широкий спектр симптомів. Крім того, це часта причина тимчасової непрацездатності та інвалідизації, яку за масштабами фінансових витрат перевершує лише головний біль. Систематичний аналіз даних глобального тягаря хвороб 2017 р. показав, що БС стабільно посідає перше місце серед причин непрацездатності населення багатьох країн світу та є причиною 21,7 млн років життя, скоригованих на інвалідність. БС — симптом, а не діагноз, включений у МКХ-10 (М54.5) через високу поширеність і часту неможливість встановити його анатомічну причину.

БС (дорсалгія) — міждисциплінарна проблема, яка може спостерігатися при неврологічних, ортопедичних, ревматологічних, соматичних та інших патологіях. Тому, залежно від походження, виділяють спондилогенні (вертеброгенні) дорсалгії, що асоційовані з патологією хребта, та невертеброгенні, які виникають внаслідок розтягування зв'язок та м'язів, соматичних захворювань, психогенних факторів тощо. Однак до 85% випадків спондилогенних дорсалгій зумовлені дегенеративно-дистрофічними процесами у хребті, а саме у хребцях, міжхребцевих суглобах, дисках, зв'язках. Ці процеси лежать в основі розвитку спондилозу. За патофізіологічним механізмом розвитку БС найчастіше має ноцицептивний характер, тобто виникає через роздратування ноцицепторів внаслідок ушкодження або запалення м'язовоскелетних структур.

Джерела й типи БС

Джерелом БС можуть стати капсули суглобів, зв'язки і фасції, м'язи, нервові корінці, міжхребцеві диски (нервові закінчення виявлені у зовнішній третині кільця), хребці (ноцицептори виявлені в окісті та кровоносних судинах), тверда мозкова оболонка, вузли спинного мозку, периневральна сполучна тканина. Виразність дегенеративно-дистрофічного процесу в хребті не корелює із клінічною картиною, тому його наявність не повинна визначати лікувальну тактику та експертні рішення. Вочевидь, БС виникає відповідно до локалізації дорсопатії (окципіто-атлантаксіальний, шийний, шийно-грудний, грудний, попереково-грудний, поперековий, попереково-крижовий, крижовий і крижово-куприковий) та нерідко локалізований у кількох регіонах або не має певної зони поширення.

Болем у нижній ділянці спини (БНДС) вважають біль, який локалізується між XII парю ребер і сидничними складками (інакше попереково-крижовий біль). Такий вид болю вважається одним із найпоширеніших страждань сучасної людини та є однією з провідних причин звернення до лікаря і непрацездатності в осіб різного віку. Залежно від тривалості больового синдрому БНДС може бути гострим та хронічним.

До гострого БНДС відносять усі випадки, при яких тривалість болю не перевищує шість тижнів. За даними Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP), хронічний біль триває не менш ніж три місяці. Відповідно до критеріїв DSM-IV, хронічний больовий синдром (ХБС) має тривати більш ніж шість місяців. Біль, який зберігається від 6 до 12 тижнів, розцінюється як підгострий.



В.М. Міщенко



К.В. Харіна

У клінічній практиці пацієнти із хронічним болем у поперековій ділянці класифікуються на три групи:

- асоційовані з конкретним основним захворюванням;
- мають невропатичний компонент;
- у більшості випадків мають механічне походження (травми, дегенеративно-дистрофічні патології, новоутворення, запальні та інфекційні захворювання хребта, суглобів, сполучної тканини тощо) і вважаються неспецифічними.

Відомо, що в первинній медичній ланці лише 15% випадків БС пов'язані з певною умовою чи станом, як-то травма, інфекція, запалення, ревматоїдний артрит, пухлина, грижа диска, васкулопатія, а у 75% пацієнтів не виявляється жодної очевидної органічної причини для його виникнення.

Визначення типу болю має велике значення у виборі лікувальної тактики. За клінічною класифікацією біль поділяють на кілька типів:

- ноцицептивний;
- невропатичний;
- психогенний
- змішаний.

Ноцицептивний біль виникає внаслідок активації больових рецепторів при дії на них будь-якого фактора (травма, запалення, ішемія, набряк). При пошкодженні поверхневих тканин біль переважно гострий, добре локалізований. Пошкодження периферичних тканин запускає складний ланцюг реакцій, у який включені всі больові структури — від ноцицепторів до кори головного мозку. Ноцицептивний біль піддається терапії анальгетиками і зникає при усуненні подразнювального фактора.

Невропатичний біль (НБ) є наслідком первинного ушкодження провідних шляхів больової чутливості на будь-якому рівні від периферичних нервів, закінчуючи корою головного мозку. Причина цього феномена — залучення в патологічний процес структур, які формують біль на рівні ЦНС.

Продовження на наст. стор.

Міорікс
циклобензаприн ER

Перший
циклобензаприн
в Україні¹

Єдиний
міорелаксant
подовженої дії¹

**1 капсула
раз на добу²**

**Свобода рухів
БЕЗ КОМПРОМІСІВ!***

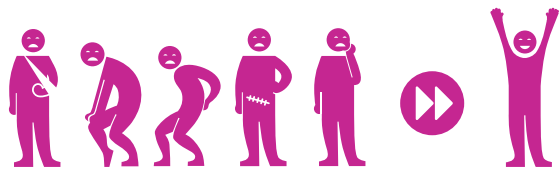
Діюча речовина: cyclobenzaprine hydrochloride. Склад: 1 капсула містить 15 мг або 30 мг циклобензаприну гідрохлориду.
Лікарська форма: капсули пролонгованої дії тверді.
Фармакотерапевтична група. Міорелаксанти. Інші міорелаксанти центральної дії. Код АТХ M03B X08.
Показання: усунення м'язового спазму, що супроводжується гострими больовими відчуттями з боку опорно-рухового апарату, як доповнення до режиму обмеженої фізичної активності та лікувальної фізкультури. Поліпшення проявляється усуненням м'язових спазмів та пов'язаних з ними ознак і симптомів, а саме: болю, підвищеної чутливості та обмеження руху.
Протипоказання: реакції гіперчутливості до будь-якого компонента препарату; одночасне застосування з інгібіторами моноаміноксидази або протягом 14 днів після їх відміни; під час фази відновлення після гострого інфаркту міокарда та за наявності порушень серцевого ритму та провідності, включаючи блокади, або застійної серцевої недостатності; гіпертиреоз.
Фармакологічні властивості: циклобензаприн знімає спазм скелетних м'язів локального походження, не впливаючи на функцію м'язів.
Побічні реакції: сухість у роті, запоморочення, втома, запор, нудота, диспепсія та сонливість.
Категорія відпуску. За рецептом.
Виробник: Такеда Фарма Сп. з о.о., Польща.
Р. П. МОЗ України: UA/14641/01/01, UA/14641/01/02 від 21.09.2015. Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників для розміщення у спеціалізованих виданнях для медичних закладів і лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Повідомити про небажане явище або про скаргу на якість препарату Ви можете до ТОВ «Такеда Україна» за тел.: (044) 390 0909.
* Без компромісів між ефективністю, профілем безпеки і зручністю застосування. ER (extended release) — уповільнене вивільнення.
1. За даними Державного реєстру лікарських засобів України станом на 01.10.2019, <http://www.drz.com.ua/>
2. Інструкція для медичного застосування препарату Міорікс®.

ТОВ «Такеда Україна»: 03110, м. Київ, вул. Солом'янська, будинок 11, тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929, www.takeda.ua

Takeda

UA/MRX/1019/0023

КСЕФОКАМ
ЛОРНОКСИКАМ



Оригінальний¹ НПЗП європейської якості для купірування болю і зняття запалення²



Швидке керування болем³⁻⁵

Коротка інструкція для медичного застосування препарату Ксефокам. Діюча речовина. Лорноксикам. **Лікарська форма.** Ксефокам, порошок для розчину для ін'єкцій по 8 мг; Ксефокам, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг; Ксефокам, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 8 мг; Ксефокам® Рапід, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 8 мг. **Фармакотерапевтична група.** Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Оксиками. Код АТХ M01A C05. **Показання.** Ксефокам, порошок для розчину для ін'єкцій по 8 мг: короткочасне лікування гострого болю легкого та помірного ступеня; Ксефокам, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг або по 8 мг: короткочасне лікування гострого болю легкого та помірного ступеня, симптоматичне полегшення болю і запалення при остеоартриті, симптоматичне полегшення болю і запалення при ревматоїдному артриті; Ксефокам® Рапід, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 8 мг: короткочасне лікування гострого болю легкого та помірного ступеня. **Протипоказання.** Гіперчутливість до лорноксикаму або до компонентів препарату, тромбоцитопенія, гіперчутливість до інших нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), включаючи ацетилсаліцилову кислоту, тяжка форма серцевої недостатності, шлунково-кишкові кровотечі, церебрально-судинні або інші кровотечі, шлунково-кишкова кровотеча або перфорація виразки в анамнезі, пов'язані з попередньою терапією НПЗП, активна рецидивна виразка шлунка/кровотеча або рецидивуюча виразка шлунка / кровотеча в анамнезі, тяжка форма печінкової і ниркової недостатності, III триместр вагітності. **Фармакологічні властивості.** Лорноксикам є нестероїдним протизапальним засобом з анальгезивними та протизапальними властивостями, належить до класу оксикамів. Механізм дії лорноксикаму в основному пов'язаний з інгібуванням синтезу простагландинів (інгібування циклооксигенази), що призводить до десенсибілізації периферичних ноцицепторів та інгібування запалення. **Побічні реакції.** Нудота, диспепсія, розлад травлення, біль у животі, блювання, діарея, легкий короточасний головний біль, запаморочення. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Ксефокам, порошок для розчину для ін'єкцій по 8 мг: Такеда Австрія ГмбХ, Австрія. Ксефокам, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 4 мг або по 8 мг, Ксефокам® Рапід, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 8 мг: Такеда ГмбХ, місце виробництва Оранієнбург, Німеччина. **Р. н. МОЗ України:** NoUA/2593/03/01, NoUA/2593/02/01, NoUA/10245/01/01, NoUA/10245/01/02. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників для публікації в спеціалізованих виданнях, що призначені для медичних закладів та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Повідомити про небажане явище або про скаргу на якість препарату Ви можете до ТОВ «Такеда Україна» за тел. (044) 390-09-09. **1. Rx index** — Довідник еквівалентності лікарських засобів. Спеціалізоване медичне видання для фахівців / за ред. І.А. Зупанця, В.П. Черника. 2-е вид. доп. та перероб. — Київ: Фармацевт Практик, 2017. — [848] с. 2. Інструкція для медичного застосування препарату Ксефокам. 3. Norholt S.E. et al. Pain. 1996; 67: 335-43. 4. Arslan M. et al. Agri 2006;18(2):27-33. 5. Yakhno N. et al. Clin Drug Invest. 2006; 26: 266-77. **НПЗП** — нестероїдний протизапальний препарат. ТОВ «Такеда Україна»: 03110, м. Київ, вул. Солом'янська, будинок 11, тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929, www.takeda.ua



Початок на попередній стор.

За даними низки європейських досліджень, НБ зустрічається приблизно у третини пацієнтів із хронічним БНДС. Особливостями перебігу НБ є персистуючий характер, довга тривалість, різноманіття сенсорних проявів (гіперестезія, гіпералгезія, аллодінія, випадіння різних видів чутливості), поєднання з вегетативними (зниження кровотоку, гіпер-/гіпогідроз у больовий області) й руховими порушеннями, неефективність анальгетиків. Наявність цих розладів негативно впливає на якість життя хворих.

У патогенезі психогенного болю виділяють кілька провідних механізмів: рефлекторне напруження м'язів унаслідок емоційних перевантажень, розвиток соматоформних порушень, марення або больових галюцинацій. Немає єдиної думки, чи може біль бути виключно психогенним. Відомо, що більшість пацієнтів із депресією страждають на ХБС. І навпаки, біль часто веде до появи тривожності, напруженості та посилення сприйняття болю.

Проте часто біль має змішаний характер, і в ньому виділяються як ноцицептивний, так і невропатичний компоненти, або ноцицептивний та психогенний.

Фактори ризику, етіологія, патогенез БС

Серед факторів ризику розвитку БНДС виділяють коригувальні та некоригувальні. До перших відносять: виробничі статично-динамічні навантаження, як-от незручна поза, вібрація, вплив несприятливих метеорологічних чинників, відсутність регулярної фізичної активності, малорухливий спосіб життя, епізодичні значні фізичні навантаження, ожиріння, захворювання шлунково-кишкового тракту та печінки, часті випадки застуди, зловживання алкоголем, куріння, порушення харчування. Серед некоригованих факторів варто зазначити несприятливу спадковість, середній та похилий вік, жіночу стать.

Виділяють три основні причини БНДС (діагностична тріада):

1. Неспецифічний (скелетно-м'язовий) біль — 85-90% випадків.
2. Специфічна причина — до 7% випадків: пухлини, зокрема метастатичні; спондилоартрит, запалення, переломи хребців і захворювання внутрішніх органів.
3. Біль, спричинений компресійною радикулопатією, поперековим стенозом, — 4-7% випадків.

Переважає більшість випадків БС зумовлена скелетно-м'язовою природою. Перед встановленням цього діагнозу важливо виключити захворювання, які потребують специфічного підходу до діагностики, лікування та мають більшу потенційну необхідність. При зверненні пацієнта із БНДС слід виключити специфічні причини болю, на які вказують «червоні прапорці», а за їхньої наявності — провести додаткові обстеження та/або направити на консультацію до відповідних спеціалістів (ревматолога, травматолога тощо). «Червоними прапорцями» найчастіше є анамнестичні дані, які потребують особливої уваги при розпитуванні, а також результати дослідження соматичного і неврологічного статусу.

Діагностика ХБС у поперековій ділянці може бути складною через відсутність надійної кореляції між клінічними показниками та даними додаткових обстежень. Той факт, що поперековий сегмент іннервується дифузно переплетеною мережею нервів, не завжди дозволяє з точністю встановити генез такого болю. З'ясування етіології болю в попереку — це процес, що потребує аналізу анамнезу, клінічної картини та додаткових методів обстеження.

Хоча етіологічний фактор неспецифічного БС визначити непросто, часто він пов'язаний з опорно-руховим апаратом. Зазвичай він може асоціюватися з важкою працею, фізичним навантаженням, підняттям вантажів, довготривалим перебуванням у положенні сидіння чи вертикально при стоянні. Клінічно такий біль у поперековій ділянці може виникати раптово або повільно, посилюватися до кінця дня, корелювати з фізичною активністю, різкими рухами. Кашель або чхання не впливають на больовий синдром. У хворих при огляді патологічні зміни в неврологічному статусі не виявляються, однак іноді спостерігаються

анталгічна установка, напруження, слабкість м'язів поперекового відділу хребта, обмеження рухів, вкорочення м'язів підколінного сухожилля. Такий біль може бути зумовлений дегенеративним процесом дрібних задніх суглобів хребта, який викликає подразнення спинномозкових корінців, посилення лордозу, слабкість м'язів живота, що спричиняє зростання тиску на фасеточні суглоби, їхню асиметрію.

Міофасціальний больовий синдром виявляється у переважній більшості пацієнтів із болем у попереку як основний фактор або вторинний компонент скорочення м'язів (через сегментарний рефлекторний біль). Діагноз виставляють на основі аналізу скарг, анамнезу хвороби та при фізикальному огляді. У таких хворих відзначено наявність тригерних точок у задіяних м'язах спини. Основними з них є паравертебральні, черевні, сідничні, грушоподібні та клубово-поперекові. Механізм болю до кінця незрозумілий. Можливо, він пов'язаний із пластичністю спінальних нейронів.

Таким чином, виникають місцеві та системні причини, що зумовлюють стійке скорочення м'язів, формування міофасціальних тригерних точок, які з'являються внаслідок місцевого збільшення концентрації простагландину, брадикініну, серотоніну, норадреналіну, фактора некрозу пухлини (ФНП), інтерлейкіну 1. Нелікована ж активна тригерна точка може бути периферичним вторинним вогнищем болю, здатним запускати, посилювати та підтримувати центральну сенсibiliзацію, і джерелом ХБС у поперековій ділянці.

При радикулопатії біль у попереку виникає як наслідок механічної компресії корінців, асептичного запалення у корінцевій зоні та периневральних структурах. При цьому розвиваються набряк, ішемія, мікроциркуляторні розлади, зумовлені вивільненням протизапальних цитокінів (лейкотрієнів В4, тромбосан В2, ФНП) із пульпозного ядра диска в епідуральний простір.

У цих умовах підвищується збудливість ноцицепторів, з'являються вогнища патологічної ектопічної імпульсації, що призводить до сенситизації спінальних і супраспінальних ноцицептивних нейронів. Біль має змішаний характер — окрім ноцицептивного наявний і невропатичний компонент.

Провокуючими факторами є неадекватне тривале статичне або динамічне навантаження, переохолодження, стресові чинники, що призводить до рефлекторного напруження м'язів, які самі стають джерелом болю. Рефлекторний БНДС, як правило, характеризується гострим перебігом і односторонньою локалізацією.

Біль посилюється при розтягуванні поперекових м'язів і має ниючий, тягнучий характер. У поперековому відділі хребта обмежуються рухи, об'єктивно виявляються напруження м'язів, ділянки локального м'язового ущільнення. Симптоми випадання часто відсутні. Нерідко на тлі м'язово-тонічного формується міофасціальний больовий синдром. Важливими факторами, що призводять до його розвитку на поперековому рівні, є антифізіологічні пози, патологія великих суглобів нижніх кінцівок, переохолодження, захворювання системи кровообігу.

Звуження міжхребцевих отворів внаслідок дегенеративно-дистрофічних змін ХБС зумовлює не тільки компресію корінців, але й судинні порушення.

При остеохондрозі больовий синдром поперекового відділу може призводити до порушення амортизувальних властивостей вмісту міжхребцевого диска (пульпозного ядра і фіброзного кільця) та біомеханіки хребта, утворення кили та компресії спінального корінця. Кила великих розмірів, яка пролабує у про-світ каналу, може компресувати спінальний корінець та викликати функціональні порушення. Однак навіть грижа міжхребцевого диска значних розмірів, яка виявляється при радіологічному обстеженні, не завжди є основною причиною компресії спінального корінця і виникнення поперекового болю.

Важливо також відзначити, що при рентгенологічному або радіологічному обстеженні часто має місце кила Шморля, яка не може бути джерелом больових відчуттів, а є лише маркером дегенеративних змін міжхребцевого диска. Велику роль у патогенезі болю в нижньому відділі спини відіграє м'язовий спазм поперечно-смугастої мускулатури тулуба.

Особливості ведення пацієнтів із БС Обстеження та терапевтичні заходи

Збір анамнезу, визначення характеристик больового синдрому та психологічного стану пацієнта, виявлення рефлекторних синдромів і вогнищевої неврологічної симптоматики — запорука правильного вибору подальшої тактики ведення хворого. З метою об'єктивізації больових синдромів, виразності болю і контролю ефективності терапії застосовують загальноклінічні, клініко-неврологічні, рентгенологічні та нейровізуалізаційні дослідження, як-то спіральна комп'ютерна, магнітно-резонансна томографія. Клініко-неврологічну оцінку проводять з використанням таких інструментів, як візуально-аналогова шкала, вербальний аналіз, шкала Освестрі, анкета Роланда — Морріса, опитувальники болю Мак-Гілла, DN-4, PainDetect тощо.

Лікування пацієнтів із БНДС потребує особливо ретельного та індивідуального підходу. Слід зауважити, що на сьогодні продовжується дискусія навколо стратегій терапії та їхньої доказової бази. З огляду на багатокомпонентність больового синдрому та варіантів перебігу захворювання, лікування має бути комплексним і включати як медикаментозні, так і немедикаментозні методи.

У рекомендаціях Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (NICE, 2016) й Американської колегії лікарів (ACP, 2017) із ведення хворих на БНДС зазначається, що фізичні вправи (розтягування, силові/еробні навантаження, йога, гімнастика) показані всім пацієнтам із БНДС як головний компонент немедикаментозного лікування. Мануальна терапія і психологічні методи слід застосовувати лише як доповнення до фізичних вправ. Акупунктура й електротерапія не рекомендовані. Формування правильного рухового стереотипу, обмеження навантаження в гострий період, використання тимчасової іммобілізації, підтримання емоційного фону пацієнта, адекватна лікувальна гімнастика перешкоджають хронізації больового синдрому і сприяють швидкому одужанню.

Насамперед необхідно вживати заходів щодо зменшення або усунення больового синдрому. Під час вибору фармакотерапії потрібно враховувати вік пацієнта, наявність супутньої патології та її медикаментозну корекцію, ефективність і безпеку, побічні ефекти, вартість лікарського засобу.

Медикаментозна терапія

Рациональна фармакотерапія пацієнтів як із гострим, так і хронічним БНДС включає призначення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), міорелаксантів, антидепресантів, препаратів, які впливають на регенерацію нервів, а також терапію супутніх захворювань, що можуть спричиняти погіршення стану.

НПЗП є однією з найуспішніших груп, які найбільш широко застосовують за наявності БС, зокрема у нижній ділянці. Це зумовлено ефективністю та клінічною значимістю цих лікарських засобів. У зв'язку з універсальністю і поширеністю запального процесу, на даний час НПЗП є класом препаратів із найбільшою доказовою базою. Ця група демонструє одночасно протизапальні, анальгетичні та жарознижувальні властивості.

Застосування НПЗП відіграє фундаментальну роль у контролі запалення й усунення больового синдрому. Ці препарати гальмують синтез простагландинів (PG) через інгібування циклооксигенази (ЦОГ)-1 і ЦОГ-2 — ферментів, відповідальних за синтез PG. Запальний процес активується різними антигенними стимулами: вірусами, бактеріями, паразитами, ендотоксинами, автоантигенами та ін. У результаті взаємодії вищеписаних агентів з макрофагами відбувається підвищення синтезу прозапальних цитокінів, як-то ФНП, інтерлейкін (ІЛ)-1, ІЛ-6 тощо і тромбоцитоактивувального фактора (ТАФ), що у мембранних фосфоліпідах (остеобластів ендотеліальних клітин, хондроцитів, синовіоцитів, ниркових мезангіальних клітин та ін.) призводять до активації фосфоліпази A2. Це супроводжується викидом лізосомальних ферментів, ТАФ, метаболітів арахідонової кислоти (тромбоксанів, лейкотрієнів, лізофосфатидів, супероксидних радикалів кисню), що й визначає виразність запального процесу.

У клінічній практиці добре зарекомендував себе і широко застосовується для усунення больового синдрому представник класу НПЗП лорноксикам (Ксефокам). Препарат відноситься до класу оксикамів, а його фармакологічні ефекти, зокрема протибольовий, зумовлені насамперед збалансованим інгібуванням ЦОГ обох типів. Разом із тим Ксефокам має низку інших властивостей: пригнічує надмірне утворення активованими лейкоцитами вільних радикалів (їхній надлишок спостерігається в зоні запалення, зокрема асептичного), стимулює синтез ендогенних ендорфінів, інгібує утворення ІЛ-6 і синтез індуцибельного оксиду азоту. Важливою властивістю препарату є його мінімальна шкідлива дія на хрящову тканину навіть при тривалому курсі лікування.

Після перорального застосування Ксефокам практично повністю всмоктується із шлунково-кишкового тракту, його максимальна концентрація у плазмі крові спостерігається в середньому через 90 хв. При використанні таблетованої форми препарату Ксефокам рапід цей період становить 30 хв. Якщо лікарський засіб вводити в організм парентерально, максимальна концентрація досягається вже через 20 хв. Біодоступність лорноксикаму складає 90-100%, препарат на 99% зв'язується з альбуміновою фракцією білків крові, що не залежить від його концентрації.

Накопичено значний клінічний досвід використання Ксефокаму як ефективного лікарського засобу, що здатний швидко усувати больовий синдром різного походження. Інтерес представляє можливість його застосування короткими курсами для усунення болю після оперативного втручання. Масштабне дослідження, присвячене вивченню даної проблеми, включало більш ніж 4 тис. хворих, з яких 1838 отримували лорноксикам як знеболювальний засіб, а 1914 — інші анальгетики у монотерапії або в різних комбінаціях. За виразністю протибольового ефекту лорноксикам не поступався іншим препаратам, включно з анальгетиками або НПЗП у вигляді монотерапії або їхнім комбінаціям. Частота небажаних ефектів виявилася нижчою у групі Ксефокаму, хоча відмінності не були достовірними.

Матеріали окремих контрольованих досліджень та їхній аналіз свідчать про зіставну ефективність, але вищу безпеку лорноксикаму щодо ураження шлунково-кишкового тракту порівняно з диклофенаком, піроксикамом і напроксеном, зокрема у групах ризику. Більшість побічних реакцій мали легкий або помірний ступінь виразності. Слід зазначити, що достатня протибольова ефективність та хороша переносимість препарату забезпечують високу задоволеність пацієнтів рівнем знеболення.

Згідно з метааналізом результатів 12 рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень із використанням лорноксикаму при гострому болю (n=2321) показано, що відносно невисокі (терапевтичні) дози лорноксикаму мають ефективність, зіставну з високими дозами кеторолаку/ібупрофену та середніми — морфіну, а також демонструють значну знеболювальну дію порівняно з напроксеном та низькими дозами ібупрофену й ацетилсаліцилової кислоти. Висока біодоступність (90-100%) і короткий період напіввиведення препарату зменшують ймовірність розвитку побічних ефектів та покращують співвідношення користі й ризику.

Препарати групи оксикамів, зокрема Ксефокам, є ефективними та безпечними медикаментозними засобами порівняно з іншими НПЗП. За клінічної ефективності вони не поступаються диклофенаку, піроксикаму, напроксену, а за гастроінтестинальною переносимістю і безпекою співвідносяться з целекоксибом і парекоксибом. До того ж існує широка лінійка форм випуску ліків і дозувань, що дозволяє підібрати індивідуальну схему терапії.

У більшості сучасних клінічних рекомендацій щодо БНДС представлені м'язові релаксанти (міорелаксанти), які слід застосовувати тоді, коли прості (парацетамол), комбіновані й опіоїдні анальгетики або НПЗП не забезпечують достатнього знеболення. Незважаючи на широке використання міорелаксантів при БНДС, інформації стосовно їхніх клінічних переваг бракує.

Закінчення на наст. стор.

Позбався болю, ПОРИНЬ У ЖИТТЯ



НЕОГАБІН ПРЕГАБАЛІН

- Доведена ефективність при нейропатичному болю, фіброміалгії та генералізованому тривожному розладі ¹⁻⁶
- Доведена біоеквівалентність оригінальному прегабаліну ⁷
- Один з найдоступніших за ціною прегабалінів в Україні ⁸

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату НЕОГАБІН 75, 150. Діюча речовина, Прегабалін. Лікарська форма, Капсули по 75 мг або по 150 мг. Фармакотерапевтична група, Протипілетичні засоби. Фармакологічні властивості, Прегабалін зв'язується з допоміжною субдинією (альфа 2-дельта-блок) потенціалозалежних кальцієвих каналів у центральній нервовій системі. Показання, Невропатичний біль, Епілепсія, Генералізований тривожний розлад, Фіброміалгія, Протипоказання, Гіперчутливість до діючої речовини або будь-якої із допоміжних речовин. Побічні реакції, Запаморочення і сонливість, посилення апетиту, сплутаність свідомості, дезорієнтація, дратівливість, ейфоричні настрої, зниження лібдо, безсоння, атаксія, порушення координації, порушення рівноваги, розлади уваги, погіршення пам'яті, тремор, дизартрія, парестезія, седация, в'язкість, головний біль, летаргія, нечіткість зору, диплопія, кон'юнктивіт, вертиго, блювання, запор, сухість у роті, метеоризм, гастроентерит, еректильна дисфункція, імпотенція, периферичний набряк, набряк, порушення ходи, відчуття сп'яніння, втома, збільшення маси тіла тощо. Категорія відпуску, За рецептом. Р.П. МОЗ України: № UA/13702/01/01, №UA/13702/01/02; Наказ МОЗ України від 17.05.2019 №1134, Виробник: ТОВ «Фарма Старт», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8, ТОВ «Фарма Старт» та ТОВ «АСІНО УКРАЇНА» входять до групи компаній Асіно (Швейцарія). Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

1. Amez J.C. et al. BMC Neurology 2008; 8:33. 2. Dworkin R.H. et al. Neurology 2003; 60: 1274-83. 3. Crofford L.J. et al. Pain 2008; 136(3):419-31. 4. Arnold L.M. et al. J Pain. 2008 Sep; 9(9):792-805. 5. Rickels K. et al. Arch Gen Psychiatry. 2005 Sep; 62(9):1022-30. 6. Baldwin D.S. et al. Neuropsychiatr Dis Treat. 2013; 9:883-92. 7. Клінічне дослідження з оцінки біоеквівалентності лікарських препаратів. Код дослідження: PRG-FS. Заключий звіт, 2014, стор. 8, 8. Тижневик «Аттек», www.atteka.ua.

UA-NEOG-PIM-032019-021

ТОВ АСІНО УКРАЇНА | бульвар В. Гавела, 8 | Київ | 03124 | Україна
Компанія Acino Group, Швейцарія | www.acino.ua

acino
Швейцарські стандарти якості

Нервові клітини НЕ ВІДНОВЛЮЮТЬСЯ?



НЕЙРІСТОН®

- Сприяє відновленню пошкоджених нервових волокон¹⁻⁵
- Сприяє зменшенню симптомів нейропатії¹⁻⁴
- Сприяє зниженню потреби у застосуванні анальгетиків¹⁻³

Листок-вкладиш до харчового продукту для спеціальних медичних цілей «Нейрістон». Не є лікарським засобом. Додаток № 2 до звіту № 3/8-A-424-19-6723E від 12.03.2019. Не слід застосовувати як заміну повноцінного раціону харчування. Має застереження до застосування. Зберігати у місцях, недоступних для дітей. Інформація надана скорочено. Перед застосуванням ознайомтеся з повним текстом листка-вкладиша. Виробник: Троммсдорф ГмбХ, Німеччина.

1. Eduard Reynolds. Vitamin B12, folic acid and the nervous system. Review. Lancet Neural. 2006.5-349-60. p. 949-960. 2. Effect of the combination of uridine nucleotides, folic acid and vitamin B12 on the clinical expression of peripheral neuropathies / Negrão L., Almeida P., Alcino S. et al. // Pain Manag. - 2014. - V. 4, N. 3. - P. 191-196. 3. Rückert U., Hedding-Eckerich M., Lärm G. Uridine monophosphate after nucleotomy: Investigation of pain reduction and quality of life. 4. Deutscher Wirbelsäulen-kongress. Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft. 10. - 12. Dezember 2009, München // Eur. Spine J. - 2009. - V. 18. - P. 1713 = 1826. 5. Функціональні властивості харчового продукту для спеціальних медичних цілей «НЕЙРІСТОН».

acino
Швейцарські стандарти якості

ТОВ АСІНО УКРАЇНА | Бухарь В. Павла, 8 | Київ | 03124 | Україна
Компанія Acino Group, Швейцарія | www.acino.ua

Початок на стор. 27

Тим часом переконливо доведено, що міорелаксанти характеризуються значним знеболювальним ефектом при короткостроковій терапії гострого БНДС.

Залежно від механізму дії міорелаксанти можна поділити на дві групи:

- діють на спастичність шляхом впливу на верхні мотонейрони (центрально діючі міорелаксанти);
- впливають на м'язовий тонус шляхом дії на периферичні м'язово-скелетні елементи (периферичні діючі міорелаксанти).

Ефективність міорелаксантів при неспецифічному м'язово-скелетному болю було підтверджено у кокрівському огляді. Так, м'язові релаксанти небензодіазепінового ряду, до яких належить Міорікс (циклобензаприн), зменшували виразність болю після 2-4 днів застосування. Загальноприйнятою практикою є призначення цих препаратів короткими курсами для запобігання тривалому пригніченню ЦНС та ризику поєднання з алкоголем, антидепресантами й іншими седативними засобами.

Міорікс (циклобензаприн) — м'язовий релаксант, показаний для усунення м'язового спазму, що супроводжується гострими больовими відчуттями з боку опорно-рухового апарату, як доповнення до НПЗП, режиму обмеженої фізичної активності та лікувальної фізкультури. Завдяки дії переважно на рівні стовбура головного мозку, препарат усуває локальний спазм скелетних м'язів, не впливаючи на їхню функцію. Ефект циклобензаприну проявляється усуненням м'язових спазмів та пов'язаних із ними ознак і симптомів, а саме болю, підвищеної чутливості й обмеження руху.

За тривалого персистуючого перебігу вертеброгенні больові синдроми можуть набувати рис НБ, що передбачає додавання до протибольової терапії антидепресантів і антиконвульсантів.

Відомо, що розвиток невропатичного компонента больового синдрому пов'язаний із сегментарною демієлінізацією корінцевого апарату, яка призводить до порушення збалансованості проведення потоків імпульсів по швидко- і повільнопровідних чутливих волокнах, впливаючи на систему контролю «воріт» болю. Дане положення зумовлює необхідність включення до схем лікування БС препаратів, що діють на регенерацію ушкоджених нервів та усунення БНДС, таких як біль, печіння, парестезії. Досить активно в лікарській практиці з цією метою використовують групу так званих нуклеотидів.

Спочатку були розроблені препарати, які містили комбінацію двох нуклеотидів: уридину і цитидину. Однак дослідження за участю добровольців показали, що весь цитидин дезамінується в кишечнику і печінці до уридину таким чином, що у плазмі крові істотно визначається лише уридин. З огляду на це було розроблено Нейрістон, до складу якого включено лише уридиновий нуклеотид (уридинмонофосфат) у підвищеній дозі 50 мг та додано вітамін B₁₂ у вигляді 3 мкг ціанокобаламіну та 400 мкг фолієвої кислоти для посилення протибольової дії. Він має високий профіль безпеки і хороший регенеративний потенціал.

Метааналіз рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень показав, що використання полінуклеотидних комплексів збільшує площу поверхні мієліну і товщину аксона, стійко покращує швидкість проведення імпульсу по нервовому волокну, а також сприяє скороченню виразності больового синдрому в осіб із люмбалгією. Таким чином, використання нуклеотидів дозволяє відновити структуру спінальних корінців, що сприяє збалансованості проходження по них аферентних потоків імпульсів різної модальності та закриттю «воріт» для потоку больової імпульсації. Всі активні речовини Нейрістону підсилюють регенерацію пошкоджених нервових закінчень, мають анальгетичну дію.

Серед медикаментозних засобів для симптоматичного лікування НБ використовують трициклічні антидепресанти, інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну, габапентиніди. Застосування подібних препаратів, незважаючи на їхній позитивний ефект із погляду усунення симптомів

поліневропатії (болю, печіння, парестезій тощо), на жаль, не розв'язує проблему в довгостроковій перспективі, адже дані ліки не володіють патогенетичною дією, тобто не впливають на регенерацію нервів.

Відповідно до сучасних настанов, основна роль у веденні таких пацієнтів належить фармакотерапії. Наявність невропатичного компонента в осіб із хронічним БНДС значно ускладнює лікування, оскільки більшість стандартних анальгетиків неефективні в цьому випадку. У межах першої лінії терапії НБ застосовують Неогабін (прегабалін) — високоафінний ліганд $\alpha_2\delta$ -субодиниць вольтажзалежних кальцієвих каналів у ЦНС. Препарат був офіційно схвалений для лікування НБ на підставі результатів клінічних досліджень, які продемонстрували його ефективність у пацієнтів із різними захворюваннями, що супроводжувалися невропатичним компонентом.

Високу анальгетичну активність за наявності невропатичного компонента при БНДС показав також антидепресант подвійної дії — селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну дулоксетин. Його знеболювальний ефект можна порівняти з таким у трициклічних антидепресантів, при цьому спектр побічних реакцій дулоксетину значно менший за рахунок відсутності в нього антихолінергічної дії.

При виборі симптоматичного засобу для терапії НБ слід враховувати супутній психічний фон пацієнта. Так, за наявності супутнього тривожного розладу перевагу можна надати прегабаліну, а депресивних розладів — дулоксетину. Згідно з даними дослідження COMBO-DN study, комбінована терапія із застосуванням прегабаліну та дулоксетину в середніх дозах може бути альтернативою монотерапії високими дозуваннями кожної з молекул.

Висновки

Особливості ведення хворих на БС залежать від тривалості больового синдрому. Клінічна практика настанова з неінвазивного лікування АСР (2017) гострого, підгострого і хронічного БНДС містить такі рекомендації. У гострому та підгострому періодах БНДС пацієнтам слід призначати нефармакологічні методи — поверхневе прогрівання (докази середньої якості), масаж, акупунктуру або мануальну терапію (докази низької якості), адже більшість пацієнтів із часом одужують незалежно від лікування. Якщо виникає потреба у медикаментозному лікуванні, препаратами першої лінії є НПЗП і центральні міорелаксанти (докази середньої якості) (*сильна рекомендація*).

В осіб із хронічним БНДС лікування слід починати також із нефармакологічних методів — фізичних навантажень, мультидисциплінарної реабілітації, акупунктури, технік зменшення стресу (докази середньої якості), йоги, вправ на руховий контроль, прогресивної релаксації, електроміографії зі зворотним зв'язком, низькорівневої лазеротерапії, когнітивно-поведінкової або мануальної терапії (докази низької якості) (*сильна рекомендація*).

У пацієнтів із хронічним БНДС, у котрих не отримано адекватної відповіді на нефармакологічну терапію, показане застосування НПЗП, міорелаксантів, антиконвульсантів та антидепресантів.

Таким чином, лікування хворих на БНДС має бути комплексним, впливати на основні етіологічні чинники, патофізіологічні механізми їхнього розвитку, враховувати тривалість больового синдрому та наявність супутньої патології. Необхідне використання мультидисциплінарного підходу до ведення пацієнтів із БНДС з обов'язковим залученням до проблеми неврологів, мануальних терапевтів, психіатрів та психотерапевтів, урологів, гінекологів, проктологів, а також проведення масштабніших всебічних досліджень хворих, що ґрунтуються на відповідній доказовій базі.

Список літератури знаходиться в редакції

UA-XEFO-PIM-092020-004