

АКТУАЛЬНОСТЬ КЛОДИФЕНА ПРИ ДОРСАЛГИЯХ

Сакварелидзе А. Доктор Медицины; г. Тбилиси

Дорсалгия - боль в спине - является одним из наиболее распространенных клинических синдромов, обусловленная вертеброгенной патологией. Боль в спине встречается у 60-80% взрослой популяции и является одной из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности, в особенности у больных моложе 45 лет.

Число таких пациентов исключительно велико, особенно в условиях амбулаторного неврологического приема. Считается, что в подавляющем большинстве случаев (около 90%) длительность болевого синдрома не превышает 6 нед., вместе с тем у остальных пациентов боль приобретает хронический характер.

Дорсалгия - клинический синдром, обусловленный множеством причин.

Вертеброгенные боли в спине и конечностях вызываются следующими причинами:

- Грыжа диска
- Спондилез
- Остеофиты
- Сакрализация или люмбализация
- Артроз межпозвонковых суставов
- Анкилозирующий спондилит
- Стеноз позвоночного канала
- Нестабильность позвоночного сегмента со спондилолистезом
- Переломы позвонков
- Остеопороз
- Опухоли позвонков
- Анкилозирующий спондилоартроз
- Функциональные нарушения позвоночника.

Невертеброгенные боли в спине возникают вследствие следующих причин:

- Миофасциальный болевой синдром
- Психогенные боли
- Отраженные боли при заболеваниях внутренних органов
- Интра- и экстрамедуллярные опухоли
- Метастатические поражения
- Сирингомиелия
- Ретроперитонеальные опухоли.

Общей причиной боли в любом отделе позвоночника – шейном, грудном, поясничном или крестцовом – является компрессия спинного мозга, его оболочек и корешков отходящих от него нервов, а компрессия вызвана центральным или боковым стенозом позвоночного канала. Предрасполагающим фактором может быть узкий позвоночный канал как индивидуальный вариант развития.

Частое возникновение вертеброгенного болевого синдрома объясняется сложностью анатомического строения позвоночника и важностью его функции. Достаточно отметить, что только в шейном отделе позвоночника, помимо 7 позвонков, имеются 25 синовиальных и 6 фиброзно-хрящевых соединений и многочисленные связочные структуры. Перегрузка позвоночника, слабое развитие мускулатуры шеи и спины, многие патологические процессы ведут к дегенеративно-дистрофическим изменениям в межпозвоночных дисках и суставах. В суставах они первоначально выражаются в синовитах, а затем в подвывихах (нестабильная фаза), в дисках – в нарушении их функции и снижении высоты, нестабильности в двигательном сегменте. Уже эти изменения ведут к динамическому стенозу позвоночного канала, т.е. к стенозу, который возникает при сгибании, разгибании или ротации позвонков. В частности, верхний суставной отросток при этом оказывает давление на нервный корешок.

В дальнейшем наступает фаза стабилизации, которая характеризуется более или менее стойким органическим стенозом позвоночного канала. В межпозвоночных суставах его возникновение обусловлено увеличением суставных отростков и образованием остеофитов, особенно на нижних суставных отростках. Причиной стеноза часто служат хрящевые грыжи. Грыжа представляет собой выпячивание части диска кзади, что влечет за собой центральный стеноз позвоночного канала, или в сторону, что приводит к боковому стенозу и сужению канала, в котором находится нервный корешок.

Изучены три основных патофизиологических механизма развития дорсалгий:

- 1) Периферическая сенситизация болевых рецепторов, связанная с их травмой или другим патологическим воздействием. Сенситизация указанных рецепторов происходит при травматизации мышечно-скелетных тканей спины, вызывающей выделение провоспалительных и аллогенных веществ (простагландины, брадикинин), включающих механизмы периферической сенситизации.
- 2) Повреждение нервных структур (нерва, корешка, межпозвоночного ганглия) при различных патологических процессах (травме, воспаления, сосудистой недостаточности). В результате развивается невропатическая боль.
- 3) Центральная сенситизация, которая на первых этапах является защитным механизмом, а при длительно существующей боли способствует ее усилению.

В зависимости от того, какие структуры позвоночного столба вовлекается в процесс в каждом конкретном случае, в клинической картине преобладают либо компрессионные, либо рефлекторные синдромы.

Компрессионные синдромы развиваются, если измененные структуры позвоночника деформируют или сдавливают корешки, сосуды или спинной мозг. Рефлекторные вертеброгенные синдромы возникают в результате раздражения различных структур позвоночника, который имеет мощную сенсорную иннервацию. Считается, что только костная ткань тел позвонков и эпидуральные сосуды не содержат ноцицептивных рецепторов.

По локализации различают вертеброгенные синдромы шейного, грудного и пояснично-крестцового уровней.

Распознавание и дифференциальную диагностику заболеваний, обуславливающих вертеброгенный болевой синдром, чаще всего осуществляют с помощью лучевых методов. Исходный метод – обзорная рентгенография позвоночника. Она позволяет определить конфигурацию позвоночного столба, установить наличие и характер поражения, наметить уровень исследования для КТ и МРТ.

КТ и МРТ стали основными способами диагностики болевого синдрома, точнее, установления его природы. Измерение позвоночного канала, определение степени и типа его деформации, выявление обызвествлений, гипертрофии связок, хрящевых грыж, артроза межпозвоночных суставов, опухолей в позвоночном канале, оценка состояния спинного мозга – не полный перечень возможностей лучевых методов.

Основными задачами ведения больного в остром периоде болевого синдрома в рамках спондилогенной дорсопатии являются купирование болевого синдрома, восстановление нормальной биомеханики позвоночника, создание условий для проведения полноценного курса реабилитационных мероприятий. Своевременное устранение болевых ощущений обеспечивает, с одной стороны, возможность для раннего подключения двигательной терапии и его активации, а с другой - предупреждает становление эмоциональных расстройств.

Основными анальгетическими средствами для устранения вертебральной боли являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). НПВП, как и другие обезболивающие препараты, обычно самостоятельно принимаются больными при усилении и возобновлении боли. Однако длительное применение анальгетических средств, повышающее риск развития осложнений лекарственной терапии, предусматривает контролируемое врачом применение НПВП. Желательно максимально ранее применение НПВС.

На сегодняшний день в арсенале практикующего врача имеется широкий ряд НПВП, относящихся по механизму действия к «неселективным» противовоспалительным препаратам — блокирующим фермент циклооксигеназу (ЦОГ) и «селективным» — блокирующим изофермент ЦОГ-2. Эти препараты существенно различаются между собой соотношением преимуществ и недостатков, соответственно — выраженностью и продолжительностью лечебных эффектов, и вызываемыми побочными действиями.

Вероятно, более предпочтительными для больных с вертебральной болью (по доступности, эффективности и меньшей вероятности побочных эффектов) являются: среди «неселективных» НПВП — диклофенак, ибупрофен и кетопрофен, а среди «селективных» — мелоксикам. Одним из препаратов выбора является диклофенак натрия – Клодифен (World Medicine, Англия). Клодифен - раствор для инъекций, 75мг/3 мл - обладает выраженной обезболивающей и противовоспалительной активностью, сочетающейся с хорошей переносимостью. Помимо широкого спектра фармакологических эффектов, присущих остальным НПВП, получены доказательства сложного анальгетического механизма действия Клодифена.

Угнетая синтез простагландинов, Клодифен уменьшает сенситизацию периферических ноцицепторов и препятствует развитию неврогенного воспаления. Важной особенностью

фармакологического действия Клодифена является отсутствие отрицательного влияния на метаболизм хрящевой ткани.

Дозировки и продолжительность лечения устанавливает лечащий врач в зависимости от особенностей течения заболевания и тяжести состояния. Клодифен применяется обычно в дозе 75 мг (1 ампула) в сутки или 150 мг (2 ампулы) в сутки в тех случаях, когда необходимо получить быстрый терапевтический эффект. Обычно инъекции Клодифена назначают в течение 5-10 дней.

Максимальная суточная доза не должна превышать 150 мг. Важным преимуществом фармакокинетики Клодифена является короткий период полувыведения, отсутствие кумулятивного эффекта, накопление в области воспаления. Благодаря этим качествам Клодифен имеет хорошее соотношение польза/риск. Быстрота наступления обезболивающего действия служит основанием для назначения Клодифена, в первую очередь с целью купирования острых болевых синдромов различной интенсивности.