

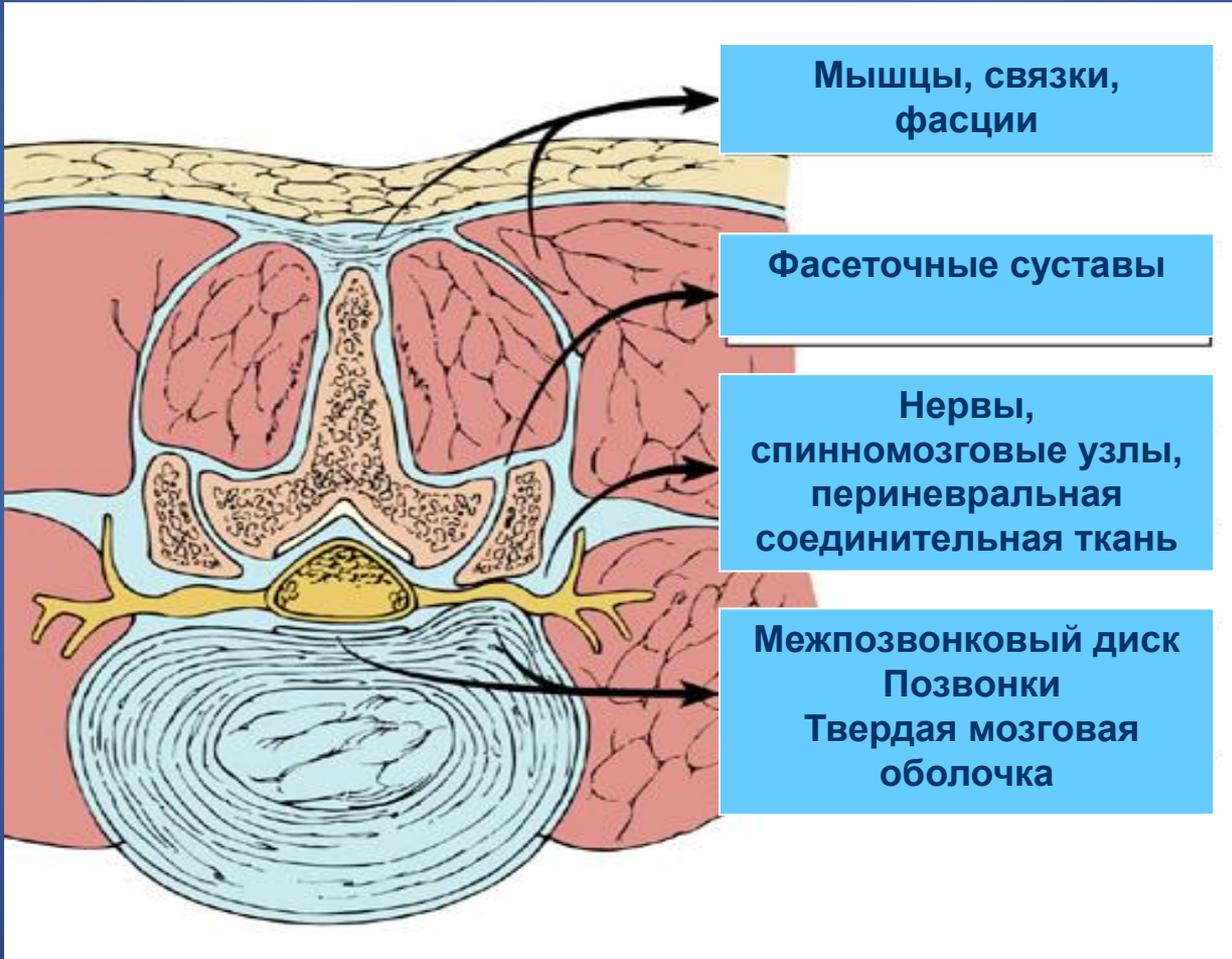
АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ РАДИКУЛОПАТИИ



КАМЧАТНОВ П.Р.
ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова
Ставрополь – 16 марта 2011 г.

Боль в нижней части спины (поясничная боль) – болевой синдром, возникший, предположительно, вследствие нарушения функции опорно-двигательного аппарата, с локализацией со стороны спины между реберными дугами и межягодичной областью

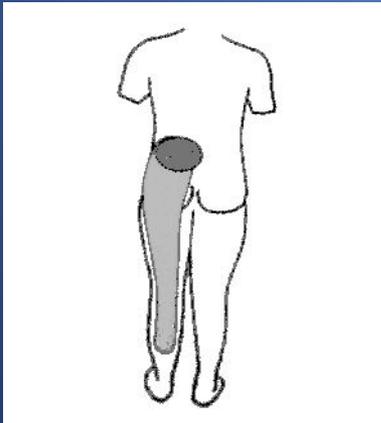
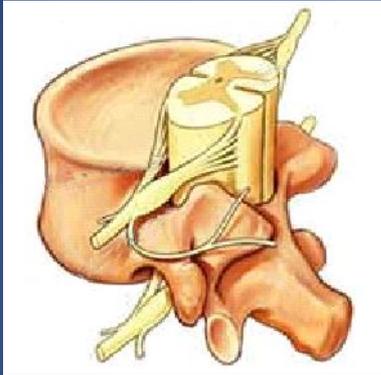
ИСТОЧНИКИ БОЛЕВОЙ ИМПУЛЬСАЦИИ



ПРИЧИНЫ БОЛИ В СПИНЕ (амбулаторный прием)

- БНС – 92-97%
- Компрессионные переломы позвонков ~ 4%
- Грыжа диска ~ 1-4%
- Новообразования ~1%
- Анкилозирующей спондилит и другие инфекции <1%

ФАСЕТОЧНЫЙ СИНДРОМ



- Боль в спине, менее - в ноге
- Перемежающаяся боль
- Двусторонняя или односторонняя боль
- Усиление боли при разгибании и ротации
- При сгибании боль не изменяется или ослабляется

ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СПОНДИЛОГЕННОЙ ДОРСАЛГИИ

- Боль провоцируется нагрузкой и движением
- Вынужденная поза, нарушения осанки
- Возникновение мышечного спазма
- Иррадиация боли
- Локальная болезненность при надавливании в области проекции позвонков, межпозвонковых щелей, паравертебральных мягких тканей, сакроилиального сочленения

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ БОЛИ

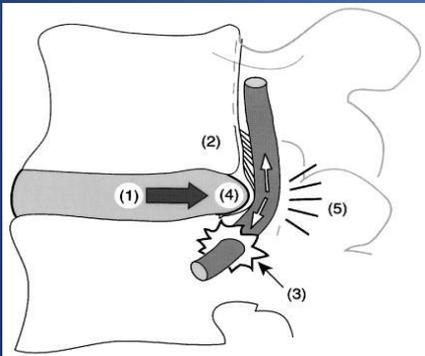
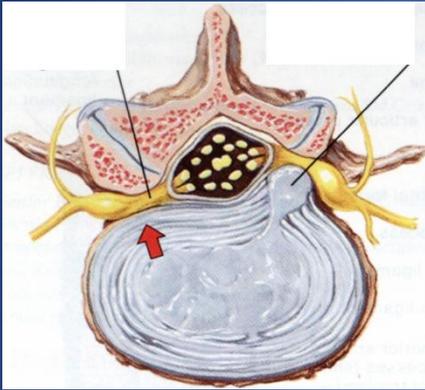
- Острая – до 6 недель
- Подострая - от 6 до 12 недель
- Хроническая – более 12 недель

Рецидив боли – новый эпизод боли после 6 месяцев ремиссии, но не обострение хронической боли в нижней части СПИНЫ

ИСХОД ЭПИЗОДА БНС

- Хронизация боли – 40%, рецидив на протяжении 12 мес – 62%
(Von Korff M. et al., 1993)
- Распространенность хронической боли в спине – 57%
(Павленко С.С. и соавт., 2002)

ДИСКОГЕННАЯ РАДИКУЛОПАТИЯ



- Боль в ноге и в спине
- Боль усиливается при движении в спине или в определенной позе
- Боль не проходит при движении или изменении положения тела
- Интенсивная простреливающая боль с иррадиацией в дистальную часть дерматома
- Симптомы выпадения

НЕЙРОПАТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ БНС

- До 35% пациентов с БНС имеют нейропатический компонент болевого синдрома

(Яхно Н.Н. и соавт., 2008)

- Основная причина клинически явное или латентное поражение корешков

(Freynhagen R. et al., 2008)

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ БОЛИ В СПИНЕ

- Доброкачественная неспецифическая боль в спине (БНС)
- Корешковый синдром
- Вторичный болевой синдром (травма, новообразования, инфекции, остеопороз и пр.)

«КРАСНЫЕ ФЛАЖКИ»

- Дебют в возрасте менее 20 или более 55 лет
- Нарастающий характер боли, усиление в положении лежа
- Боль в грудном отделе позвоночника
- Прием кортикостероидов, частые внутривенные вливания, иммуносупрессия, СПИД
- Онкологические заболевания, травмы, хронические инфекции в анамнезе
- Необъяснимые лихорадка, снижение веса, плохое самочувствие
- Неврологический дефицит

ПРОГНОЗ

- Самоограничивающееся состояние (в 90% регресс в течение 6 недель)
- Превращение в хроническую боль – от 2-7% до 30%
- Рецидивирующая и хроническая боль в спине – источник 75-95% случаев невыхода на работу

Andersson G., 1997
Frymoyer J., 1998

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО СО СПОНДИЛОГЕННОЙ ДОРСАЛГИЕЙ

- ПРОФИЛАКТИКА: обучение больных рациональному образу жизни
- СВОЕВРЕМЕННОЕ НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ
- АКТИВНОЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО В ПРОЦЕСС ЛЕЧЕНИЯ
- РАННЕЕ ВОЗВРАЩЕНИЕ БОЛЬНОГО В ПОВСЕДНЕВНУЮ АКТИВНОСТЬ (А)
- ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ –
АКУПУНКТУРА, ЙОГА, МАНУАЛЬНАЯ
ТЕРАПИЯ (не монотерапия)

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТА С БОЛЬЮ В СПИНЕ

- Приверженность к лечению тесно ассоциирована с эффективностью проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий (оценка как по мнению больного, так и врача)

**Kolt G.,
2007**

ПАЦИЕНТ С БОЛЬЮ В СПИНЕ – ПРИЧИНЫ НЕЖЕЛАНИЯ ЛЕЧИТЬСЯ

- Боязнь развития зависимости от препаратов
- Страх перед побочными эффектами лечения
- Стоимость лечения
- Неверная оценка соотношения «цена-качество»
- «Сложность» схема лечения

ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

- Поддержание привычного уровня физической активности (при возможности - трудовой деятельности) (А)
- При острой боли нецелесообразны любые виды лечебной физкультуры

European guidelines..., 2006

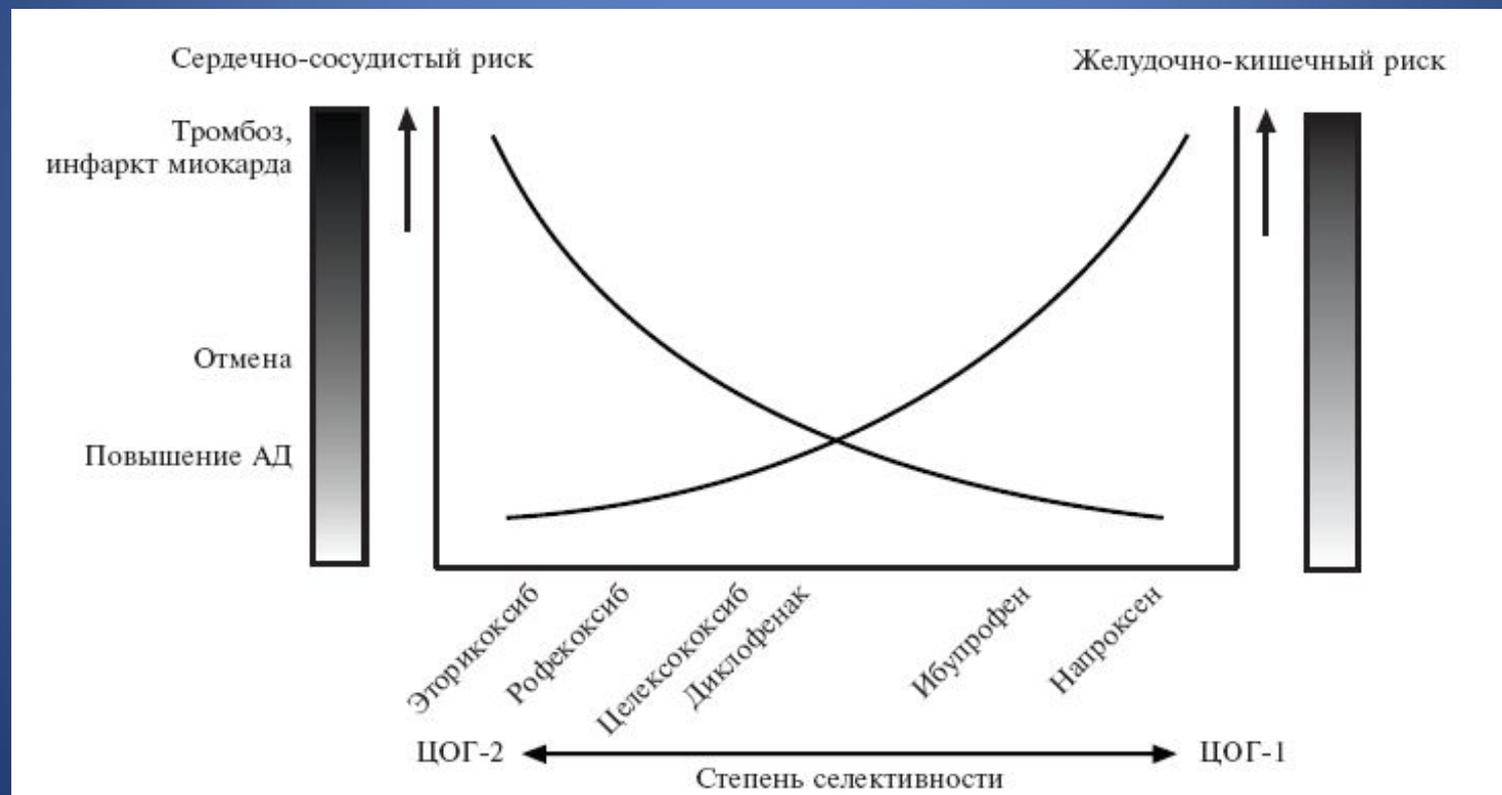
ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ

- 5 РКИ (n=921) постельный режим не лучше или хуже физиотерапии в отношении длительности боли и последующего выздоровления (A)
- 5 РКИ (663) постельный режим не лучше или хуже отсутствия лечения или плацебо (A)
- 2 РКИ (n=254) 7 постельного режима не лучше 2-4 дней (выше риск депрессивных расстройств)

КУПИРОВАНИЕ БОЛИ

- Парацетамол
- НПВП (селективные и неселективные ингибиторы ЦОГ). Нет убедительных данных о несомненных преимуществах тех или иных препаратов
- При отсутствии эффекта – слабые опиоиды (кодеин, трамадол)

ЗАВИСИМОСТЬ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТ ЦОГ-1/ЦОГ-2 СЕЛЕКТИВНОСТИ



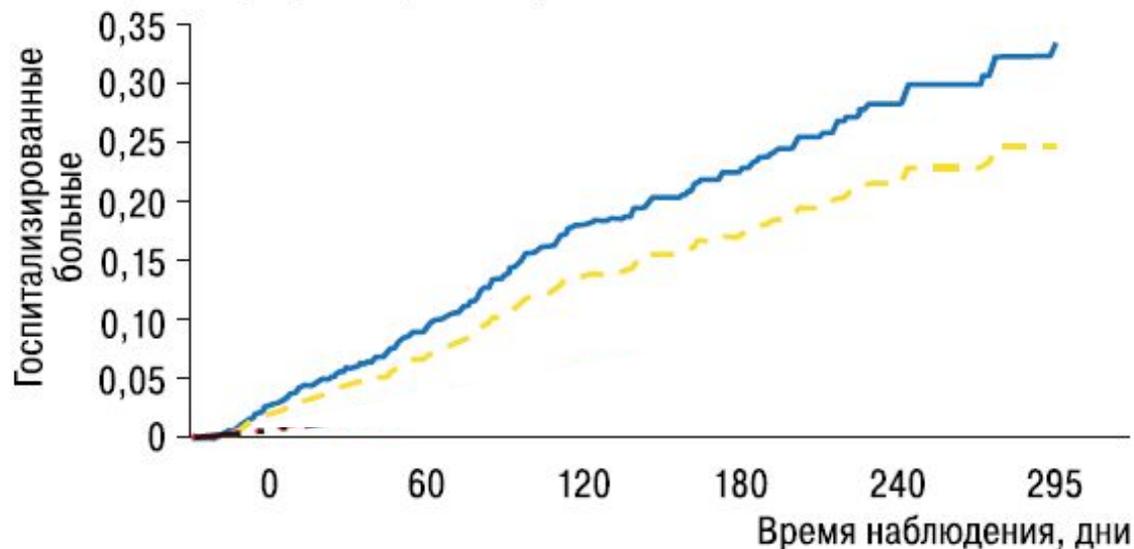
ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ НПВС

- Распространённость язвенных поражений желудка и кишечника среди пациентов, длительное время получающих НПВС, **увеличивается**, примерно, на **20%** (Hawkey, 1997).
- По предварительным оценкам, только в США ежегодно происходит около **80 000** серьёзных желудочных кровотечений и **6000 смертей** в результате применения **НПВС** (Santucci et al., 1995).

ГАСТРОТОКСИЧНОСТЬ



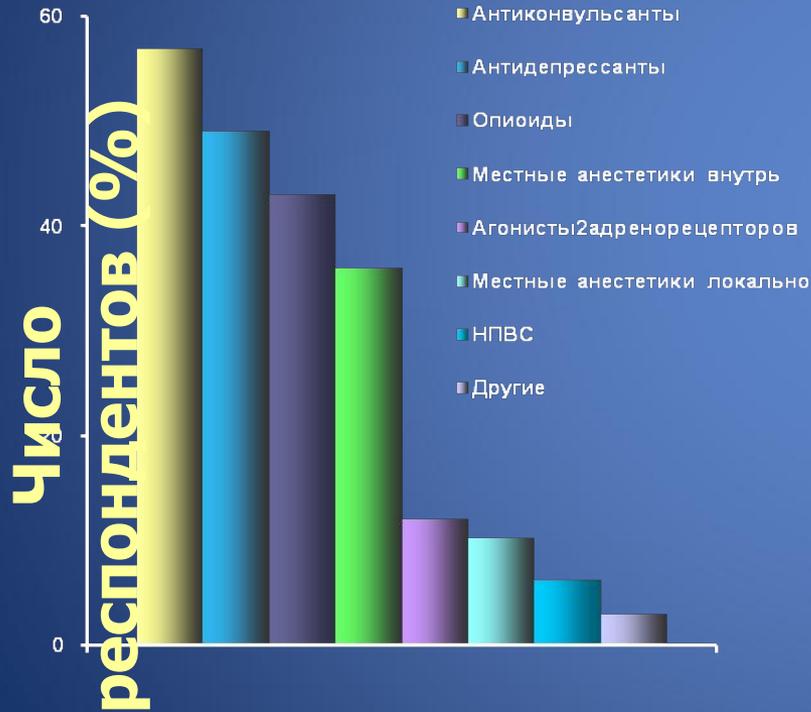
РИСК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПО ПОВОДУ ЖКК ВСЛЕДСТВИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ РАЗЛИЧНЫХ НПВП



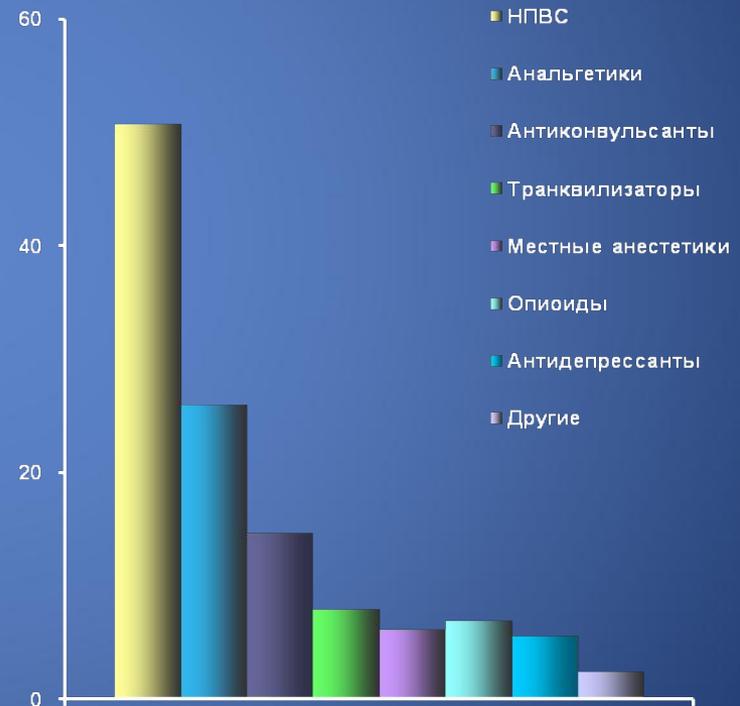
—	Неселективные НПВП	Риск (95% ДИ)
---	Диклофенак + мизопростол	4,0 (2,3–6,9)
		3,0 (1,7–5,6)

- Оптимальный способ предупреждения НПВП-ассоциированной гастропатии – одновременное назначение гастропротекторов (омепразол или другие аналогичные препараты)
- Определенный эффект может дать использование защищенных, кишечнорастворимых лекарственных форм

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ПРИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ



ЧАСТОТА НАЗНАЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ



МИЛЬГАММА

- Мильгамма: в 1 ампуле содержится 100 мг тиамина, 100 мг пиридоксина, 1000 мкг цианокобаламин и 20 мг лидокаина
- Мильгамма композитум: 1 драже содержит 100 мг бенфотиамина и 100 мг пиридоксин

ВОЗМОЖНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ

- Собственный антиноцицептивный эффект

(Franca D. et al., 2001)

- Потенцирование действия анальгетиков и НПВП

(Wang ZB. et al., 2005)

- Активация процессов регенерации, в частности, восстановление миелиновой оболочки

ДИКЛОФЕНАК 75 мг/сут vs ДИКЛОФЕНАК 75 мг/сут + МИЛЬГАММА 2,0 в/м

- Собственный анальгетический эффект мильгаммы наступал со 2 инъекции
- Противоболевое действие оказалось сопоставимым с таковым у диклофенаком даже при интенсивной боли
- Хорошая переносимость

ДИКЛОФЕНАК vs ДИКЛОФЕНАК + МИЛЬГАММА 2,0 в/м

- Длительность боли не менее 4 недель
- Значительный и умеренный эффект на фоне введения мильгаммы отмечен у 34% и 36% пациентов ($p < 0,05$)
- Через 3 мес – у 50% и 63%, соответственно ($p < 0,05$)

ОСТРАЯ СПОНДИЛОГЕННАЯ ДОРСАЛГИЯ

- Применение курса приема мильгаммы и мильгаммы композитум сокращало сроки лечения и сопровождалось более полным и ранним купированием болевого синдрома

Рачин А.П. и соавт., 2009

КОМБИНАЦИЯ ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В И ДИКЛОФЕНАКА

- Результаты серии РКИ :
 - повышение противовоспалительного эффекта
 - сокращение сроков лечения
 - уменьшение дозы НПВП
 - хорошая переносимость

Vetter G. et al., 1989

Kuhlwein A. et al., 1990

Brüggemann G. et al., 1990

НЕЦЕЛЕСООБРАЗНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

- Чередование приема НПВП, анальгетиков и пр.
- Неадекватные комбинации препаратов
- Внутривенное введение анестетиков (новокаин, лидокаин)
- Системное введение кортикостероидов
- Одно- двукратное применение чрескожных лекарственных форм
- Локальное введение сложных комбинаций препаратов

**Спасибо
за внимание !**