

Н.В. Журавель, к.м.н., заведующая отделением неврологии Областного госпиталя инвалидов ВОВ, г. Днепропетровск

Проблема боли в пожилом возрасте. С небес на землю, или От теории к реальной практике

Согласно современным статистическим данным, боль в спине наблюдается у 60% населения, еще выше этот показатель среди лиц пожилого возраста. Дорсалгия представляет собой серьезную медицинскую и социальную проблему, являясь одной из наиболее частых причин инвалидизации пациентов, значимого ухудшения качества жизни.

Болевой синдром обусловлен возникновением функциональных и дистрофических изменений в структурах опорно-двигательного аппарата (фасциях, мышцах, суставах, надкостнице отростков, фиброзном кольце, особенно его наружных отделов) с вовлечением смежных структур периферической нервной системы [6, 7]. Отмечено, что зачастую разнообразная вертеброгенная патология сочетается с хроническими прогрессирующими изменениями в суставах – остеоартрозом. Наиболее часто эта комбинация наблюдается у пациентов пожилого возраста. Так, дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника в этой популяции сочетаются с симптомами остеоартроза в 65-85% случаев, а у пациентов старше 75 лет – практически в 100% случаев. В структуре хронических заболеваний, ограничивающих активность пациента, остеоартроз опережает заболевания сердечно-сосудистой системы, бронхиальную астму, артериальную гипертензию.

Боли в различных отделах опорно-двигательного аппарата являются одной из частых и типичных жалоб больных пожилого и старческого возраста. Они характеризуются различной выраженностью, длительностью, ответом на лечение и степенью функциональных нарушений. Болевые ощущения значимо ухудшают качество жизни и сопровождаются снижением двигательной активности со всеми неблагоприятными для данного контингента последствиями: длительная иммобилизация по причине болевого синдрома приводит к ухудшению функции кишечника, развитию нарушений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, возникновению компрессионных нейропатий, прогрессированию остеопороза и т. д. С учетом вышеуказанного максимально быстрое и стойкое купирование болевого синдрома имеет важное значение для улучшения качества жизни и предупреждения развития осложнений и усугубления сопутствующих заболеваний. В то же время устранение или уменьшение болей в суставах и позвоночнике позволяет сохранить способность больных к самообслуживанию, их психосоциальной адаптации, тем самым улучшая качество жизни этой категории пациентов.

Однако, несмотря на накопленные знания о причинах и механизмах развития дорсалгии, ее лечение у пациентов пожилого возраста сопряжено с определенными трудностями, в частности с развитием побочных эффектов, характерных для основных лекарственных средств, применяемых в качестве патогенетической терапии заболевания. Так, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), являющиеся золотым стандартом в купировании болевого синдрома, могут обусловить возникновение язвенных поражений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта [3, 11], подавление кроветворения, развитие тяжелых аллергических реакций, токсических

поражений печени и нефропатии [12]; при этом частота НПВП-индуцированной почечной патологии увеличивается с возрастом [14]. Выявлено, что препараты последнего поколения (коксибы), селективно ингибирующие циклооксигеназу-2 (ЦОГ-2), могут оказывать негативное влияние на сердечно-сосудистую систему и повышать риск развития инфаркта миокарда и внезапной сердечной смерти [8, 9]. Несмотря на большое количество предлагаемых методов физиотерапевтического лечения дорсалгии, не существует единого мнения об их эффективности. В основном данные подходы показаны в стадии ремиссии заболевания и имеют существенные ограничения к применению у пациентов пожилого возраста из-за повышения риска развития пролиферативных процессов и сердечно-сосудистых осложнений.

Чрезвычайно высокая распространенность дорсалгии среди лиц пожилого возраста; недостаточная эффективность и безопасность традиционных методов лечения диктуют необходимость тщательного выбора патогенетически обоснованных подходов к терапии болевого синдрома, являющегося ведущим клиническим проявлением инволютивных дегенеративных изменений плотной соединительной ткани. Известно, что основными механизмами формирования боли являются отек, асептическое воспаление и нарушение регионарной микроциркуляции. Следовательно, для повышения эффективности терапии дорсалгии, обусловленной грыжей межпозвоночного диска, необходимо также восстановление адекватного лимфооттока из пораженного позвоночно-двигательного сегмента. Кроме того, необходимо учитывать также и влияние используемых лекарственных средств на суставной хрящ.

В стандарт лечения как остеохондроза и связанных с ним вертеброгенных и дискогенных синдромов, так и остеоартроза входят НПВП [2, 5].

Доказано, что боль возникает как в результате снижения амортизационных функций хряща, так и вследствие реактивного синовита и рефлекторного спазма мышц. Применение препаратов, оказывающих угнетающее действие на процессы регенерации плотной соединительной ткани, способствует еще большему нарушению обмена веществ в пораженном суставе. Некоторые НПВП (салицилаты, диклофенак, индометацин, napроксен и др.) могут нарушать метаболизм хондроцитов и подавлять синтез протеогликана [10].

Согласно требованиям ВОЗ (2004), предъявляемым к современным лекарственным препаратам, наиболее важными являются эффективность и безопасность [1].

В многочисленных клинических исследованиях было показано, что эффективность неселективных и селективных ингибиторов ЦОГ приблизительно

одинакова, в то время как побочные эффекты реже возникают при применении преимущественных ингибиторов ЦОГ-2 (мелоксикама, нимесулида) [13, 15].

Выбор мелоксикама (Мовалис) в качестве препарата для данного исследования был обоснован его принадлежностью к группе преимущественных ингибиторов ЦОГ-2, наличием нескольких лекарственных форм для проведения ступенчатой терапии, минимальной кратностью приема препарата в течение суток.

Целью настоящего наблюдения являлась оценка эффективности и переносимости НПВП мелоксикам (Мовалис) в лечении вертеброгенных болевых синдромов в сочетании с остеоартрозом у пациентов старше 70 лет и разработка оптимальной схемы лечения болевого синдрома у больных пожилого возраста.

Материалы и методы

В исследование включили 40 больных в возрасте 70-85 лет с вертеброгенными болевыми синдромами, у которых методом магнитно-резонансной, компьютерной томографии либо рентгенографии был верифицирован остеохондроз позвоночника. У преобладающего количества пациентов (89%) наблюдались сопутствующие заболевания различных суставов, что проявлялось в виде деформирующего спондилоартроза.

В начале исследования мелоксикам (Мовалис) назначали внутримышечно в дозе 15 мг/сут (1,5 мл) на протяжении 5 дней с последующим переводом на пероральную форму – таблетки 15 мг однократно в сутки в течение 20 дней (или меньше при условии купирования болевого синдрома).

Эффективность терапии оценивали через день по таким показателям, как динамика болевого синдрома по 10-балльной визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ) в покое и при движении, данные стандартного клинического неврологического осмотра, функциональная степень статико-динамических нарушений функции позвоночника и суставов, двигательная активность. Кроме того, принимались во внимание субъективные характеристики эффективности и переносимости препарата на 1, 3, 5, 6-е сутки лечения и по окончании курса терапии.

Дизайн исследования базировался на результатах опыта применения различных НПВП с целью купирования боли в спине у пациентов пожилого возраста.

Спектр нежелательных явлений при применении этого препарата уже, чем при терапии неселективными НПВП и специфическими ингибиторами ЦОГ-2. Однако с учетом повышенного в 3-4 раза риска желудочно-кишечных кровотечений у больных старше 60 лет по сравнению с более молодыми лицами у всех пациентов в комплекс терапии включали препараты группы ингибиторов протонной помпы [3, 13].



Н.В. Журавель

Результаты и обсуждение

Среди особенностей терапии в популяции больных пожилого возраста необходимо отметить более поздний ответ на первое введение препарата по сравнению с таковым у более молодых пациентов. Практически все пациенты отметили уменьшение болевого синдрома через 1,5-2 ч после первой инъекции: в 1-е сутки лечения ошутимое уменьшение боли при движениях отметили 20% больных, незначительное – 75% пациентов, в покое – 7,5 и 62,5% соответственно; у остальных динамика болевого синдрома в покое не наблюдалась. Кроме того, большинство пациентов (77,5%) оценили переносимость терапии как «отличную», 17,5% – как «хорошую» и лишь 5% – как «удовлетворительную».

На 5-й день лечения у всех пациентов интенсивность болевого синдрома по ВАШ снизилась с 6,6 до 3,4 балла при движении и с 4,1 до 2,5 балла в покое. Принимая во внимание субъективизм в оценке болевого синдрома, сопутствующие когнитивные и поведенческие особенности пациентов старшей возрастной категории, частые депрессивные состояния, считаем необходимым особо отметить отчетливую положительную динамику уже на первом этапе лечения – после 5-дневного курса применения Мовалис в дозе 15 мг внутримышечно. Кроме того, на этом этапе лечения наблюдались увеличение функциональной активности позвоночника и улучшение повседневной активности (оценивались смена положений тела, ходьба, необходимые повороты туловища, наклоны, одевание). На 5-е сутки увеличилась продолжительность пребывания пациента в вертикальном положении. Переносимость курса инъекций препарата была оценена как «отличная» у 62,5% больных, «хорошая» – у 15%, «удовлетворительная» – у 22,5% пациентов.

На втором этапе лечения больных переводили на пероральный прием мелоксикама (таблетки в дозе 15 мг/сут). Большинство пациентов (57,5%), пребывающих в стационаре, одобрили решение о переводе на альтернативную лекарственную форму, 42,5% – высказали недоверие по поводу эффективности таблеток в той же суточной дозировке. Отчасти наличием психологической предрасположенности при переходе на второй этап клинического наблюдения можно объяснить некоторое усиление болевого синдрома у 15% пациентов в 1-й день приема таблеток. На 5-е сутки приема мелоксикама в таблетированном виде у 3 пациентов был полностью купирован болевой синдром в покое, в связи с чем дозу препарата снизили до 7,5 мг 1 р/сут. У 2 больных положительной динамики по сравнению с первым этапом лечения не наблюдалось. У остальных пациентов отмечено уменьшение болевого синдрома в среднем до 2 баллов по ВАШ при движении и до 1,1 балла в покое. Наряду с этим 60% больных



отметили значительное увеличение двигательной активности и улучшение общего самочувствия.

Через 10 дней перорального приема мелоксикама дозу препарата снизили с 15 до 7,5 мг/сут еще у 22 пациентов в связи с купированием болевого синдрома в покое, что свидетельствует о хорошем ответе на терапию. В конце проведенного курса лечения, по данным отчетов, 72,5% больных пожилого возраста с дорсалгией отметили полное купирование болевого синдрома (преимущественно в покое), 17,5% оценили результат лечения как «хороший», 10% — как «незначительное улучшение либо его отсутствие».

Для большинства пациентов критерием окончания терапии было полное купирование болевого синдрома или значительное уменьшение его выраженности. Существенное улучшение двигательной активности и общего самочувствия в результате лечения отметили 70% больных, еще у 10% пациентов улучшение двигательной активности отметили родственники и лица, обеспечивающие уход. Выраженность болевого синдрома к концу курса лечения регистрировалась по ВАШ у пациентов, отмечавших боли в спине и суставах, в среднем на уровне 0,6 балла в покое, при движениях — до 1 балла. При этом не наблюдалось развития нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы или усугубления уже существующих — ни субъективно, ни клинически. У 4 пациентов во время лечения периодически отмечались диспепсические явления, не требовавшие прекращения терапии; пациенты описали эти явления как преходящие, непостоянные, неинтенсивные и «возможно, не связанные с лечением». Остальные оценили и первый, и второй этап терапии как хорошо переносимый, что является важным фактором, влияющим на комплаенс. Следует отметить, что пациенты пожилого возраста, как правило, имеют огромный опыт приема НПВП, неоднократно получали терапию по поводу болевого синдрома в условиях стационара и амбулаторно.

Таким образом, применение ступенчатой терапии мелоксикамом — инъекции Мовалиса в дозе 15 мг однократно 5 дней с последующим переходом на таблетированную форму до купирования болевого синдрома — при дорсалгиях в сочетании с артралгиями у больных пожилого и старческого возраста обеспечило быстрое достижение лечебного эффекта и его сохранение на протяжении длительного периода при минимальной кратности введения препарата в сутки. Отметим, что при назначении НПВП пациентам старшей возрастной категории целесообразно учитывать особенности фармакокинетики и фармакодинамики препаратов. Мелоксикам, как известно, обладает кумулятивными свойствами, поэтому после 5-10-го дня терапии при хорошем ответе на лечение дозу Мовалиса у пожилых пациентов рекомендуется снизить до 7,5 мг/сут, поскольку наблюдается замедление выведения препарата из организма. Снижение дозы препарата позволяет минимизировать возможные побочные действия при сопоставимой эффективности приема препарата в дозе 15 мг/сут.

Клинический опыт применения ступенчатой терапии препаратом Мовалис (мелоксикам) показал, что данное лекарственное средство зарекомендовало себя в качестве эффективного НПВП в лечении дорсалгии в сочетании с суставным синдромом, характеризуется относительно невысоким риском желудочно-кишечных осложнений и низкой кардиотоксичностью. Полученные результаты позволяют отнести этот препарат к числу безопасных симптоматических и патогенетических средств для лечения болевого синдрома у пожилых пациентов.

Литература

1. Вікторов О.П., Макаренко О.В., Мамчур В.Й та ін., Фармакоепідеміологічний аналіз використання нестероїдних протизапальних лікарських засобів в практиці лікаря-невролога // Рациональная фармакотерапия — 2010. — № 2 (15). — С. 58-60.
2. Егоров И.В., Цурко В.В. Вертеброгенная боль: место нестероидных противовоспалительных средств в патогенетической терапии // Фарматека. — 2009. — № 4. — С. 49-55.
3. Егоров И.В., Цурко В.В. Вопросы лечения НПВП-гастропатии у ревматологических пациентов пожилого возраста // Клиническая геронтология. — 2010. — № 8-9. — С. 43-47.
4. Емелин А.Ю., Мельникова Е.В., Заславский Л.Г. Лечение дорсопатий: опыт применения мелоксикама // Consilium medicum. — 2004. — № 4. — С. 12-16.
5. Насонов Е.Л., Лазебник Л.Б., Беленков Ю.Н. и др. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов: Клин. рекоменд. — М.: Алмаз, 2006.
6. Поворозник В.В. Боль в нижней части спины. Распространенность, причины, механизмы развития и особенности диагностики // Боль. Суставы. Позвоночник. — 2011. — № 1.
7. Adams M.A., Dolan P. Spine biomechanics // J. Biomech. — 2005. — V. 38. — P. 1972-1983.
8. Bresalier R.S., Sandler R.S., Hui Quan et al. Cardiovascular Events Associated with Rofecoxib in a Colorectal Adenoma Chemoprevention Trial // N. Engl. J. Med. — 2005. — V. 352. — P. 1092-1102.
9. Cannon C., Curtis S., FitzGerald G. et al. Cardiovascular outcomes with etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Multinational

- Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term (MEDAL) programme: a randomised comparison. Lancet. — 2006. — V. 18, 368 (9549). — P. 1771-1781.
10. Chen Y.F., Jobanputra P., Barton P. et al. Cyclooxygenase-2 selective non-steroidal anti-inflammatory drugs (etodolac, meloxicam, celecoxib, rofecoxib, etoricoxib, valdecoxib and lumiracoxib) for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a systematic review and economic evaluation // Health Technol Assess. — 2008. — № 12 (11). — P. 1-278.
 11. Hawkey C., Kahan A., Steinbruck K. et al. Gastrointestinal tolerability of meloxicam compared to diclofenac in osteoarthritis patients. International MELISSA Study Group. Meloxicam Large-scale International Study Safety Assessment // Br. J. Rheumatol. — 1998. — V. 37 (9). — P. 937-945.
 12. Jimbo K., Park J.S., Yokosuka K. et al. Positive feedback loop of interleukin-beta upregulating production of inflammatory mediators in human intervertebral disc cells in vitro. // J. Neurosurg. Spine. — 2005. — V. 2. — P. 589-595.
 13. Leontiadis G.I., Sreedharan A., Dorward S. et al. Systematic reviews of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of proton pump inhibitors in acute upper gastrointestinal bleeding // Health Technol Assess. — 2007. — V. 11 (51). — P. 1-164.
 14. Somia N., Verma I.M. Gene therapy: trials and tribulations. // Nat. Rev. Genet. — 2000. — V. 1. — P. 91-99.
 15. Valat J.P., Accardo S., Reginster J.-Y. et al. A comparison of the efficacy and tolerability of meloxicam and diclofenac in the treatment of patients with osteoarthritis of the lumbar spine // Inflammation Res. — 2007. — V. 1 (50). — P. 30-34.

15 років в Україні



МЕЛОКСИКАМ



КОЛИ РЕЗУЛЬТАТ ЛІКУВАННЯ Є ВАЖЛИВИМ



ШВИДКО ВПЕВНЕНО НАДІЙНО





Представництво компанії Берінгер Інґельхайм РЦВ ГмбХ енд Ко КГ:
01054, Київ, вул. Тургенівська, 26; тел.: (044) 494-12-77; факс: (044) 494-23-05

Регістраційні посвідчення: UA/2683/03/01, UA/2683/02/02, UA/2683/02/01.
Інформація для розповсюдження серед лікарів під час семінарів, конференцій, симпозіумів та інших наукових заходів з медичної тематики